

Giovanna Celia

Prontuario di strategie terapeutiche

Esercizi e prescrizioni per sciogliere nodi
psicologici in breve tempo

A mio padre che è stato la
mia asticella, la misura della mia motivazione
alle cose importanti della mia vita.
L'uomo che mi ha insegnato a rilanciare invece di ripiegare
e che, morendo, ha impresso
in me ogni suo insegnamento in modo
granitico.

Indice

| | | |
|--|-----------------|--|
| Prefazione, | pag. | |
| Introduzione | >> | |
| Parte I - Fondamenti Teorici | | |
| 1. Il modello strategico-integrato e l'intervento terapeutico | >> | |
| 1. Premessa | >> | |
| 2. L' intervento terapeutico | >> | |
| 3. Le fasi del processo terapeutico | >> | |
| 4. Il colloquio strategico - integrato | >> | |
| 5. Gli obiettivi della terapia | >> | |
| 6. Strategie e tecniche | >> | |

| | | |
|--|----|--|
| 7. Il consolidamento degli obiettivi e la chiusura del trattamento | >> | |
| 2. Le prescrizioni in psicoterapia strategico-integrata | | |
| 1. Premessa | >> | |
| 2. Definizioni | >> | |
| 3. Cenni storici | >> | |
| 4. Come costruire una prescrizione | >> | |
| 5. Le prescrizioni centrate sul paziente | >> | |
| 6. Le prescrizioni nel processo terapeutico | >> | |
| 7. Le prescrizioni e l'utilizzazione delle resistenze | >> | |
| 8. Le prescrizioni per attivare nuove modalità di funzionamento | >> | |
| 3. Il cambiamento nell'approccio strategico-integrato attraverso l'uso delle prescrizioni | | |
| 1. Premessa | >> | |
| 2. Le prescrizioni | >> | |
| 3. Prescrizioni dirette, indirette e paradossali | >> | |
| 4. Il linguaggio delle prescrizioni | >> | |
| 5. La restituzione | >> | |
| Parte II – Esercizi e prescrizioni | | |
| 4. Prescrizioni dirette | >> | |

| | | |
|--------------------------------------|----|--|
| 1. Premessa | >> | |
| 2. Errare humanum est | >> | |
| 3. La strega | >> | |
| 4. Buona la prima | >> | |
| 5. Il libretto degli orrori | >> | |
| 6. Il funerale dei miei | >> | |
| 7. Il block notes dei complimenti | >> | |
| 8. Desidera | >> | |
| 9. Specchio delle mie brame | >> | |
| 10. Una quota d'amore | >> | |
| 11. Il romanzo della storia d'amore | >> | |
| 12. Lo shopping immaginario | >> | |
| 13. Lo shopping per me | >> | |
| | | |
| 5. Prescrizioni indirette | >> | |
| 1. Prescrizione della vasca da bagno | >> | |
| 2. Doppio disegno | >> | |
| 3. Dalla parte del paziente | >> | |
| 4. Palloncini ad acqua | >> | |
| 5. Dorian Grey | >> | |
| 6. Le marachelle | >> | |
| 7. Lasciarsi andare | >> | |
| 8. La posizione del letto | >> | |
| 9. Come Leopardi | >> | |
| 10. Utile, inutile e caro | >> | |
| 11. Tiro a segno | >> | |

| | | |
|---|----|--|
| 12. Il cuscino | >> | |
| 13. Un film in Ungherese | >> | |
| 14. Istantanea emotiva | >> | |
| 15. Prescrizione della separazione | >> | |
| 16. L'album dei ricordi | >> | |
| 6. Prescrizioni paradossali | >> | |
| 1. Cineserie | >> | |
| 2. Il senso del limite | >> | |
| 3. La mosca cieca | >> | |
| 4. Come Eleonora Duse | >> | |
| 5. Il piatto preferito | >> | |
| 6. Dialogo post mortem | >> | |
| 7. Cena di famiglia | >> | |
| 8. La pagella | >> | |
| 9. Sportelli aperti | >> | |
| 10. La scarpetta di Genoveffa | >> | |
| Parte III – Applicazioni cliniche delle prescrizioni | | |
| 7. Descrizione dei casi clinici | >> | |
| 1. Prescrizioni indirette | >> | |
| 1.1 Elena | >> | |
| 1.2 Pietro | >> | |
| 1.3 Luisa e Giacomo | >> | |
| 2. Prescrizioni paradossali | >> | |
| 2.1 Fabio | >> | |

