

TERZO CONVEGNO EUROPEO
DI TERAPIA BREVE STRATEGICA E SISTEMICA

Arezzo, 09.11.2007

SECONDA GIORNATA

RELAZIONE: CAMBIARE PROSPETTIVE, CAMBIARE SOLUZIONI Ilka Offmann

Sono Ilka Offmann e sono psicologa e psicoterapeuta di Berlino, il titolo della mia presentazione è “Cambiare prospettive, cambiare soluzioni”. Il sottotitolo è: “L’attivazione di immagini interne per il cambiamento nella terapia breve sistemica”. Sto facendo riferimento anche al lavoro con le immagini interiori. Ho avuto occasione di lavorare anche a Palo Alto nel MRI e ho osservato le sedute, ho fatto parte del team della terapia breve per due anni e mezzo. Al di fuori di questo, nel MRI è stato portato avanti un progetto di ricerca e il risultato è un approccio che vi presenterò oggi. Vi fornirò una panoramica degli argomenti della mia presentazione. In primo luogo parlerò brevemente del modello della terapia breve, perché è l’unico modello dal quale poi scaturisce il mio approccio; secondo punto, parlerò del mio interesse per la ricerca; terzo punto parlerò dell’idea che mi ha portato a formulare un piccolo cambiamento; quarto, parlerò degli interventi analogici esclusivi nella terapia breve, l’EAI; poi parlerò della fase della presentazione analogica, che è la fase centrale del mio approccio. Poi parlerò di alcuni vantaggi di questo approccio EAI e, se c’è tempo, anche sulla ricerca dell’EAI.

Nel modello della terapia breve di Palo Alto il principio, come sapete, è che i problemi vengono mantenuti dalle soluzioni tentate che non hanno successo. Il circolo vizioso deve essere interrotto attraverso l’intervento degli esperti. Questo lo dico perché è importante e ci arriverò più tardi. Questo tipo di intervento lo chiamo “attivazione implicita delle risorse”, perché, interrompendo queste tentate soluzioni, le risorse del paziente vengono attivate in modo implicito, questo significa che l’intervento resta non scrutabile, non trasparente al paziente. Quindi, chiamo questo tipo di intervento “attivazione implicita delle risorse”. Il problema, che ho riscontrato durante la sessione, è che gli interventi non sono accettati e questo significa che i pazienti ricevono dei compiti da svolgere e tornano che non li hanno fatti. In alcune circostanze, le persone abbandonano la terapia, quindi, questo tipo di osservazione non significa che questo modello non funziona, ma significa che a volte può succedere per qualsiasi ragione.

Mi stavo chiedendo come è possibile cambiare questi aspetti e fare qualcosa di diverso per superare questo problema. Devo anche dire che l’approccio della terapia breve, chiaramente, è molto utile e sono stati riscontrati nel Centro di Terapia Breve, nel MRI, numerosissimi successi. Il mio interesse di ricerca è quello di mantenere gli elementi utili del modello della terapia breve, che è il concetto del cambiamento di secondo livello, e che è molto importante per interrompere quel circolo vizioso del pattern di mantenimento del problema, e questo lo dico perché in Germania questo modello è stato scoperto all’inizio degli anni ‘80 ed era considerato come troppo interventista. Quindi, credo che sia importante rivisitare questo modello e avere anche un’alternativa da proporre ai nostri pazienti e non soltanto la terapia orientata alla soluzione. Un mio interesse è stato quello di

