

**TERZO CONVEGNO EUROPEO**  
**DI TERAPIA BREVE STRATEGICA E SISTEMICA**

Arezzo, 10.11.07

TERZA GIORNATA

RELAZIONE : **“L’ARTE DI INGIUNGERE: PRESCRIVERE AL SINGOLO, ALLA COPPIA, ALLA FAMIGLIA”** Prof. Garcia, Prof. Nardone

**GIORGIO NARDONE**

Per introdurre l’argomento della prescrizione e di come una prescrizione possa essere costruita perché calzi al problema e lo trasformi in una soluzione e perché questa sia suggerita, offerta al paziente o ai pazienti nella maniera più efficace da un punto di vista comunicativo, direi che, mi preme prima di tutto fare una piccola digressione, perché io penso che la maggioranza di voi sappia che nei primi anni la terapia breve è stata assimilata ad un approccio decisamente molto prescrittivo e molto direttivo, anzi direi, i primi dichiarati strategici in senso stretto, come Jay Haley, Cloe Madanes, e altri come Salvador Minuchin e anche Milton Erickson sono stati indicati come dei terapeuti direttivi e la prescrizione è stata vista come la fase culminante di un intervento terapeutico e l’intervento prescrittivo, che questo sia un intervento al singolo, alla coppia, alla famiglia è stato considerato come la demarcazione tra la persistenza del problema e il cambiamento.

A me preme fare una digressione su questo perché, sin da quando ho iniziato ad occuparmi di mettere a punto prescrizioni specifiche per particolari forme di patologia, una delle argomentazioni più importanti di discussione tra me Paul Watzlawick e John Weakland, è stato proprio come rendere la prescrizione il meno direttiva possibile, ovvero essere direttivi attraverso la non direttività e questo è un argomento cruciale perché, quando si parla di prescrizione, se non si parla prima di come confezionare la prescrizione, del come presentarla, rischiamo di mettere a punto la più bella manovra terapeutica che però poi non viene seguita dai pazienti. E quindi è inutile averla fatta. Voi tutti sapete che le due anime di un approccio strategico sono il problem solving, da una parte, quindi la strategia che costruisce la soluzione che calzi al problema, e dall’altra parte la comunicazione che è il veicolo sia per predisporre il campo al cambiamento, sia per introdurre il cambiamento durante la seduta come abbiamo visto ieri e ieri l’altro, sia per presentare in maniera che sia seguita, osservata e aderita la prescrizione o le prescrizioni. E questo è un argomento sociale. Tanto che una differenza sostanziale che si può trovare tra un approccio behaviourista e un approccio strategico è proprio l’uso del linguaggio: in un approccio behaviourista il linguaggio è direttivo, è basato sulla spiegazione e sulla indicazione di una direttiva da seguire. In un approccio strategico non esiste una direttiva ma esiste un’indicazione che viene data con un linguaggio suggestivo, persuasorio, che faccia sì che la persona metta in atto quel tipo di indicazione, anche se all’apparenza può sembrare strana o bizzarra.

Quindi, ancor prima di parlare di prescrizioni, è importante parlare di come una prescrizione deve essere suggerita. Anche se all'apparenza può sembrare che la prescrizione venga suggerita in una maniera direttiva, perché questa sia seguita al meglio, dal mio punto di vista deve essere ingiunta, usando proprio il termine ingiunzione (dal latino "*indurre a fare*"), in maniera che abbatta le resistenze al cambiamento, le resistenze a seguire le indicazioni, che sono tipiche di ogni paziente. Questo è un concetto della pragmatica della comunicazione, quindi della Scuola di Palo Alto, spesso dimenticato. Il concetto di resistenza al cambiamento.

Purtroppo alcuni autori che io ho apprezzato e amato hanno buttato molta benzina su questo fuoco come l'amico Steve De Shazer quando ha scritto "*non esiste la resistenza*". In realtà questo era un modo suo metaforico, provocatorio per presentare un altro modo per aggirare la resistenza. Ma voi sapete che il concetto di resistenza non è qualcosa che viene dalla psicoterapia, ma viene dalla biologia. Quando Claude Bernard ci ha indicato il concetto di omeostasi, ci ha già dato l'indicazione concreta di cos'è la resistenza al cambiamento.

L'omeostasi è la tendenza di ogni sistema, dal minimale al più complesso, a mantenere un equilibrio costituito e il sistema tende a mantenere l'equilibrio costituito anche quando questo è disfunzionale, purtroppo. Pertanto quando noi abbiamo una persona di fronte che ci chiede di intervenire, dobbiamo sempre fare i conti con la resistenza al cambiamento. Se vi ricordate, nella dimostrazione che ho fatto il primo giorno, c'è stata una domanda su quanto la persona che si è presentata fosse collaborativa, avesse un'ottima consapevolezza e io ho sottolineato il fatto che le persone che appaiono più collaborative di solito sono le più resistenti al cambiamento, proprio perché sono più collaborative. Quindi quando si cerca di mettere a punto un intervento terapeutico, in particolare quando si chiude la seduta usando la prescrizione, è fondamentale tener presente che noi comunque dobbiamo aggirare una resistenza, anche quando abbiamo di fronte la persona apparentemente più collaborativa. Certo ci sono diverse forme per aggirare le resistenze al cambiamento e noi ne passeremo in rassegna alcune e entreremo anche in dettaglio su come si possano costruire diverse forme di prescrizione terapeutica.