| | | |
|--|----|--|
| 3. Se il paziente non esegue la prescrizione | >> | |
| 3.1 Giulio | >> | |
| 4. L'efficacia della psicoterapia strategica integrata raccontata da una paziente | >> | |
| Appendice. | >> | |
| Ringraziamenti | >> | |
| Bibliografia | >> | |

Prefazione

La mia visione dell'agire clinico è alquanto distante da quella che anima questo libro. Nella pratica clinica così come nella mia attività di ricercatore, il mio focus è la dinamica di semiosi affettiva che si sviluppa nel momento presente del campo intersoggettivo che emerge tra clinico e paziente; il mio approccio è interpretativo, non direttivo e non finalizzato, ispirato al criterio asintotico del terapeuta “senza memoria e senza desiderio”. Aspetti questi sicuramente lontani dalla concezione strategica, che chiama il clinico ad un *modus operandi* attivo, direttivo, che con le prescrizioni va oltre lo spazio-tempo della seduta, coinvolgendo la vita del paziente.

Tale distanza non mi ha tuttavia impedito di accogliere con piacere l'invito a scrivere questa prefazione. E' un modo per riconoscere a Giovanna Celia il merito di aver realizzato un testo il cui valore va oltre le sue qualità di chiarezza, coerenza, e utilità– qualità che saranno senz'altro apprezzate dai clinici interessati ai tanti suggerimenti e spunti offerti dal libro.

Dal mio punto di vista di clinico di diverso orientamento, ho incontrato nel *Prontuario di strategie terapeutiche* un esempio significativo di un modo generale di intendere la clinica, che costituisce una risorsa per la crescita della cultura e della pratica psicoterapeutica. Parlo di un modo generale in quanto esso trascende gli orientamenti di scuola, offrendosi come un framework in grado di mettere in comunicazione la pluralità dei punti di vista che animano il variegato mondo della clinica psicoterapeutica.

Il contesto storico attuale richiede un ripensamento profondo di alcuni dei presupposti su cui si è tradizionalmente fondato l'agire psicoterapeutico. La

funzione psicoterapeutica ha subito un progressivo indebolimento dei propri tratti distintivi, al punto da trovarsi oggi a subire la competizione, più o meno legittima, di proposte alternative (e.g. mental coaching, counseling, counselor filosofico) che l'immaginario collettivo tende ad assimilare alla clinica in un unico indifferenziato crogiuolo semantico.

Per certi versi, questo processo di perdita di specificità si presta ad essere interpretato come esito paradossale del successo sociale cui la psicoterapia è andata incontro negli scorsi decenni. Un effetto di tale successo è stata la proliferazione dell'offerta di psicoterapia - facendo riferimento al contesto italiano, circa la metà degli psicologi ha visto e continua a vedere nella psicoterapia il profilo professionale di elezione. La principale conseguenza di questa tendenza è un eccesso di offerta, che ha saturato il mercato professionale e prodotto un progressivo deterioramento della qualità della professione clinica, come esito di una spirale che vede minori opportunità di esercizio generare minori ricavi, dunque minore disponibilità di risorse per formazione e qualificazione professionale, che a sua volta comporta minore capacità di contrattualità rispetto alla domanda, quindi perdita di specificità nei comportamenti professionali e incapacità a resistere alla inevitabile spinta del senso comune ad assimilare il ruolo alla sua rappresentazione sociale.

