

TERZO CONVEGNO EUROPEO
DI TERAPIA BREVE STRATEGICA E SISTEMICA

Arezzo, 08.11.2007

PRIMA GIORNATA

DALLA DIAGNOSI PSICHIATRICA DELLE PATOLOGIE ALL'INDIVIDUAZIONE DEI SISTEMI PERCETTIVI E REATTIVI CHE MANTENGONO IL PROBLEMA.

Prof. Giorgio Nardone

La prima parte della mia presentazione non sarà puramente teorica ma metodologica applicativa ovvero che cosa si è evoluto in questi ultimi 20 anni nel centro di terapia strategica di Arezzo grazie alla collaborazione già da prima di Watzlawick, Weakland, De Shazer, Camillo, Zeig con lo scopo di avere non una conoscenza descrittiva dei problemi delle patologie ma operativa. Questo è un concetto fondamentale quando Ernest Von Glasersfeld, colui che ha definito il termine costruttivismo, costruttivismo radicale, ci indica che dobbiamo sostituire l'illusione di verità con il costruito operativo di consapevolezza operativa, ci indica già questa strada, ovvero l'idea che quando noi operiamo significa fare in pratica delle cose con noi stessi e con i pazienti. L'essere consapevoli della nostra operatività ovvero delle nostre capacità, così come di come funzionano certe classi di problemi, ci consente di rendere il nostro lavoro migliore più focalizzato più tecnologico, ma quando parlo di tecnologia non vorrei che fosse scambiata per una visione fredda, riduttivista ma variegata e calda quale è la relazione degli esseri umani quando interagiscono tra di loro. Per tecnologia intendo un metodo avanzato con tecniche efficaci ed efficienti, con tecniche che possano essere trasmissibili, un metodo che ci permetta di prevedere in anticipo le possibili reazioni alle nostre mosse, un po' come il gioco degli scacchi, essere predittivi, fare una mossa e prevedere entro un limite ristretto al massimo due tre delle possibilità di reazione e avere già la contromossa pronta a seconda delle risposte. Questa è stata la parte importante del mio lavoro fin dal 1985 quando, sotto la supervisione diretta di John Weakland, che è stato il mio professore clinico al MRI, ho cominciato a studiare i disturbi fobici ossessivi cercando attraverso le soluzioni che funzionano. Ovvero utilizzare la soluzione come chiave per conoscere un problema, ma che se io posso replicare su un numero significativo di persone che presentano la stessa classe di problema diventa un qualcosa che è predittivo. Quindi posso costruire degli strumenti predittivi di intervento che posso rendere efficaci ed efficienti sulla base del fatto che la soluzione che mi risolve un problema risolve il problema su tante persone differenti, su situazioni differenti e questo è quello che fa il metodo tecnologico ed è quello che ci ha permesso di fare la tecnologia per andare sulla luna, con un metodo sperimentale che non si basa sul perché il problema esiste, non basato sulla complessità, ma su ciò che funziona. Ed è il lavoro che hanno fatto i grandi della storia: Leonardo da Vinci, Edison...

Quando noi abbiamo di fronte una persona con una patologia, abbiamo di fronte due livelli logici che interagiscono, qui Russell è davvero utile, cioè ho il livello logico dell'interazione, l'originalità