cambiare gli aspetti problematici del modello della terapia breve e quello che dicevo è capire cosa può essere problematico, ovvero, interventi terapeutici che alcune volte non sono accettati dal paziente. Un'altra considerazione, almeno in Germania, abbiamo notato che la posizione del terapeuta a volte, implicitamente, attiva le risorse e il paziente non è consapevole di quello che sta facendo il terapeuta, quindi questo spesso è criticato in Germania. Questo è stato il mio punto di inizio, ho detto "Bene, quali aspetti problematici ci sono, cosa possiamo fare per apportare dei cambiamenti, perché il modello è molto utile e ho visto che funzionava con molte persone con dei risultati ottimali e mi stavo chiedendo come intervenire per cambiare questi casi problematici nei quali non siamo in grado di offrire il nostro intervento ad un determinato tipo di paziente e quindi mi è venuta un'idea. L'idea è che, se il problema non è accettato nell'intervento terapeutico, probabilmente è possibile utilizzare esplicitamente le risorse del paziente, non implicitamente, per interrompere le soluzioni tentate. Questo significa che il paziente è in grado di interrompere lui stesso le tentate soluzioni. Quando l'ho detto a Richard Fisch mi ha detto che se era in grado di farlo, allora lo avrebbe fatto e che il paziente arriva da noi perché non è in grado di interrompere queste soluzioni tentate. Io gli ho risposto "Ho visto questo problema, che la soluzione tentata è vista come un luogo comune, le persone lo fanno perché ha un senso, è vista come l'unica soluzione che secondo loro è sensata. Ha senso dare da mangiare ad una persona che sta morendo di fame e non avrebbe senso fare il contrario, quindi questo è il problema delle soluzioni tentate". Dick Fisch diceva che se il paziente era in grado di interrompere queste soluzioni da solo, non sarebbe utile la terapia. In realtà, ho capito che alcune cose avvenivano soltanto a livello razionale. Ma se cambiamo la prospettiva della persona a livello analogico e pensiamo alle soluzioni tentate da un'altra prospettiva, allora, probabilmente, sarebbero state in grado di interrompere il circolo vizioso delle tentate soluzioni da soli. Quindi, se riusciamo a fare questo, abbiamo un cambiamento di secondo livello attraverso l'attivazione delle risorse esplicitamente. Questo significa che il paziente interrompe le tentate soluzioni egli stesso, non implicitamente, ma avviene un cambiamento di secondo livello, perché le soluzioni tentate vengono interrotte e avviene a livello analogico questo ed ha a che fare con l'EAI, ovvero l'attivazione esplicita. Nella terapia breve è questo il cambiamento che ho cercato di apportare. Quindi parliamo della terapia breve EAI, ora vi darò una panoramica delle diverse fasi e poi scenderò su una prospettiva più dettagliata delle fasi cruciali, nelle quali lavoro con interventi analogici più specifici.

La prima fase è la presentazione del problema. Devo dire che il mio progetto di ricerca è stato fatto con persone con problemi cronici e quindi era il dolore cronico il centro della mia ricerca. Quindi, ho chiesto al paziente che tipi di problemi aveva e dal momento che il dolore cronico è un problema molto grande e la persona si sente incapace di risolvere questo problema enorme, spesso lavoro con l'approccio di concentrazione sul problema, ovvero chiedo "Oltre a sentire il dolore, dove localizzi questo dolore?". Questa è una domanda molto cruciale per il paziente, perché le persone rispondono in maniera molto diversificata. Alcuni dicono che il loro dolore si manifesta nelle relazioni sociali, altri che ha a che fare con l'attività professionale. Questa concentrazione sul problema, se ci consente di ottenere dei progressi in questo campo, è già qualcosa di sufficiente. Se ricevo un sì al momento di questa domanda di apertura allora continuo. E' importante identificare la giusta attenzione al problema e ottenere una partecipazione da parte del paziente per essere in grado di procedere.

La terza fase riguarda l'identificazione delle tentate soluzioni e queste hanno a che fare con il problema stesso. Quindi dalla fase A mi sposto da questo problema del dolore cronico e passo ad un

altro problema, ad esempio il problema delle relazioni sociali e poi cerco di capire quali sono le soluzioni tentate dal paziente per cercare di superare questo problema.