Da un punto di vista complementare, il successo della psicoterapia ha generato una pluralizzazione dei modelli clinici. Scorrendo l'elenco delle scuole di specializzazione in psicoterapia, ciò che colpisce non è tanto il numero complessivo di istituti (molti dei quali oggi in crisi per mancanza di allievi), quanto la polverizzazione degli indirizzi cui essi si richiamano. Appare ovvio che quanto più il campo della psicoterapia si differenzia al proprio interno, tanto più tende a perdere, agli occhi della società, un proprio

tratto unitario distintivo rispetto a forme di prassi in qualche modo simili. In definitiva, dal punto di vista un non addetto ai lavori, la psicoterapia e il counseling filosofico non sono tanto più differenti di quanto lo siano tra loro, ad esempio, la psicoterapia umanistica e la psicoanalisi intersoggettiva.

Due tendenze di scenario stanno ulteriormente favorendo la progressiva perdita di identità della funzione psicoterapeutica. Da un lato, la tendenza alla semplificazione emozionale che caratterizza le relazioni personali ed istituzionali del nostro tempo. Il campo sociale appare sempre più polarizzato: lo schierarsi pro-contro sembra esser diventata la forma fondamentale di attribuzione di senso. In tempi di incertezza, le persone privilegiano la stabilità delle proprie categorie cognitive rispetto alla validità delle percezioni e interpretazioni che esse producono. Questa dinamica aiuta a comprendere come sia possibile che lo schema emozionale amico-nemico sia diventato il fondamentale organizzatore di senso che fonda il sentire e l'agire di ampi segmenti della nostra società, rintracciabile sintomaticamente nel discorso anti-migrazione, nella crescita esponenziale di populismo, sovranismo, xenofobia, violenza razzista, nella diffusa sfiducia nelle istituzioni, nella insofferenza per qualsiasi forma di mediazione istituzionale, nella valorizzazione dell'ignoranza e svalutazione delle competenze, nella mancanza di prospettiva temporale, nelle aggressioni agli operatori educativi e sanitari, nel dilagare delle fake news, e così via. Lo schema amico-nemico è un vero e proprio doping cognitivo: dividendo il mondo in due grandi classi, offre al soggetto una potente capacità di ordinamento cognitivo, che genera immediata chiarezza su chi si è, chi è l'altro, cosa si deve fare e perché – tutto ciò, tuttavia, al prezzo di una sostanziale cecità circa i dati di realtà.

Si può comprendere come tale clima culturale accentui ulteriormente ed alimenti la tendenza della psicoterapia a perdere i propri tratti di distintività – l’immaginario collettivo opera di per sé come un enorme buco nero, una notte scura che rende tutte le vacche nere.

Da un punto di vista complementare, è il campo stesso entro cui la psicoterapia opera a favorire l’indebolimento dei confini della psicoterapia. Infatti, oggi i confini tra psicopatologia e salute si sono fortemente ridotti; vi è una estesa zona grigia di fenomeni subclinici che si offrono come naturale espansione dell’agire psicoterapeutico, tanto più appetibile quanto maggiore è la saturazione della domanda tradizionale. Si pensi alle situazioni di malessere esistenziale che non sfociano in sintomatologia conclamata, alle esperienze di frammentazione del tessuto micro-sociale, alle difficoltà di comunicazione intergenerazionale, all’intreccio di conflitti di coppia ed educativi, alle forme di disagio associato alla rottura dei contenitori familiari e sociali. Questi e molte altre situazioni di questo genere non si caratterizzano per l’espressione di forme conclamate di psicopatologia; esse tuttavia interpellano la clinica in quanto sono comunque forme di rottura della relazione tra soggettività e contesto di vita. In quanto tali, sono ambiti di potenziale sviluppo dell’agire clinico; allo stesso tempo, tuttavia, in tali ambiti la psicoterapia non può utilizzare il richiamo al binomio psicopatologia-cura come fondamentale dispositivo (istituzionale, funzionale e simbolica) di qualificazione e differenziazione. In questi ambiti si viene così a creare una sostanziale compresenza della psicoterapia e delle altre forme di presa in carico dell’umano richiamate sopra - counseling, pratiche di medicina alternativa, ecc. – che trovano nell’ambito del sub-clinico il loro spazio elettivo di esercizio. Si viene così a determinare una

inevitabile vicinanza che l'immaginario collettivo tende metonimicamente a generalizzare in una indistinta funzione di presa in cura.