del paziente, della sua storia familiare, del suo linguaggio..a cui mi devo adattare...e qui siamo sul livello della non predittività della non replicabilità, ma della sempre costante originalità, ogni persona è diversa dall'altra ogni contesto è diverso dall'altro. Ma se saliamo al livello sul piano del problema e della struttura della soluzione, invece, possiamo individuare che certe patologie hanno una struttura che si replica in persone differenti, quindi a livello della struttura della soluzione possiamo costruire strategie che si applicano a problemi che funzionano in quel modo su persone differenti. In questo caso si rispetta l'adattabilità dell'intervento su ogni singola persona e allo stesso tempo si possono costruire piani di interventi rigorosi, tecnologicamente più avanzati. Cominciamo con alcuni esempi concreti. Quando ho iniziato a studiare nel 1985 il primo gruppo di pazienti con disturbo fobico, ho usato il metodo di intervento del MRI osservando le tentate soluzioni ridondanti dei pazienti per costruire un intervento focalizzato. Quello che è emerso dopo poco tempo è quello che io oggi chiamo diagnosi operativa per il disturbo fobico. Ad esempio chi soffre di attacchi di panico ha 3 tentate soluzioni che si replicano, un tentativo di controllo volontario delle loro manifestazioni fisiologiche, controllare equilibrio, respiro, con effetto paradossale di aumentarlo; la tentata soluzione di evitamento, evitare situazioni dove il problema può emergere e non fa altro che aumentare il senso di incapacità; terzo la richiesta di aiuto o rassicurazione, il costruire intorno a loro persone in grado di intervenire e aiutare, disponibili a fare i salvatori. Questo ha fatto sì che sia stato possibile costruire stratagemmi ad hoc per questo tipo di problemi, questo fa sì che nella prima seduta io possa avere già delle domande mirate per discriminare se questa persona appartiene a questa classe di problema o ad un'altra. È chiaro che il modo di fare domande di relazionarmi si deve adattare al tipo di persona che ho davanti alla situazione contestuale familiare. Quindi le domande sono le stesse, ma si adattano alla persona che ho davanti, cambiano sempre sul livello della relazione con il paziente, rimangono le stesse perché calzano alla struttura del suo problema. In questi anni la stessa modalità di ricerca-intervento è stata applicata a molte patologie di cui parleremo e quello che è stato possibile attraverso le soluzioni che funzionano su almeno 100 casi, solo quando si è verificato che nel 70% dei casi l'intervento era efficace e quindi che la soluzione era efficace, abbiamo potuto costruire la strategia prefissata che ci descrive anche il funzionamento del problema in termini operativi, cibernetici costruttivistici. Quindi abbiamo, oltre al fobico che ha come strategie fondamentali il controllo che fa perdere il controllo, l'evitamento e le richieste di aiuto che diventeranno il focus dell'intervento terapeutico, possiamo avere ad esempio l'ossessivo compulsivo che potrebbe sembrare uno che soffre di attacchi di panico perché ha attacchi di panico come il fobico, ma ha una struttura completamente differente perché lui ha dei rituali che servono a rassicurarsi, ma dopo un po' che li ripete diventano la cosa dalla quale non riesce a liberarsi. Avremo una diagnosi operativa di un sistema percettivo reattivo, come noi lo chiamiamo, basato sul fatto che la persona evita le situazioni che lo mettono in crisi ma fondamentalmente mette in atto dei rituali che lì per lì riassicurano ma poi riconfermano il problema e l'alimentarsi di esso. In questo caso l'intervento dovrà interrompere i rituali per rompere la relazione disfunzionale tra rituale e fobia altrimenti non avrò accesso per intervenire sul resto. Il costrutto di sistema percettivo reattivo è diventato particolarmente importante perché è una sorta di modellizzazione cibernetica tecnologica di quello che le persone che soffrono di alcuni disturbi hanno come modello ridondante di percezione-reazione della realtà, ovvero tentate soluzioni, che all'inizio hanno funzionato, irrigidite nello spazio e nel tempo cominciano a non funzionare più, ma le persone continuano ad usarle e così strutturano una patologia altrettanto rigida. Basta pensare alla cosa più rilevante socialmente, la dieta, ovvero il tentativo di controllare l'alimentazione per ridurre il peso ed essere magri. C'è una ricerca molto