Nella fase quattro ho riassunto la soluzione tentata e chiedo al paziente se sto agendo correttamente nel mio tentativo di riassumere la situazione. Se il paziente mi dice di sì, allora gli chiedo se vuole mantenere questa soluzione anche per il futuro, se ci sono stati dei successi e se il paziente dice di no, allora chiedo se devo cercare di trovare qualcosa di diverso. Se il paziente dice di sì, allora sarà qualche cosa di completamente diverso, che vi può sembrare insolito, non sono sicura che siate pronti a farlo, soltanto se il paziente dice “Sì, sono pronto a sperimentare quest’altra tecnica”, allora passo alla fase successiva, cioè la fase della meditazione concentrata sul corpo. Questo significa che chiedo al paziente di sedersi, di concentrarsi sui piedi, di percepire il corpo dall’interno e dall’esterno, muoversi attraverso la percezione del ginocchio, del bacino, finché non arrivo alla testa e faccio lavorare il paziente su qualcos’altro, per far capire al paziente che faremo qualcos’altro, che ci stiamo spostando da quello che abbiamo fatto fino a quel punto e sta succedendo qualcosa di nuovo. Quindi, questa meditazione concentrata sul corpo, fa sì che il paziente si rilassi e quindi arriva la fase della presentazione analogica. In questa fase, la sesta, chiedo al paziente di focalizzare le sue tentate soluzioni, ora vi do soltanto una panoramica. In questa fase gli chiedo di visualizzare le soluzioni tentate che sono state in qualche modo modificate. In questa visualizzazione, l’ultima fase è la fase della rivalutazione del problema, ovvero cerco di capire se il problema è stato risolto, se è stato fatto un progresso e in che direzione dobbiamo muoverci.

Quindi, questa è soltanto una panoramica del modello sul quale ho svolto la mia ricerca e che ha lavorato sui pazienti affetti da dolore cronico. Quindi ora vorrei spiegarvi più da vicino la fase sei, quella della presentazione analogica.

L’ho chiamata così perché l’immagine visiva non è un’esatta rappresentazione di quello che è. E’ una rappresentazione che forse, in qualche modo, crea qualcosa di nuovo. Nella presentazione analogica della soluzione tentata, il paziente ha gli occhi chiusi dopo la fase di rilassamento e faccio sì che le immagini vengano fuori da sole e ripeto la soluzione tentata nello stato di rilassamento. In questo esempio, la soluzione tentata aveva a che fare con un paziente che era soltanto in grado di eliminare la pressione che si metteva addosso per superare questo dolore. Quindi, le ho chiesto “Allora mentre sei nel centro, fa sì che le immagini vengano da sole nella tua mente, cioè come riuscire a superare questo dolore”. Quindi, venivano fuori queste immagini e gliele lascio descrivere e poi le ho chiesto una valutazione, che è stata molto semplice. Le ho chiesto “Queste immagini ti fanno sentire a tuo agio o no?”. E’ molto importante mantenere le domande molto semplici, in modo da non confondere di nuovo il paziente e quindi gli ho chiesto “Queste immagini ti fanno sentire a tuo agio? Ti senti a tuo agio con me?”. Se si tratta di un’immagine che ha veramente a che fare con la presentazione analogica, il paziente dice di no. In questo caso, quando il paziente non avverte più questo dolore, ha l’immagine di un gruppo che fa pressione sul suo bacino che fanno sì che il dolore arriva fino alle gambe al punto che deve sdraiarsi. Questa immagine è chiaramente un’immagine di disagio. Poi gli ho chiesto: “Cosa devi cambiare in questa immagine, cosa deve esserci come elemento nuovo, ti senti più a tuo agio con quale tipo di cambiamento?”. Quindi è subentrata una nuova immagine, una nuvola, se mi sdraio su una nuvola questa pressione va via, quindi aveva di nuovo un’altra immagine. Poi gli ho fatto una domanda più completa: “Com’è questa immagine? Tu sei dentro l’immagine?”, cerco di concretizzare questa immagine al paziente stesso. Quando l’immagine si definisce di più, allora gli chiedo di nuovo una valutazione: “Allora questa immagine ti fa sentire a tuo agio o no?”, se si sente a suo agio passo alla fase successiva (di transizione). Gli chiedo: “Cosa deve succedere per farti passare in questa posizione