Una prima importante notazione da fare rispetto alla prescrizione, che sembra talmente banale, di nuovo, che non viene quasi mai sottolineata, è che la prescrizione deve essere l'ultimo atto comunicativo della seduta. Perché altrimenti si perde. Cosa significa? Se voi avete dato una prescrizione e il paziente ricomincia a parlare, voi dovete ripetere la prescrizione, perché gli studiosi di comunicazione e di impatti suggestivi, come il professor Ricci Bitti, ci insegnano che la prima impressione e l'ultimo messaggio son quelli che rimangono di più. E guai a fare in modo che non sia la prescrizione l'ultimo atto comunicativo. E questo spesso lo si osserva in supervisione con gli allievi come, veramente, un atto di ingenuità. Come dire "Gliel'ho già detto! Perché glielo devo ripetere? Mi riterrà poco intelligente se ripeto la prescrizione!". Ma in realtà il ripeterlo è un'altra importante caratteristica della prescrizione.

E come vedete io sto parlando prima di comunicazione e poi parlerò di problem solving. Anzi, direi che la prescrizione tanto più diventa osservata e aderita tanto più siete in grado di ridondarla. E io sto usando questo termine non a caso perché la ridondanza non è ripetizione. Anzi, come ci direbbe Roland Bar, un famoso studioso di linguaggio, la ridondanza è un dispendio economico. Una definizione molto carina, ma che rende bene l'idea, perché quando io faccio risuonare in maniera ridondante una mia indicazione faccio sì che questa poi rimbombi come una serie di echi in

successione dentro la persona. Se invece gliela do così, in modo non suggestivo, non musicalmente ridondante, è molto probabile che non rimanga nulla.

Io penso che l'esempio più evidente di questo è la prescrizione che da oltre 25 anni diamo ai pazienti ossessivi-compulsivi che hanno un disturbo di tipo riparatorio, ovvero quelli che si lavano le mani perché temono di essersi sporcati o quelli che devono propiziare che avvenga qualcosa ripetendo dei rituali, che è una prescrizione che se non viene data in modo ridondante e suggestivo, assolutamente non viene eseguita né avrà alcuna efficacia.

Quindi se io ho un paziente che mi dice: "Ogni volta che ho l'idea di essere contaminato, devo andare a lavarmi le mani", oppure il paziente che mi dice: "Prima di andare a letto devo controllare tutti i rubinetti, devo controllare le porte chiuse, devo controllare le cose di sicurezza", noi abbiamo messo a punto una prescrizione che, costruita ad hoc per questo tipo di disturbo, come devono essere le prescrizioni strategiche, ovvero, ne prende la struttura ma la rovescia su se stessa. Ma questo è l'aspetto di problem solving, ne parlerò subito dopo; ora sto affrontando il tema della comunicazione.

La prescrizione è questa: ora ve la dico come si direbbe senza ridondanza. "Ogni volta che lei fa un rituale, lo deve ripetere 5 volte. Mi raccomando, ogni volta che lei fa un rituale, lo deve ripetere 5 volte. Non se lo dimentichi: ogni volta che lei fa un rituale lo deve ripetere 5 volte". Se voi suggerite questa cosa, che apparentemente è la stessa cosa di quella che vi dirò ora, siate sicuri che i pazienti non la seguiranno, perché non c'è nessun impatto suggestivo. Se invece usate una ridondanza musicale, un impatto suggestivo, e quindi guardate la persona negli occhi, vi proiettate un po' in avanti...e dite: "Ora le chiederò di fare una cosa che l'avverto sarà molto impegnativa per lei: di qui a quando la rivedo, ogni qualvolta lei mette in atto uno dei suoi rituali, deve ripeterlo esattamente 5 volte, né una volta di meno, né una volta di più. Può non farlo, ma se lo fa una volta deve ripeterlo 5 volte, né una volta di più, né una volta di meno. Ripeto, può non farlo, ma ogni qualvolta mette in atto uno dei suoi rituali, se lo fa una volta deve ripeterlo 5 volte, né una volta di meno, né una volta di più". Così state pur sicuri che lo faranno. La differenza sembra banale, ma è sostanziale.

Spesso quando con gli allievi si cerca di far dare questa prescrizione, quando imparano, in supervisione diretta in coterapia, hanno la difficoltà a ripetere perché è come se si sentissero stupidi a ripetere. Ma in realtà questo è quello che fa la differenza. Perché non è ripetizione è ridondanza! In più la prescrizione è stata costruita, come vedremo sarebbe il modo migliore per ostruire le prescrizioni, in modo tale che l'articolazione dell'ingiunzione abbia una certa musicalità e che quindi rimanga dentro la mente di una persona come qualche cosa che non rimane solo sull'emisfero sinistro, sulla comprensione, ma soprattutto sull'emisfero destro, sulla sensazione.

Questo quindi solo per introdurre gli aspetti diciamo comunicativi, verbali e paraverbali, della prescrizione e il ritmo. Avrete notato che io ho fatto anche delle pause: "Può non farlo". Pausa. Ma se lo fa una volta lo fa 5 volte, né una volta di meno, né una volta di più". Le pause sono molto importanti quando si prescrive perché se io voglio far rimanere qualche cosa nelle sensazioni di una persona, è bene che io crei uno spazio di vuoto prima e uno spazio di vuoto dopo, perché questo spazio farà da cornice a quello che io ho detto.