bella pubblicata dall'American Psychology, cinque anni di campione seguito, quindi longitudinale, migliaia di casi di persone che stanno a dieta, migliaia di casi che non ci stanno. A distanza di 5 anni l'80% di quelli che stanno a dieta hanno ottenuto un aumento di peso di oltre il 30%, significa "stare a dieta fa ingrassare". Quelli che non stanno a dieta mantengono il peso. Qual è il sistema percettivo reattivo di chi sta a dieta? È l'idea che devo controllare l'alimentazione, quindi controllo le calorie, controllo i tipi di cibi, cerco di trattenermi ma così facendo creo l'effetto trasgressione quindi più mi vieto un cibo più mi piacerà più finisco per mangiarlo oppure l'effetto ribellione, più cerco di limitarmi più si ribella qualcosa dentro di me e quindi vado a farla, oppure l'effetto resa, siccome non riesco a stare a dieta mi "sbraco" e divento obeso. Quindi il costrutto operativo di sistema percettivo reattivo è qualcosa che può essere sostituito alla nosografia psichiatrica.

Qual è la differenza tra il DSM IV e la classificazione europea ICD 10 e una sorta di classificazione per sistemi percettivi reattivi? Sembra che siano entrambe classificazioni, ma quella psichiatrica ci dà delle immagini fotografiche di disturbi senza dirci nulla di quello che dobbiamo fare per cambiarli, mentre una classificazione per sistemi reattivi percettivi patogeni ci indica già quali sono le leve del cambiamento su cui premere perché ci indica come il problema si mantiene; da una parte abbiamo una sorta di fotografia, dall'altra un'immagine in movimento, da una parte abbiamo il filmato dell'interazione tra una persona e la sua realtà, dall'altra un'immagine statica con la presunta oggettività e che devo dire spesso non calza neppure lontanamente. Abbiamo due esempi meravigliosi nell'ultimo DSM, quello della fobia sociale, voi sapete che l'MIT Massachusetts Institute for Technology un anno e mezzo fa ha condotto un progetto di ricerca per verificare i criteri attraverso le quali vengono costruiti gli etichettamenti diagnostici del DSM e questo studio ha dimostrato come nella maggior parte dei casi le ricerche che conducono a costruire i criteri sono completamente inconsistenti con metodologie completamente erranee ma che hanno un grande potere, il finanziamento delle case farmaceutiche tanto che l'80% e oltre degli istituti che si occupano di costruire i criteri diagnostici del DSM vengono finanziati da case farmaceutiche e questo purtroppo è un problema su cui abbiamo ben poco potere d'intervento ma è bene saperlo, perché è bene sapere perché certe classificazioni sono lontane da quello che noi vediamo operativamente nel nostro lavoro. Se voi leggete i criteri di fobia sociale è interessante perché quella che una volta si chiamava timidezza è diventata fobia sociale e siccome è fobia sociale e fa parte dei disturbi d'ansia e porta a effetti depressivi, ma guarda caso, l'intervento dev'essere prevalentemente farmacologico. Oppure andiamo ad analizzare i disturbi alimentari area molto critica per i criteri diagnostici e noi vediamo che dentro il DSM IV abbiamo ancora le due visioni tradizionali... anoressia e bulimia...senza considerare tutte le evoluzioni dei disordini alimentari, il mangiare e vomitare, il disturbo da vomito, il binge eating che vengono considerati nel DSM accessori, come se fossero eccezioni al problema mentre invece sono la regola.

Il sistema percettivo reattivo invece permette di studiare con estrema precisione quali sono le modalità che un soggetto mette in atto nei confronti della sua patologia e che sono quel qualcosa che alimenta la patologia, che la nutre, e quindi diventano il punto di leva su cui premere per introdurre il cambiamento terapeutico. Quando noi abbiamo studiato il disturbo da vomito chiamato bulimia nervosa, ma io contesto sempre questo termine perché bulimia significa fame da buie e non si è mai visto un buie vomitare, mentre chi mangia e vomita, vomita! E noi l'abbiamo ridefinita sindrome da vomiting proprio per questo e abbiamo applicato a questo tipo di patologia le soluzioni che funzionavano per la bulimia, su chi ha la compulsione a mangiare incontrollato o sull'anoressia,