sulla nuvola? Allora la paziente dice: “Ho bisogno di mani grandi che mi sollevano e mi mettono su questa nuvola”. Questa era la sua immagine di passaggio, di transizione tra la tentata soluzione e la nuova soluzione. Quello che può succedere è anche che quando chiedo qualcosa, a proposito di questa transizione, il paziente può menzionare un problema e questo problema deve essere risolto.

In un esempio, con un paziente anch'esso affetto da dolore cronico a seguito di un incidente automobilistico, voleva camminare di più, per poter viaggiare con il marito, quindi il suo problema era quello di essere in grado di poter camminare di più. La sua tentata soluzione era che, quando aveva agito in modo sbagliato, quando sentiva di dover fare tutto per gli altri, sentiva così tanto dolore che ancora una volta non riusciva neanche più a camminare. Quindi, la sua immagine della tentata soluzione era che doveva essere un marine e il compito era quello di saltare con una fune, però non riusciva a farlo, mentre la nuova soluzione era aggirare questo muro. Quindi, è emerso un problema, perché sentiva una voce che le diceva: “Perché vuoi aggirare questo muro invece di affrontarlo?”. Quindi, di nuovo, ci trovavamo nella fase del problem solving. In questo caso le ho chiesto: “Riesce ad immaginare una terza persona, nelle immagini, che può darle un consiglio, che può rispondere alla sua domanda su come affrontare questa situazione?” ed ha visualizzato il marito, che le diceva: “Non sei un marine, non devi fare tutto”. Quindi, questo esempio era per farvi capire che può subentrare un problema proprio nell'ambito di questa seduta.

Dopo la transizione, dopo la nuova soluzione, si chiede una valutazione, ovvero “Questa nuova immagine ti fa sentire a tuo agio o no?”. Se il paziente dice di sì, la fase è terminata. E' molto importante dire che questa immagine non viene mai interpretata, se il paziente non vuole interpretarla io non forzo, cioè non dico che non è possibile, però non lo incoraggio. E' molto importante lasciare l'immagine così com'è. Come compito, chiedo alla paziente di andare a casa e di disegnare l'immagine e di inserirla nel contesto corretto. Quindi, l'unica cosa che fanno, prendono l'immagine e se la portano e magari spendono qualche minuto durante la giornata a guardare quest'immagine, però senza nessun tipo di interpretazione. Quindi, l'obiettivo è quello di cambiare la prospettiva del pensiero, dal pensiero irrazionale sulla soluzione tentata, ad un altro pensiero irrazionale sulla tentata soluzione, questo è l'unico scopo di questa fase. Quindi, non è quello di interpretare l'immagine o quant'altro, è semplicemente aiutare il paziente a cambiare lo sguardo, a guardare da un'altra prospettiva, attivando le proprie risorse per risolvere il problema. Quindi, non sto facendo altro che assistere il paziente, cercando di fargli cambiare questo tipo di prospettiva.

Poi viene la chiusura, ovvero, chiedo al paziente di tornare al centro, al termine di questa meditazione e quando torniamo nella sala dopo la meditazione e, ovviamente, questo è il momento conclusivo, dopo questa fase di solito non c'è un dialogo approfondito.