Spesso con gli allievi alle prime armi della formazione, è difficile insegnargli l'arte della prosodia, l'arte delle pause o l'arte dei cambiamenti della voce, perché sembra che questo sia più recitare un copione teatrale che fare terapia. Ma in realtà questo è quello che ci insegna la retorica da sempre e fare terapia ha molto più a che fare con la retorica dei sofisti antica che non con le spiegazioni razionali che si possono trovare dentro un laboratorio scientifico, o con quello che spesso siamo abituati a sentire quando andiamo in una lezione in una scuola o in una università. Per fortuna ci sono docenti che curano anche l'aspetto comunicativo suggestivo per migliorare l'aspetto comunicativo dei propri allievi, ma non è molto frequente.

Pertanto quello che mi premeva introdurre prima di tutto rispetto alla prescrizione è proprio l'arte di presentarla, l'arte di recitarla, perché senza questa arte retorica la prescrizione risulterà decisamente molto meno efficace.

L'altro aspetto interessante, ancor prima di calarsi su come le prescrizioni possano essere costruite sulla base di come il problema funziona, è costruire strategicamente la prescrizione sulla base dell'obiettivo di cambiamento che io mi do. E anche questo è un argomento ben poco trattato. Nel senso che si è abituati a pensare: io ti do una prescrizione, tu la metti in atto e avviene il cambiamento. Ma non è detto che sia sempre così! E non è detto che ogni prescrizione preveda un cambiamento immediato! Pertanto se noi vogliamo avere un minimo di utile classificazione delle tipologie di cambiamento che io posso ottenere tramite la prescrizione, dovremmo considerare almeno tre tipologie:

abbiamo un cambiamento che potremmo definire catastrofico dalla teoria delle catastrofi o dalla fisica, che significa il cambiamento immediato: il fulmine che fa cadere l'albero, il terremoto che squarcia la terra..in questo caso facciamo riferimento a quelle prescrizioni che vengono date, se vengono applicate, creano immediatamente una rottura del circolo vizioso che alimenta la patologia. Questo è il caso della prescrizione precedente. Se il paziente ossessivo-compulsivo che ripete dei rituali va a casa e mette in atto il contro-rituale terapeutico, ripetendo all'inizio 5 volte quello che prima magari ripeteva più volte, ma seguendo l'ordine del terapeuta, a un certo punto smette di fare rituali dichiarando che gli era venuto a noia ripeterlo 5 volte, ma magari lo ripeteva molto di più prima. E la spiegazione di questo è che, in realtà, nella struttura della prescrizione, quello che è importante è che il sintomo, la compulsione, è dominata dalla terapia. Ci si impossessa del potere dell'ossessione. Ma se io prendo il potere dell'ossessione, ti dico :“Puoi farlo 5 volte oppure puoi non farlo”, ti do il permesso di non farlo. Mi sono preso il potere ti do il permesso di non farlo e di solito le persone scelgono di non farlo perché è noioso farlo 5 volte. Quindi si cambia completamente la percezione di quella realtà. E questo potremmo definirlo un cambiamento catastrofico, un cambiamento immediato. Ma non tutti i problemi possono essere cambiati in maniera immediata.

Facciamo un esempio differente. Immaginate di avere una donna, come un caso che ho chiaro in mente adesso, che viene e vi dice: “Io ho la fobia della penetrazione. Non riesco a vivere la penetrazione perché sento un dolore terribile ogni qualvolta il mio compagno si avvicina con il suo sesso al mio sesso”. Proprio, come si dice, la chiusura della cassaforte. In questo caso, una idea di prescrizione catastrofica sembra meno indicata che nel caso precedente, perché il rischio di incrementare la resistenza al cambiamento, di chiusura, è molto maggiore. Allora in questo caso è più indicato introdurre un cambiamento graduale, quello che si chiamerebbe cambiamento per fasi

successive. E noi di solito, in questi casi utilizziamo una prescrizione che si adatta a questo tipo di stie, ovvero indichiamo alla coppia o alla singola, facendosi aiutare dal partner, di avere almeno 3-4 volte alla settimana degli incontri erotici con il partner con il divieto della penetrazione, però, come due fidanzatini che si scoprono eroticamente, devono cercare di darsi il massimo del piacere in tutti gli altri modi, senza penetrazione. Ma devono prendere un impegno: nel bel mezzo di questa situazione devono entrare in contatto con i sessi e fare quello che noi diciamo le belle statuine, cioè rimanere fermi per un minuto in contatto, e poi riprendere a donarsi il piacere vicendevolmente.