chi ha la propensione all'astinenza e non funzionavano assolutamente, siamo stati costretti a pensare che se la soluzione non calza non descrive nemmeno il problema. Dobbiamo trovare un altro modo per conoscere questo problema attraverso il suo cambiamento e abbiamo cominciato a pensare che la differenza sostanziale tra chi mangia e vomita e chi ha la compulsione irrefrenabile al cibo è che mentre per chi mangia senza controllo il piacere sta nel mangiare, per chi si astiene il piacere sta nell'astinenza, per chi mangia e vomita il piacere sta nella sequenza che sta tra fantasia appetitiva e consumatoria, l'abbuffata e il vomito. Questo tipo di osservazione ci ha indotto a pensare che il sistema percettivo reattivo non era più lo stesso delle altre due patologie ma qualcosa che benché basato all'inizio sulle due patologie è diventato una qualità emergente, qualcosa che come l'acqua ha a che fare con l'ossigeno e l'idrogeno e che richiede un intervento completamente differente. Non è quindi un caso che, se il piacere è dato dalla sequenza, l'intervento in grado di cambiare questa situazione è rompere la sequenza, così abbiamo cominciato a pensare di chiedere alle nostre pazienti (e questa è la cosa più difficile da fargli fare sfruttando il linguaggio, l'adattamento a ogni singola persona, la capacità di influenzare, la suggestione ipnotica, oppure il lavoro sulla dinamica familiare, sono cose fondamentali), di continuare tranquillamente ad abbuffarsi e vomitare ma di accettare la regola che una volta che si arriva ad essere così pieni e correre a vomitare, fermarsi per un'ora e solo un'ora dopo andare a vomitare; rompere la sequenza. Questo ci ha fatto subito rilevare come l'intervento portava a degli sblocchi incredibili della patologia e che incrementando nelle settimane successive gli interventi passando da un'ora a due a tre, il più delle volte si arriva a tre ore e la maggior parte delle persone smette di vomitare anzi, il 50% di solito smette quando riesce a ritardare di un'ora. Questo significa che la soluzione funziona e che la soluzione ci descrive il problema. Abbiamo applicato questa soluzione a decine, centinaia di persone visto che questo protocollo è stato messo appunto 10 anni fa a migliaia di casi e la tecnica funziona. Questo ci indica che il sistema percettivo reattivo delle nostre vomitatrici è basato sulla loro incapacità di controllare quella sensazione piacevole che le porta a mangiare e vomitare in sequenza. La cosa importante è che questo tipo di classificazione operativa resiste anche all'applicazione interculturale, nel senso che in questo momento allievi e collaboratori in paesi differenti, stanno applicando questo metodo e questo funziona anche in culture differenti. Questo sta a significare che le stesse patologie a livello di struttura del problema hanno un isomorfismo anche in culture differenti, è chiaro che l'intervento terapeutico a livello di comunicazione, contesto della terapia, andrà adattato alla cultura. Quindi cercare di proporre a livello diagnostico una classificazione per modelli percettivi reattivi quindi un concetto internazionale che si vada a sostituire a un concetto invece nosografico rigido, non dev'essere riproporre un nuovo modello che si irrigidisce ma dev'essere una linea guida per riuscire a far calzare le soluzioni che funzionano a differenti persone in differenti contesti in differenti situazioni, altrimenti si rischia di fare un cook-book di ricette che viene applicato tout-court e per questo fallisce. Questo di solito crea, nel campo dell'approccio sistemico delle resistenze... la visione tradizionale sia sistemica che strategica è... evitiamo qualunque classificazione diagnostica o cerchiamo qualsiasi riproporsi della stessa tecnica su pazienti differenti. L'idea è che per ogni paziente si debba inventare una nuova terapia. Ma prendiamo l'esempio di Milton Erickson che se andiamo a studiare i suoi casi come hanno fatto Bill O'Hanlon o altri autori che l'hanno studiato non è vero che lui, come spesso dichiara, inventa una terapia nuova per ogni paziente, adatta ad ogni singolo paziente (al suo linguaggio, alla sua situazione, al suo contesto) l'intervento, ma in casi che hanno la stessa tipologia di persistenza del problema applica lo stesso metodo. È evidente perché, come ci insegna Piaget, quello che fanno i bambini che spesso scoprono la realtà attraverso una nuova percezione, scoprono quello che funziona per gestire la realtà, poi hanno un'anticipazione