Quali sono i vantaggi degli interventi EAI per l'attivazione delle risorse? Uno dei vantaggi è l'aumento delle possibilità per l'attivazione del paziente, all'interno della terapia breve sistemica. Probabilmente, sapete che hanno identificato alcuni fattori di importanza a livello extraterapeutico che possono, comunque, essere importanti anche per l'esito terapeutico stesso. Quindi, credo che sia molto utile trovare il modo per amplificare le risorse del paziente, a livello del contesto terapeutico. Questa è una possibilità che non riguarda un cambiamento del modello di Palo Alto, o un tentativo di renderlo migliore, è soltanto un'altra possibilità, quella di attivare le risorse del paziente. Abbiamo la possibilità di attivare le risorse del paziente in modo implicito e questo dà la possibilità di farlo anche in modo esplicito, comunque, cercando di attuare un cambiamento di secondo livello. Un altro vantaggio è che l'esperienza del paziente è molto positiva nell'identificare nuove soluzioni. Di solito i pazienti escono dalla seduta dicendo: “E' sorprendente, non sapevo che sarebbe stato

possibile, è come un sogno”. I pazienti che erano all’inizio resistenti, riluttanti, nei confronti di questo tipo di approccio, probabilmente molti di voi lo avranno riscontrato, invece sperimenteranno che se siamo veramente convinti che la nostra terapia funzioni, trasmetteremo questa convinzione al paziente che ce la farà o almeno cercherà. Ci sono molti modi di guidare il paziente molto attentamente in questo processo, anche in caso di forte riluttanza. Quando abbiamo dei risultati positivi, il paziente è molto sorpreso e dice che questa parte della terapia è estremamente valida. Questo tipo di approccio non lo attuo sempre, soltanto quando il paziente è ancora bloccato nella tentata soluzione.

Un altro vantaggio è quello che il quantitativo di cambiamento e la tempistica sono stabiliti dal paziente stesso. Il terapeuta, a volte, trova difficile l’identificazione del momento preciso o della quantità di cambiamento per il paziente, quindi è il paziente stesso a determinare la tempistica e l’entità del cambiamento. Chiaramente, ci sono anche degli svantaggi nell’intervento esplicito, perché potrebbe succedere che magari non è così facile come l’attivazione della risorsa implicita. La ricerca sull’EAI, come vi dicevo, ho portato avanti un progetto nel MRI di Palo Alto ed è stata portata avanti su pazienti con dolore cronico. Sono stati reclutati dieci pazienti che soffrivano di dolore cronico, da tre a ventinove anni, e i risultati sono stati degli studi di tipo qualitativo. Volevo analizzare il processo e analizzavo anche i cambiamenti che avvenivano nel corso dell’implementazione della terapia, fino a quindici sedute. Il metodo di ricerca era lo studio della fase centrale della presentazione analogica, ovvero l’approccio episodico, nel quale scegliamo un episodio che secondo noi è quello più importante per attuare un cambiamento e facciamo una ricerca approfondita su questi episodi, e in questo caso si trattava della fase della presentazione analogica. Quindi, ho portato avanti un metodo di ricerca qualitativo strutturale e analitico per studiare questa fase, ora chiaramente non scendo nel dettaglio. I risultati: tre gruppi di terapeuti e pazienti hanno portato avanti questo tipo di presentazione analogica, un gruppo ha creato del nuovo materiale, quindi, per esempio, la creazione di immagini, l’altro gruppo otteneva più informazioni nuove su questo materiale, ovvero una concretizzazione, e nel terzo gruppo il terapeuta strutturava il processo. Quindi, queste diverse fasi del processo, alla fine erano ripetitive e costituivano un modello descrittivo del processo. Per me, la cosa più importante, era individuare il modo per descrivere quello che stavo facendo ad altri terapeuti ed è per questo che ho portato avanti questa ricerca, perché avevo un’idea basilare di quello che volevo fare, però attraverso questa ricerca ho trovato il modo di divulgare quello che stavo facendo e di riuscire a comunicarlo anche ad altri terapeuti.

Bene, un sunto di quello che vi ho detto. Ho parlato brevemente del modello della terapia breve, il mio interesse nella ricerca, l’idea che avevo della terapia breve EAI, la fase della presentazione analogica, i vantaggi dell’EAI, di questo approccio terapeutico e della ricerca.