Storicamente, il mondo della psicoterapia ha cercato di promuovere prima e difendere poi la propria identità attraverso la dimostrazione della propria efficacia. Nello scenario attuale tale strategia non è più sufficiente. In primo luogo, la logica evidence based che la informa la rende capace di valorizzare solo una parte delle pratiche psicoterapeutiche – molti indirizzi e molte delle problematiche su cui l'agire clinico si esercita non si prestano ad essere analizzati nella loro efficacia attraverso disegni di ricerca che adottano come modello l'esperimento di laboratorio, ancora oggi considerati da molti lo standard di riferimento. In secondo luogo, il tratto di distintivo della psicoterapia non riguarda la sola efficacia, ma anche il modo di perseguirla (il processo terapeutico) e le prassi che lo inverano (l'agire clinico). L'enorme massa di studi sperimentali e quasi-sperimentali prodotti negli ultimi 70 anni, se da un lato hanno legittimato la psicoterapia come pratica fondata scientificamente, non hanno tuttavia inciso più di tanto sulle culture cliniche degli psicoterapeuti, in quanto non si sono tradotti in criteri metodologici ed operativi utilizzabili nella quotidianità dei setting di lavoro. Infine, se è vero che, come la stragrande maggioranza degli studi di efficacia comparata ha mostrato, la dimensione aspecifica della psicoterapia gioca un ruolo centrale nella cura, allora è difficile evocare la capacità di efficacia come il tratto discriminante tra le forme di presa in carico che vanno considerate psicoterapia e le forme che non vanno in tal senso intese.

La valutazione dell'efficacia degli interventi è dunque un ingrediente necessario ma non sufficiente a dare specificità e legittimità sociale alla

funzione psicoterapeutica. Ciò che serve per difendere – forse si dovrebbe oramai dire: ricostruire – il riconoscimento sociale della funzione psicoterapeutica è lo sviluppo di un'identità professionale unitaria, in grado di alimentare prassi professionali plurali ma riconoscibili nel loro comune radicamento nel pensiero clinico, al contempo rigorose nel loro fondamento scientifico, appropriate alla domanda e socialmente rendicontabili nella loro utilità - per queste ragioni capaci di rendere riconoscibile, agli occhi dell'utenza, delle istituzioni e dell'opinione pubblica il valore distintivo dell'agire clinico.

Il presente volume rappresenta un contributo allo sviluppo di una simile cultura scientifico professionale. Lo è per tre principali motivi.

In primo luogo, per lo sforzo dell'autrice di richiamare in modo sistematico, anche in prospettiva storica, i presupposti teorici e teorico clinici che sono alla base del modello psicoterapeutico adottato e dei suggerimenti tecnici proposti. Questo lavoro sulla esplicitazione delle premesse è doppiamente significativo. Da un lato, esso è un presupposto essenziale per dare fondamento alla ricerca in ambito psicoterapeutico, in particolare per gli sforzi che la ricerca sta facendo di andare oltre la questione di *se* la psicoterapia funziona per comprendere *come e perché* funziona. Dall'altro, è il segno della consapevolezza circa la necessità di superare una forma mentis autoreferenziale, ancora molto presente tra i clinici, che tra l'altro si manifesta come tendenza a considerare autoevidenti i presupposti concettuali alla base del modello di scuola. Esplicitare e rendere oggetto di discorso tali premesse è dunque una operazione culturale e scientifica ad un tempo – significa riconoscere che tali premesse non sono verità assiomatiche, ma ipotesi che tali possono e devono essere sottoposti a validazione.