cognitiva per tutte le situazioni che funzionano allo stesso modo, quindi questo è un processo naturale che vale e deve valere anche per gli psicoterapeuti. Quindi dobbiamo anche saper superare una resistenza al cambiamento dei sistemici e degli strategici che per qualche decennio hanno negato la possibilità di poter fare delle classificazioni d'intervento tecnico quando, se osserviamo tutti i più grandi terapeuti, usano metodi che si ripetono in situazioni simili con la creativa capacità di sintonizzarsi alla situazione, alla persona. Quindi dobbiamo evitare di pensare che non si possa avere una conoscenza in anticipo che ci guida a costruire soluzioni terapeutiche efficaci, possiamo averla ma dev'essere qualcosa che calza in maniera tecnologica alle situazioni ma che non può calzare definitivamente ad ogni singolo paziente perché va adattata. Quello che stiamo cercando di fare insieme ad alcuni collaboratori è una sorta di manuale di sistemi percettivi reattivi visto che dopo vent'anni sono stati messi a punto una serie di protocolli specifici di trattamento per differenti patologie credo che sia interessante avere delle linee guida che conducono il terapeuta a essere più focalizzato ma che non vuol essere certo una nuova replica del sistema nosografico diagnostico

DEMO

Seconda parte: Come far diventare un'indagine diagnostica un intervento terapeutico

G: Ciao M, prima di tutto...cosa è che ti ha fatto decidere di esporti davanti a così tante persone, l'urgenza di risolvere il problema o la voglia di mettere alla prova un terapeuta famoso?

M: Nessuna delle due cose (ride), nel senso che avevo già assistito al convegno fatto con Loredio e mi ero pentita di non aver alzato la mano per esporre la mia questione e quindi ho detto, non l'ho fatto l'altra volta adesso lo devo fare

G: Sarebbe come dire che ti hanno fregato il posto l'altra volta?

M: (ride), sì ecco...

G: E questa volta hai detto "non me lo voglio perdere, mi presento io"...

M: Cioè me lo sono fatto fregare...

G: Bene, bene, ok. Allora vuoi descrivere il problema che ti ha fatto decidere di confrontarti con me o preferisci che io ti faccia delle domande?

M: Allora, il problema in realtà sarebbero tre, per cui o ne scelgo uno o li dico tutti e tre

G: Mmm, scegliamolo insieme, comincia col dirli tutti e tre poi facciamo una classifica insieme.

M: Ok, allora uno è un problema alimentare nel senso che io sono una persona costantemente a dieta, sempre. Il secondo è un problema di psicosomatizzazione nel senso che psicosomatizzo tutte le mie emozioni, e il terzo è una dipendenza dall'indipendenza.

G: Ok, mmm, bene, carina la definizione, mmm, ok, noi possiamo provare ad indagare su tutte e tre le aree e vedere quale ci piace di più e cominciare l'intervento da una delle tre, anche se vorrei domandarti, tu pensi che siano tre aree distinte o che siano interdipendenti fra di loro?

M: Forse quello che c'è di comune è sempre il controllo

G: AH, mmm, ovvero, correggimi se sbaglio, tu mi stai dicendo che lo stare a dieta senza riuscirci, sia le tue somatizzazioni, sia la tua dipendenza dall'indipendenza, sono basate sulla tua tendenza ad avere il controllo sulle cose.

M: Esattamente

G: Mmm, ma questo controllo che tu eserciti sulle cose, funziona o ti porta a perdere il controllo?