Di solito le persone tornano e dicono “E’ stato facile, ci siamo divertiti...anzi anche bello...” poi chiediamo “Lei ha avuto paura?” “No, no! Non ho avuto alcuna paura.” Allora diciamo: “Di qui alla prossima volta, dovete fare esattamente la stessa cosa...cominciare con i preliminari...cercare di eccitarvi il più possibile...nel bel mezzo, vi avvicinate e vorremmo che fosse iniziata una micro-micro-micro introduzione...proprio...3 millimetri...non di più di 3 millimetri. Dovete rimanere lì fermi per un minuto. Dopo, finito il minuto, dovete ricominciare a donarvi il piacere vicendevolmente”. E di solito le persone tornano e dicono : “Ah, non è stato così difficile!” e noi chiediamo alla donna: Ha sentito male?” “No, no! Non ho sentito male! Anzi!” “Anzi..?! Eviti di correre troppo! Andiamo piano!” e prescriviamo di nuovo altri 3mm in più. E vi immaginate come va la cosa!/? Si aggiunge mezzo centimetro per volta fino a che molto frequentemente le persone arrivano e chiedono “Ma secondo lei siamo arrivati ad una penetrazione totale o no?” Dopo 5-6 cm...7cm..! E questo sarebbe un cambiamento graduale, che calza quando l’indicazione di un cambiamento catastrofico può essere troppo dura.

Ma molto spesso quando si introduce un cambiamento graduale, si incorre nel terzo tipo di cambiamento, che è forse quello più interessante, che è quello geometrico-esponenziale: l’effetto valanga: la palla di neve che rotola, che diventa gigantesca finché irrefrenabilmente diventa una valanga. Infatti se torniamo alla prescrizione precedente delle belle statuine, in oltre il 50% dei casi, dopo che cominciano con le micro penetrazioni succede un incidente, nel senso che violano la prescrizione e hanno un rapporto completo, soddisfacente, dopo poche sedute. In questo caso il cambiamento non è più graduale ma è geometrico esponenziale: inizia lentamente e accelera, accelera, finché diventa irrefrenabile.

Queste tra categorie di cambiamento sono molto importanti, perché a seconda del tipo di problema che avete di fronte e a seconda del tipo di persona che avete di fronte, o del contesto, è molto importante saper selezionare quale delle tre tipologie può essere più calzante a quel tipo di situazione. Quindi questo aiuta ad essere ancora più strategici.

Sul piano della relazione con il paziente, ci sono altre quattro caratteristiche importanti da considerare ancor prima della fase in cui si confeziona, si costruisce la prescrizione, ovvero valutare qual è la tipologia di resistenza al cambiamento che abbiamo di fronte.

Paul Watzlawick, in suo famoso articolo, aveva classificato tre tipi di resistenza. Lavorando insieme nel libro “Terapia breve strategica” del ‘97 ne abbiamo messe a punto quattro.

Partiamo dal presupposto precedente che anche il paziente più collaborativo è resistente al cambiamento. Quindi il primo tipo di resistenza che noi abbiamo è quando abbiamo un paziente collaborativo, o apparentemente tale. Quindi, in questo caso è evidente che, da un punto di vista di relazione terapeutica e di comunicazione, usare artifici suggestivi troppo caricati, quindi utilizzare

un linguaggio molto evocativo, usare l'influenza personale a livello non verbale...è controindicato, perché se la persona si presenta come collaborativa, anche se forse non lo è del tutto, sarebbe sbagliato trattarlo come se fosse uno che invece si oppone o ha difficoltà. Allora questo è il caso nel quale sarebbe bene partire con un cambiamento graduale. Quindi negoziare con la persona attraverso la prima seduta, e usando le tecniche di cui abbiamo parlato ieri e ieri l'altro, quindi il dialogo strategico, giungere a negoziare qual è la prima mossa per il cambiamento e poi proseguire verificando se il cambiamento avverrà per gradi o se a un certo punto prende l'accelerazione e diventa effetto a valanga. Ma in questi casi una prescrizione che voglia avere un cambiamento catastrofico è controindicata, perché richieda una relazione e un tipo di stile che non calza ad una persona che si presenta come collaborativa.

La seconda categoria sono i casi che vogliono collaborare, ma che in realtà non sono in grado di farlo e la categoria più importante in questi casi sono tutti i pazienti fobici-ossessivi: chi soffre di attacchi di panico, chi soffre di ossessioni compulsive... in questo caso, invece, quello che è più importante fare alla fine della prima seduta è dare una prescrizione con l'obiettivo dell'effetto catastrofe. E qui il linguaggio allora dovrà essere invece decisamente suggestivo e la prescrizione dovrà essere una prescrizione che, indirettamente, conduce alla scoperta di qualcosa di differente. È questo il caso in cui la prescrizione dovrebbe produrre l'esperienza emozionale correttiva, ovvero deve essere studiata nel modo tale che nella sua esecuzione la persona scopre qualcosa di differente e cambia la sua percezione. È esattamente la prescrizione del "se fai 1 fai 5, non uno in meno e non uno di più", nel senso che quando ossessivo-compulsivo comincia a mettere in pratica il contro rituale scopre che l'ossessione non lo domina così più, ma è la prescrizione da seguire e quindi può anche decidere di non seguire la prescrizione. Oppure l'esempio forse che calza ancora di più, è quando abbiamo a che fare con chi ha manie persecutorie, molto spesso confuso ultimamente con il criterio diagnostico di fobia sociale, quelli che pensano che tutti ce l'hanno con lui, al quale noi suggeriamo di fare un esperimento, ovvero misurare concretamente quali sono i segni che ineluttabilmente dimostrano a lui che le persone ce l'hanno con lui. Quindi uscire tutti i giorni, andare in giro per almeno un' ora e studiare le persone, guardare le persone con il chiaro intento di rilevare nelle loro facce i segni del loro rifiuto o della loro aggressività verso di lui. Questo, siccome viene presentato come una sorta di studio sistematico, viene accettato e noi gli diciamo "Guardi ci porti queste cose così capiremo come combatterle. Studi il suo nemico per combatterlo meglio". La cosa curiosa è che la persona torna e dice: "Sa che è molto strano: in questa settimana non ho visto nessuno che ce l'ha con me. Guardavo chiaramente ma anzi il più delle volte mi hanno anche sorriso!" e voi dite "Com'è possibile?" E qui cominciamo a entrare non solo sulle tecniche per aggirare le resistenze al cambiamento ma anche su come si costruisce una prescrizione. Questa prescrizione è costruita per rovesciare su se stessa il modello percettivo-reattivo che nutre la patologia. Voi sapete tutti che chi si sente rifiutato o perseguitato tende a rifiutare il contatto con gli altri. Si irrigidisce, tiene lo sguardo basso, se guarda, guarda quasi in cagnesco, o meglio si difende aggressivamente. Ed è chiaro che se io mi difendo aggressivamente creo in tutti gli altri la stessa cosa, si difendono aggressivamente, quindi quando li guardo trovo conferma che ce l'hanno con me senza rendermi conto che sono io che l'ho costruita!