In secondo luogo, nel volume è a più riprese sottolineato il principio della personalizzazione dell'intervento psicoterapeutico. Questo principio è stato riconosciuto anche in ambito psichiatrico; si veda in proposito il pronunciamento della American Psychiatric Association, che qualche anno fa ha affermato l'insufficienza del criterio nosografico e dunque la necessità di integrare la conoscenza basata su tale criterio con la comprensione della componente biografica e idiografica del paziente. Più in generale, come osservato sopra, la domanda emergente di clinica si esprime in quei territori intermedi e sub-clinici dove le problematiche della soggettività concernono la criticità della relazione con contesti ad alta incertezza, frammentazione e instabilità. Tale domanda non si presta ad essere ricondotta al letto di Procuste dei disturbi psicopatologici; richiede una interpretazione della funzione di cura come presa in carico della progettualità del paziente, come funzione di potenziamento e di sviluppo della capacità del paziente di governare la relazione con i propri mondi di vita. Ora, è evidente che una funzione così intesa richieda un investimento significativo sulla specificità idiosincratica della domanda – i pazienti possono anche essere omogeneizzabili in ragione della loro classificazione psicopatologica; ma se il focus si sposta sui loro progetti e sul potenziamento della loro capacità di entrare in rapporto sensato con il mondo, entra in gioco inevitabilmente l'individualità idiosincratica del singolo – la sua storia, il suo mondo di relazioni, i suoi progetti. Il senso stesso della psicoterapia diventa il riconoscimento e l'appropriazione soggettiva dell'incommensurabile contingenza della singolarità.

In terzo luogo, dal libro traspare in modo sistematico l'attenzione sistematica che l'autrice attribuisce alla definizione chiara ed esplicita delle procedure e degli obiettivi, così come alla presa di responsabilità circa il loro

perseguimento. E' questo un punto importante in quanto troppo spesso l'agire clinico viene proposto come una pratica non ispezionabile, che non deve motivare le proprie scelte in ragione di criteri condivisi, in quanto espressione delle intuizioni e della personalità del terapeuta e/o dello spontaneo evolversi dello scambio clinico. Vincolare l'agire clinico a criteri espliciti, giustificabili e rendicontabili significa dunque contribuire a promuovere, tanto presso i terapeuti che presso la società, una idea della psicoterapia come prassi competente finalizzata.

Concludo con un auspicio – si potrebbe pensare che la chiarezza e il rigore delle procedure sia tanto più facile da esercitare quanto più l'agire clinico si focalizza sulle componenti pragmatiche e comportamentali, risultando al contrario complicato da perseguire, perfino impossibile, laddove la psicoterapia si concentri sulle componenti inconsce e simboliche che sostanziano le dinamiche profonde del campo intersoggettivo. Ho letto il presente volume come un invito a superare questa separazione e a ricercare una visione pluralistica dei livelli dell'agire clinico. Siamo forse ancora lontani da un simile approdo. Testi come quello che il lettore si appresta a leggere permettono di avere fiducia e di mantenere viva tale ambizione.