M: A periodi funziona e a periodi non funziona più

G: Ah ok quindi, come per la dieta, tu dimagrisci poi riprendi peso

M: Sì però dimagrisco velocemente, nel senso che se ci vuole troppo tempo per affrontare le cose...a me non piacciono più e quindi abbandono, solo che dimagrendo velocemente poi li riprendo velocemente

G: Mmm, mmm, quindi tu sei consapevole che non è una buona soluzione ma non puoi fare comunque a meno di metterla in atto perché vuoi una soluzione rapida, ma sai anche che se la soluzione è rapida non sarà definitiva e anzi porterà a ricadute

M: Sì

G: Eppure non puoi farne a meno

M: No

G: Allora il controllo ti porta ad avere più controllo o ti fa perdere il controllo?

M: Mi fa perdere il controllo

G: Ah, quindi abbiamo un punto importante, il tuo tentativo costante di mantenere il controllo ti fa avere l'illusione di avere il controllo ma poi ti fa perdere il controllo

M: Esatto

G: Ok, bene, quindi secondo te se cerchi di continuare a tenere il controllo puoi risolvere il problema o puoi solo complicarlo?

M: Io sono consapevole che lo peggioro però non riesco a non farlo

G: ok, mmm, e secondo te cosa è che ti impedisce di bloccare il tentativo di controllo che fa perdere il controllo, il fatto che hai delle sensazioni, delle emozioni travolgenti o pressioni esterne a te?

M: E' possibile tutte e due?

G: Certo, me le puoi descrivere o è difficile farlo

M: Sì nel senso che tendo a controllare le emozioni altrimenti sono troppo forti, cioè so di essere troppo travolgente e quindi siccome so che non posso farlo anche perché l'esterno non me lo permette allora non lo faccio però poi ci cado in qualche altro modo

G: Ok, vediamo se ho capito bene, tu mi dici, io sono una persona che ha delle sensazioni e delle emozioni talmente forti che non le posso lasciar andare perché è sconveniente socialmente, chissà che figura farei se mi lasciassi andare!... quindi cerco di frenarle.

M: Diciamo di sì

G: Però poi ne perdo il controllo in situazioni che non vorrei, il cibo, le somatizzazioni, e questa costante ricerca dell'indipendenza

M: annuisce

G: Mmm, ti è mai capitato di riuscire a lasciarti andare o sei sempre stata così controllata perdendo il controllo?

M: No, mi è capitato poi dopo me ne sono pentita, quindi...

G: Ah, ok... Pertanto nella tua vita se non ho capito male c'è stato anche qualche evento nel quale tu hai deciso... va bene mi lascio andare perché la cosa mi piace... ma poi l'hai pagata cara

M: annuisce

G: Quindi è sconveniente lasciarsi andare

M: Sì

G: Ok, e, se posso essere un po' intrusivo...altrimenti mi dici no, questa decisione di lasciarti andare che è costata cara, è stata nell'ambito emotivo-affettivo o in altri ambiti?

M: In più ambiti

G: Mmm, e tutte le volte l'hai pagata così cara?

M: Se non proprio tutte alcune sì e sono state le più significative

G: Bene, e quelle volte in cui hai deciso di lasciarti andare l'hai fatto e poi hai naufragato nello scoglio...e ti sei fracassata...ok? Erano volte in cui hai avuto il controllo nel lasciarti andare oppure anche lì non hai avuto alcun controllo?

M: No, lì non ho avuto il controllo, per quello sono naufragata sullo scoglio...

G: Ok, mmm, tu sai che c'è un bell'aforisma che dice "il piacere è lo scoglio su cui gli uomini amano naufragare"...