Immaginate voi di entrare in una stanza piena di gente e di pensare che ce l'hanno tutti con voi: voi entrerete irrigiditi, terrete lo sguardo basso, non saluterete, vi metterete seduti e vi guarderete in maniera circospetta intorno. Gli altri penseranno più o meno la stessa cosa di voi e vi guarderanno

nello stesso modo; così avrete avuto la conferma che ce l'hanno con voi! Cambiate il tutto entrate pensando di essere simpatici e di piacere: entrerete, guarderete tutti con lo sguardo aperto, disinvolto, saluterete sorriderete gli altri faranno la stessa cosa e voi avrete la conferma di piacere.

Questa è la profezia che si autorealizza come logica. Allora quando diciamo al nostro paranoico persecutorio diciamo di andare a studiare i segni del rifiuto, noi facciamo in modo che lui sia costretto a guardare, cosa che lui prima non faceva! Ma se guarda alla ricerca dei segni, gli altri lo riguardano! E sapete che siccome siamo tutti vanitosi uno che ci guarda e ci studia ci fa piacere e quindi gli sorridiamo di solito quindi così si costruisce una dinamica interazionale che cambia completamente l'interazione. Questa è una prescrizione indiretta che crea un effetto di cambiamento catastrofico e crea quella che si chiama esperienza emozionale correttiva e come sempre il caro Paul definiva tutto questo avviene attraverso un evento casuale pianificato: perché l'evento è casuale per il paziente ma è pianificato per il terapeuta. Quindi si deve pianificare qualche cosa che produca un effetto che sembri spontaneo, naturale...vedete quanto si è lontani dalla prescrittività direttiva? Nel senso che tutto deve avvenire come se fosse una naturale scoperta e non una direttiva forte.

Il terzo tipo di resistenza al cambiamento è quella più notoriamente studiata dai terapeutici sistemici: è quando tu hai un paziente direttamente oppositivo, quello che ti contesta continuamente. È chiaro che se tu hai una persona che ti contesta continuamente, ogni tuo tentativo di creare, invece che contestazione, accordo, naufragherà sul suo boicottarti. Quindi più cerchi di essere vicino, più ti allontana. Più cerchi di persuaderlo, più resiste. Allora in questo caso, come è il caso in tutte le dinamiche di tipo paradossale, è necessario un contro-paradosso. Quindi la comunicazione dovrà diventare qualche cosa che usi la stessa logica di chi boicotta e quindi di solito l'atteggiamento del terapeuta dovrebbe essere quello di dire: "Sa, forse potremmo fare qualcosa ma mi sa che lei non è in grado di farlo" oppure "Ci sarebbe qualcosa che potremmo studiare insieme, ma tanto so che io glielo suggerirò e lei si rifiuterà" oppure ancora "sa forse io non sono il terapeuta giusto per lei. Lei è venuto qui ha fatto tanti chilometri, ma io devo dire che in un caso come il suo forse io non sono all'altezza" e di solito il paziente dice: "Ma come mi hanno detto tutti che lei è il migliore sono qui apposta!".. in modo da stanare il paziente dalla sua posizione paradossale con un contro paradosso. È chiaro che in questo caso la prescrizione che dovrà essere messa a punto non dovrà essere di nuovo un prescrizione con l'idea di produrre un effetto catastrofe perché la persona resisterà ancora di più. Non potrà essere un cambiamento graduale perché la persona tenterà di boicottarlo. Allora in questo caso dovremo utilizzare delle prescrizioni che creino un effetto geometrico esponenziale ovvero che partano in maniera apparentemente innocua, ma che poi si trasformino in un qualcosa che accelera fino a diventare il punto di rottura e che quando questo è partito il paziente non possa più fermarlo.

Quindi, come vedete, tre tipologie differenti di resistenze al cambiamento, tre tipi differenti di cambiamento da utilizzare, tre tipologie differenti di comunicazione terapeutica e di relazione.

La quarta categoria, quella che abbiamo aggiunto nel 1997, è la categoria che si riferisce a quelle persone che non sono in grado né di boicottare né di collaborare. E voi di te: Chi sono? Una categoria molto più vasta di quanto si possa immaginare perché sono tutti coloro che hanno una patologia importante come il delirio, o tutte quelle persone che hanno un'ideologia o una morale rigidissima e che quindi riescono a vedere le cose solo entro un canale ben stretto con delle barriere ben forti. In questo caso se non si tiene presente la loro posizione, sia che questo sia lo

schizofrenico delirante, sia che questo sia la persona convinta di essere intelligente e capace e che ha delle convinzioni morali molto forti, non fa differenza, la strategia dovrebbe essere qualcosa che eviti di far sentire a lui che noi vogliamo cambiare le sue convinzioni. Anche se questo è necessario per cambiare il problema. Allora qui si rende necessario non tanto prescrivere direttamente qualcosa ma sintonizzarsi con la logica del paziente e far arrivare lui, alla fine della seduta, quasi a suggerire lui a noi cosa dovrebbe fare per cambiare. E questo come avrete visto è proprio la spirale, l' imbuto delle domande ad illusione di alternative di risposta, delle parafrasi del dialogo strategico: portare la persona ad essere lui a suggerire a noi quello che noi dovremmo suggerire a lui. E questo è curioso perché con la persona intelligente lo potremmo fare attraverso un dialogo strategico, se invece abbiamo una persona che è in un delirio dobbiamo controdelirare con lui quindi entrare nel delirio e portare il delirio alla sua esasperazione. Quando ieri Mony Elkaim ha fatto la differenza tra la mia dimostrazione e un caso di Whitaker, sono le due differenze: se io ho una persona rigidamente legata a categorie inamovibili, io devo portarla dalla sua complicazione alla semplificazione finché c'è il punto di rottura. Se io invece ho la persona che è in un delirio, devo partire dalla sua semplificazione e aumentare la complessità finché lui ne voglia uscire. Quindi sono i due rovesci della stessa medaglia.

Per concludere questa prima parte di presentare e passare poi alla dimostrazione come già anticipato ieri e oggi stesso, mi preme dire che la prescrizione è tuttora una delle più importanti parti della terapia, però se non viene preparata durante la seduta con un dialogo terapeutico che crei il clima per l'ingiunzione, sarà ben difficile che questa possa venire applicata. Quindi direi che oggi la terapia breve strategica evoluta non è più una terapia così prescrittiva come era in passato. Si è divenuti ad un modello molto più soft. Anzi, il termine più corretto, facendo un salto nell'ambito della logica, è che si è passati da una prima fase negli anni '60 fine anni '80 in cui l'intervento era chiaramente manipolatorio, ovvero io influenzo te per manipolarti e farti cambiare. Negli ultimi anni invece l'intervento è molto più basato su forme di autoinganno che si introducono nella percezione della persona. Quindi si guida la persona a cambiare i propri autoinganni da disfunzionali a funzionali utilizzando quindi una modalità molto molto meno direttiva, molto più soft, molto più avvolgente e, devo dire, molto più capace di aggirare la resistenza al cambiamento soprattutto quando abbiamo casi di patologie cosiddette cronicizzate, ovvero i casi che hanno patologie invalidanti da tanto tanto tempo.

Con questo ho concluso la prima parte e vorrei, siccome ieri c'erano due persone che erano rimaste in sospenso...

N: Allora, noi abbiamo avuto un breve scambio ieri, chiedendomi se fossi stato disposto a fare un colloquio e io ti ho detto che lo sarei stato ma che non avrei potuto farlo al di fuori del contesto. Quindi siamo qui per questo. Preferisci introdurre tu i problemi che ti hanno fatto decidere di parlare con me o che io ti faccia delle domande?

P: Magari provo un attimo io a vedere se inquadro il problema. Il mio problema è che non riesco a studiare, non riesco a concentrarmi sulla lettura e sull'apprendimento, sulla memorizzazione e non riesco a scrivere, fissare sulla carta le cose per me importanti. Quando io leggo con lo scopo di apprendere, mi cresce un forte senso d'ansia che quello che sto facendo è inutile e quando tento di scriverlo per fissarlo nella memoria, penso che sia ulteriormente inutile e...compro un

sacco di quaderni, penne...per cercare di fare questi appunti, ma...sono tutti...compro un sacco di libri pensando che questo automaticamente entri nella mia mente...

N: Ok, ok..bene. Vediamo adesso di cercare di capire attraverso delle domande specifiche come funziona questa cosa perché altrimenti se mi racconti ancora di più io mi perdo nel tuo racconto, mi devi perdonare. Ok? Mi ha incuriosito una cosa che tu hai detto: hai detto: “io comincio a leggere, quando sento che sto apprendendo mi sale l’ansia”. Ho capito male o è così?

P: E’ così.

N: ok, sarebbe come dire che quando ti rendi conto che tu stai apprendendo esattamente quello che tu vorresti ti spaventi e ti blocchi.

P: Sì

N: Mmm...in quell’esatto momento in cui senti che stai comprendendo e che senti l’ansia salire, salire, salire, cosa cerchi di fare? Di controllare l’ansia o ti arrendi?

P: Penso che sta subentrando sempre lo stesso meccanismo e mi arrendo.

N: Ok. bene. Quindi, se non vado errato questo significa che il problema non è un problema solo degli ultimi tempi ma da lunga data?!