M: Annuisce (ride)

G: Il problema, se mi permetti una piccola interpretazione, sembrerebbe che tu oscilli tra l'eccesso di controllo che ti fa perdere il controllo e il lasciarti andare senza controllo

M: annuisce

G: Bé ma sono le due facce della stessa medaglia, non sono opposti, sono esattamente la stessa cosa, quindi più ti controlli più perdi il controllo, se ti lasci andare senza controllo ti farai male e questa sembrerebbe essere la storia della tua vita fin qui

M: annuisce (sorride)

G: Mmm, ok, quindi dal tuo punto di vista per smettere di controllarsi all'estremo e perdere il controllo e essere capaci di lasciarsi andare in maniera controllata, cosa dobbiamo cambiare dei tuoi modi di percepire e reagire nei confronti delle cose?

M: Non lo so

G: Sei completamente all'oscuro di questo?

M: annuisce

G: Quando ti sei lasciata andare e hai naufragato sullo scoglio, hai dichiarato che ti lasciavi andare o l'hai fatto?

M: L'ho fatto!

G: Mmm, mmm, se tu avessi dichiarato alle persone, mi sto lasciando andare, quindi sospetto che mi farò molto male, secondo te sarebbe cambiato qualcosa o sarebbe stata la stessa cosa?

M: No sarebbe cambiato forse...

G: Mmm, sai dirmi cosa sarebbe cambiato?

M: Che forse chi stava fuori poteva controllare quello che succedeva

G: Ah, quindi in questo caso, se non vado errato, avresti delegato a qualcuno il controllo sul tuo lasciarti andare...

M: Sì

G: Ah, questo è interessante... Tu riesci a fidarti di qualcuno o di solito non ti fidi?

M: Sì, mi fido

G: Però non riesci a chiedergli controllo

M: Lo chiedo anche e succede, però quando poi succede mi dà fastidio perché mi sento controllata e non riesco più ad essere indipendente

G: Eccoci

Ridono

G: ...e siamo al terzo problema

M: Esatto

G: Fin qui avevamo analizzato i primi due. Quindi per te è difficile delegare a qualcuno perché delegare sembra diventare controllati

M: annuisce

G: Ah, e tu non vuoi essere controllata, ok. Ma se tu scegli di delegare a qualcuno una cosa che tu in quel momento non puoi fare perché se continui a farla sei sotto controllo che fa perdere il controllo e sei tu che gli deleghi il controllo, e lui che ti controlla o tu che controlli lui?

M: Dovrebbe essere io che controllo lui però nella realtà è lui che controlla me e io dopo devo fuggire

G: Ah quindi il terzo problema diventa veramente importante, il mito dell'indipendenza o la dipendenza dall'indipendenza. Ti ricordi che proprio nella dimostrazione a Roma che ti deve aver colpito, io ho introdotto un concetto particolare, quello di contro dipendenza, ovvero la dipendenza che si ha con la ribellione per essere indipendenti, tu ti ci sei un po' rivista oppure è lontana da te?

M: No non mi ci sono rivista, in quel momento no...

G: Ok, adesso che abbiamo analizzato le cose in questi termini...

M: Adesso un po' sì, la differenza sta nel fatto che lei lo faceva per gli altri, io invece lo faccio per me

G: Ah, questa è una differenza grande, infatti tu hai le somatizzazioni...

M: Sì

Ridono

G: Lei no, c'è differenza anche in questo, quindi tu hai tre problemi, lei ne aveva solo due.

M: Sì

G: Sai, talvolta lottare per sé è davvero più difficile che lottare per gli altri, mmm, ok. Permettimi di riassumere e dimmi tutte le cose per cui non sei d'accordo. Tu hai deciso di fare questa dimostrazione con me perché avevi visto quella cosa a Roma e ti sei per così dire pentita di non esserti offerta, sei venuta qui e presenti tre tipi di problemi che però sono problemi interdipendenti fra di loro, l'essere costantemente a dieta ma per questo fallire nella dieta, avere psicosomatizzazioni piuttosto forti e avere la dipendenza dall'indipendenza. Noi abbiamo indagato insieme che tu tendi ad avere il controllo su tutto ma quello che funziona per la dieta funziona anche per il resto, che più tendi ad avere il controllo più perdi il controllo anche perché, come abbiamo detto, il piacere è lo scoglio sul quale gli esseri umani amano naufragare e tu sei un essere umano... Quando hai deciso di farlo volontariamente e di naufragare hai naufragato ancora più fragorosamente e questo ti ha confermato che c'è bisogno di naufragare. Ma i due estremi si uniscono o ti lasci andare e naufraghi o ti sforzi di avere il controllo e naufraghi lo stesso. E poi hai detto che talvolta riesci a delegare e ti ho chiesto se per te è stato possibile dichiarare talvolta la tua paura, i tuoi limiti e tu m'hai detto che se l'avessi dichiarato forse sarebbero cambiate le cose. Però