P: Sono almeno vent’anni che tento di risolverlo,in vari modi.

N: Complimenti! Questo significa che in vent’anni non sei mai riuscita a cambiare questa situazione o ci sono stati dei cambiamenti?

P: Finita l’università mi sono liberata dall’obbligo dello studio e quella è stata una liberazione e da lì in poi c’è stato qualche breve momento, ma...è stato quasi sempre impossibile.

N: Ok. Se non ho capito male tu hai abbandonato l’università e..

P: No, ho terminato...mi sono laureata e lì è stata una liberazione e ho appreso soprattutto sul campo..

N: Ah! Perdonami, ma se tu hai fatto l’università significa che sei stata in grado di apprendere e di superare gli esami, o mi sbaglio?

P: Sì, con moltissime difficoltà, sì.

N: Ah!, ok. Quindi in quel caso la tua difficoltà ad apprendere come l’hai affrontata? Come ci hai detto o in modo differente?

P: Sentivo l’obbligo di doverlo fare, quindi seppur con molte difficoltà questo obbligo mi ha portato alla fine. Dovevo comunque dimostrare di riuscire a farlo.

N: ok. Questo significa che quando sei messa alle strette con il dovere o con il senso di colpa riesci a imparare anche se soffri moltissimo!?

P: Sì, direi di sì!

N: Ah! Quindi, se io non vado errato abbiamo scoperto una risorsa! Se ti si mette alle strette per il dovere o per il senso di colpa riesci a farlo!?

P: Sì, è frustrante però è così!

N: Quindi, come Alessandro Magno, chi ha a che fare con te dovrebbe bruciare le navi proprie per conquistare quelle del nemico per tornare a casa! Dico bene?

P: Sì.

N: Ok. Però una volta finita l'università non hai più avuto l'obbligo di dare esami, di dimostrare di essere quello che gli altri si aspettavano che tu fossi e quindi il problema solo all'apparenza è diminuito?

P: Infatti. C'è.

N: Ok. Pertanto la fine dell'università ha corrisposto non con quello che sembrava un miglioramento, ma con uno strutturarsi ancora più rigido del tuo problema, in quanto non avevi più l'obbligo di andare a conquistare le navi del nemico per tornare a casa perché le tue erano state bruciate?

P: In effetti sì.

N: Ok, bene. E dopo l'università in che modo hai tentato di risolvere questo problema? Puoi farmi una sorta di lista delle tue tentate soluzioni?

P: Quando trovavo un problema sul lavoro cercavo di andarmelo a vedere nello specifico sul libro per tentare di impararlo...però ogni volta ho fatto fatica quindi chiedevo ad un collega di insegnarmelo. Quindi apprendevo da qualcun altro.

N: Quindi questo significa che nel lavoro tutte le volte che avevi il dubbio di non riuscire a far bene una cosa, hai chiesto assicurazione, aiuto a qualcun altro, hai delegato qualcun altro. E questo è stato abbastanza per risolvere il problema oppure non è stato abbastanza?

P: No, perché non ho sempre trovato la disponibilità per fare questo.

N: Ah. Ma quando hai trovato la disponibilità ad aiutarti, poi, le cose sono andate meglio o sono andate peggio?

P: No, perché in effetti il mio problema era sempre lì..era anche una questione di soddisfazione personale. Comunque non riuscivo a progredire come io avrei voluto.

N: Ok. Quindi, correggimi se sbaglio, ogniqualvolta tu ai chiesto aiuto o non te l'hanno dato e è stato un disastro o te l'hanno dato e il disastro è arrivato dopo!?

P: Sì, nel rendermi conto che avevo avuto bisogno comunque di ricorrere sempre nello stesso meccanismo.

N: E la tua stima è andata sempre più giù, più giù..e ti sei sentita sempre più incapace. Tu stai ancora lavorando o non stai più lavorando?

P: Sì, lavoro.

N: E continui ad usare le stesse tecniche o hai cambiato strategie?

P: No, sempre quelle.

N: Ah! Quindi tu continui ad avere, se non vado errato, il fallimento garantito. Nel senso che: chiedo aiuto, non me lo danno, fallisco. Chiedo aiuto, me lo danno, faccio bene questa cosa ma poi mi sento più, incapace, più incapace e fallisco lo stesso.

P: E spesso dimentico quello che mi insegnano.

N: Ah. Ok. Bene. E perdonami, nel lavoro il meccanismo è lo stesso che hai spiegato all'inizio? Ovvero: mi impegno, quando sento che sto capendo, mi sale l'ansia e mi blocco oppure funzione in maniera differente?

P: Spesso anche nel lavoro quando devo mettere in atto...devo applicarmi nel lavoro, cresce comunque l'ansia di voler far per forza bene...di dimostrare che la so fare bene.

N: Ah! Quindi ti impegni per farla bene, più ti impegni per farla bene più vai in crisi e più chiedi aiuto. Ok. In questo caso non ci sono gli altri a spingerti con il senso di colpa, il senso del dovere a fare bene l'università...in questo caso sei tu a spingerti. Hai preso tu il loro ruolo!

P: Sì.

N: Però sai, loro ti bruciavano le navi e ti dicevano "Vai a conquistare le altre!" Tu invece non ti bruci le navi! Anzi, te le tieni ben dietro perché chiedi aiuto a qualche d'uno! È come se tu ti spingessi in battaglia a poi dici ho paura vieni tu al posto mio! Dico bene?

P: E' così!

N: Che mestiere fai?

P: Faccio il medico di pronto soccorso.

N: Ah! È carino! E permettimi una domanda: nella tua prestazione, al di là di quello che tu pensi, ma a quello che ti dicono intorno, sei più brava o meno brava degli altri?

P: Tutti ritengono che sia molto brava nel mio lavoro.

N: Ah! Però più loro te lo dicono, più lo scettico dentro di te invece dice "Non è vero! Tu sei incapace!"

P: Sì, è così!

N: Sai, uno dei miei amici nei libri, il mio amico Federico Nietzsche, scrive rispetto all'autostima che ci sono persone che nascono con una fede in se stessi come dono di natura e la loro fortuna è di non riuscire mai a guardarsi dentro, ci sono altre che nascono con uno scettico dentro con il quale devono combattere tutti i giorni e è una guerra acerrima. Anche se la vinci un giorno, il giorno dopo devi ricominciare. Un mio caro amico cinese, da cui ho imparato molte cose, una volta mi ha dato una metafora che io ho usato per altre cose e lui dice: "Io ogni notte vado a letto

e ho accanto a me una tigre e quando mi sveglio non so se mi vuole leccare o se mi vuole sbranare.” Tu mi sembri nella stessa condizione. Però gli altri dicono che tu sei brava. Anzi che sei più brava. Ma a che costo! Quindi, perdonami, quello che tu vorresti raggiungere come obiettivo qui con me ora, esattamente qual è? È quello di sentirti senza questa paura di sbagliare e continuare a fare le cose senza la paura oppure sentirti capace di fare le cose e avere una buona stima di te?

P: Mi piacerebbe avere una buona stima di me.

N: Bene. Ma secondo te, per avere una buona stima di sé, basta essere bravi o bisogna prima superare la paura di sbagliare?

P: Superare la paura di sbagliare...Io credo...

N: Quindi finché tu ti impegni a voler essere brava e avere stima di te senza superare la paura di sbagliare io credo che la strategia non calzi. Ok. Quindi dobbiamo prima superare la stima di sbagliare per poi costruire la stima in sé!

P: Ok.

N: Però tu hai detto una cosa molto importante: che tu hai una sola strategia che ripeti. Siccome hai paura di sbagliare, chiedi aiuto e se si rifiutano di dartelo, sei costretta a fare da sola. Anche se fai bene, però, è una vittoria di Pirro, perché ha un costo troppo elevato, dico bene?

P: Sì.

N: Se ti danno aiuto, sei salva, ma la tua autostima crolla.

P: Sì. Ogni volta, sì.

N: Quindi abbiamo detto, è un fallimento garantito in entrambe le maniere. Ok? Ma secondo te se una persona continua come atto difensivo dalla sua paura di sbagliare a chiedere aiuto, sia che lo riceva sia che non lo riceva, l'atto di chiedere aiuto fa aumentare o diminuire la tua paura di sbagliare?

P: In questo momento la fa aumentare la mia paura di sbagliare. Chiedo aiuto e poi mi rendo conto di avere più paura di prima.

N: Io credo non solo in questo momento, ma in tutta la tua storia... proprio l'atto di chiedere aiuto ti abbia fatto aumentare la paura di sbagliare invece che diminuirla! Sai, è una bella trappola. Io chiedo aiuto, mi sento protetto...nel momento fuggo dalla mia paura, ma poi ho la conferma che sono ancora più incapace. E quindi la volta dopo la paura di sbagliare sarà ancora maggiore. Chiederò aiuto, me lo danno, mi confermeranno ancora di più la mia incapacità. E quindi dovrò chiedere sempre di più, sempre di più. Ora, io so che tu non sei in grado di smettere di chiedere aiuto immediatamente, però io voglio che tu pensi che ogni volta chiedi aiuto e lo ricevi, stai non solo mantenendo la tua paura di sbagliare che è ciò che alimenta la tua disistima, ma la stai facendo peggiorare, la stai facendo aumentare, stai esacerbando il tuo problema...fino a che potresti diventare veramente incapace di fare la cosa, anche quando sei costretta. Quindi, non ti sto chiedendo di smettere di chiedere aiuto, perché sarebbe troppo, però ti sto chiedendo di

pensare ogni volta che lo stai per chiedere chiedo aiuto, “lo ricevo, mi sentirò salva, ma poi la mia incapacità aumenterà come sensazione e questo farà aumentare la mia paura di sbagliare“ oppure “lo chiedo me lo danno sono costretta a fare faccio bene ma non vale perché è stata quasi un'emergenza. È quasi paradossale che tu lavori al Pronto Soccorso, perché tu sei in continuo pronto soccorso di te stessa. Quindi ti chiedo solo di pensare che ogniqualvolta deleghi, chiedi aiuto comunque sia stai facendo peggiorare il problema. Poi mi farà piacere se tu mi mandi qualche tua notizia via e-mail, ok?

P: D'accordo, grazie.

Allora, per come è stata strutturata questa presentazione, adesso Teresa farà un po' di commenti, poi, Pio se vuoi aggiungerti, e poi, come abbiamo fatto ieri abbiamo tutta questa mezz'ora per rispondere alle domande eventuali e spiegare bene quello che è stato fatto.