quando hai delegato a qualcuno senza magari dichiarare tutto il problema poi ti sei subito irrigidita perché ti sei sentita sotto controllo

M: Sì

G: E quindi ti sei difesa e di nuovo dovrei ricordarti che si irrigidisce solo chi è fragile e ogni volta che ti irrigidisci diventi più fragile,mmm, concordi con questa visione...

M: Esattamente

G: Ah, ok, quindi concordi anche che se le cose continuano così possono solo peggiorare, non migliorare

M: Sì

G: Mmm, è tu hai concordato che se tu dichiarassi, se tu riuscissi a delegare a qualcuno dichiarando i tuoi limiti, potresti avere reazioni differenti... però devi fidarti del fatto che poi tu puoi controllare chi ti controlla, altrimenti non ci riesci

M: Sì

G: Perché se senti che è solo lui che ti controlla tu ti irrigidisci

M: Sì

G: Bene, allora immagina di fare l'esperimento che ti chiedo, comincia a, invece che tenere nascoste le tue cose, a pubblicizzare le tue debolezze, ovviamente iniziando dalle persone più vicine a te. Ma pubblicizzare la tua debolezza non vuol dire mettersi in una posizione ottimistica o di resa per cui tutti ti possono infilzare come un San Sebastiano moderno, ma potrebbe essere un trucco strategico. Facciamo un esempio, se io adesso ti dicessi che in effetti non sono così sicuro come sembro perché ho un sacco di mia insicurezza e tutte le volte che mi metto in gioco questo mi crea un sacco di stress e devo vincere ogni volta questa cosa, ti ho dichiarato una mia debolezza. Ti appare una debolezza o un punto di forza?

M: un punto di forza

G: Prefetto, allora io vorrei che imparassi ad usare questo trucco, la fragilità dichiarata non viene più percepita come fragilità ma è un punto di forza. Se io dichiaro a una persona, guarda ti devo dire che potrei in questo momento perdere il controllo, quindi stammi vicina, sto dichiarando una mia debolezza o l'altro mi percepisce come uno che ha il coraggio di dichiarare una debolezza?

M: Quest'ultima

G: E quindi l'altro cosa pensa di me? Sono più forte o più debole?

M: Più forte

G: E' un modo per aumentare il controllo perdendo il controllo volontariamente, puoi delegare controllando. È un artificio di ambivalenza sottile e io vorrei che tu iniziassi a farlo quotidianamente, cioè almeno una volta al giorno chiedi aiuto a qualcuno dichiarando una tua debolezza cominciando dalle piccole cose. Rispetto all'alimentazione lavorando sulla stessa

direzione, hai già sentito a Roma cos'ho detto, ti suggerisco la dieta paradossale, ovvero anche in questo caso se ti concedi puoi rinunciare se non te lo concedi è irrinunciabile quindi mangiare solo e soltanto ciò che ti piace di più ma solo e soltanto nei tre pasti, puoi farlo?

M: Sì l'ho già fatto

G: e funziona?

M: Sì funziona

G: Ah ok, allora sei arrivata con uno dei tre problemi già in via di soluzione. Ok, il terzo problema invece, quello delle somatizzazioni, penso che sarà la conseguenza di questo, grazie per essere stata con me.

M: grazie a lei...