Sergio Salvatore

Roma, febbraio 2020

Introduzione

Questo libro vuole essere uno strumento di supporto agli psicoterapeuti che, a prescindere dal modello teorico di riferimento, sentono il bisogno di aiutare i propri pazienti a sbloccare situazioni critiche lavorando anche tra una seduta e l'altra. Il nostro lavoro di psicoterapeuti è estremamente complesso e delicato, gli strumenti e le tecniche non sono mai abbastanza per aiutarci nel difficile compito di facilitare un processo di risoluzione di antichi conflitti e penose sofferenze psichiche. In venti anni di attività clinica, di insegnamento e di ricerca ho messo a punto delle prescrizioni che sono molto efficaci nello "sciogliere", in modo semplice, nodi articolati e profondi. Questo libro ne raccoglie una buona parte e spero possa essere di facile utilizzo per tutti i colleghi che sentono il bisogno di nuovi strumenti. Nel libro le tecniche vengono raccolte con il nome di prescrizioni, un po' come quelle che il medico dà al paziente dopo la visita per continuare la cura a casa, ma potete chiamarle esercizi, compiti a casa o tecniche a seconda della lente con cui vorrete guardarle e/o utilizzarle. Ciò che conta è che il tempo che separa il nostro paziente da noi è un tempo che va investito in modo terapeutico e capitalizzato in funzione dello scopo della terapia che in sintesi è: guarire. Il libro si compone di tre parti, la prima presenta i fondamenti teorici, la seconda gli esercizi e le prescrizioni e infine la terza riporta alcune applicazioni cliniche delle prescrizioni presentate nel

volume. Nel dettaglio la prima parte consta di tre capitoli, nel primo viene presentato il quadro teorico di riferimento, vale a dire il modello strategico-integrato, le fasi del processo terapeutico, il primo colloquio, gli obiettivi della terapia e la chiusura del trattamento; nel secondo vengono presentate le prescrizioni strategico-integrate con particolare riferimento alla funzione che svolgono nel processo terapeutico; nel terzo capitolo si presentano le tipologie di prescrizioni, il linguaggio con cui vanno “consegnate” e l’importanza della ristrutturazione una volta che il paziente le riporta nella seduta successiva.

La seconda parte del volume presenta, suddivise per tipologia dirette, indirette e paradossali, trentotto prescrizioni. In particolare, nel capitolo quarto sono presentate dodici prescrizioni dirette, per ogni prescrizione viene indicata la tipologia di paziente con cui utilizzarla, le istruzioni per la presentazione e gli obiettivi che persegue. Nel capitolo quinto vengono presentate sedici prescrizioni indirette ed infine nel capitolo sesto dieci prescrizioni paradossali sempre corredate di tipologia di pazienti, istruzioni e obiettivi. La terza parte del volume riporta le applicazioni cliniche di alcune prescrizioni indirette con degli stralci sbobinati di alcune sedute di Elena, Pietro e la coppia Luisa e Giacomo e lo stralcio del caso di Fabio come esempio della prescrizione paradossale. Il capitolo successivo tratta in modo accurato come comportarsi in caso di mancata esecuzione della prescrizione con relativo esempio clinico. Infine, viene riportato il punto di vista di un paziente trattato con la psicoterapia strategico-integrata con un racconto molto biografico ed esperienziale sul senso di efficacia sperimentato. In appendice si riportano alcune tabelle, una che suggerisce l’uso di specifiche prescrizioni in base alla fase della terapia iniziale, centrale e finale; un’altra

che riporta le prescrizioni da utilizzare nel setting della terapia di coppia e infine una che riporta le prescrizioni adatte alla terapia di gruppo.

Parte I
Fondamenti Teorici

1. Il modello Strategico Integrato e l'intervento terapeutico

1. Premessa

La Psicoterapia Strategica Integrata nasce nel 2003, con la fondazione della Scuola di Psicoterapia Strategica Integrata (SCUP SIS) di Roma. L'équipe di lavoro era costituita dal professore Gaetano de Leo, dalla ricercatrice e clinica Giovanna Celia e da un gruppo di clinici ed accademici dell'Università La Sapienza di Roma. Obiettivo centrale del modello, superare la settorializzazione tra i modelli di psicoterapia e trovare un'integrazione tra le prospettive, accreditate dalla comunità scientifica e clinica, per ottimizzare l'efficacia della cura psicoterapica.

In più di cento anni di storia della psicologia abbiamo visto alternarsi modelli e teorie che di volta in volta hanno proposto visioni del funzionamento umano concentrandosi su alcuni aspetti in particolare, e ricavando tecniche di intervento e cura correlati alla propria prospettiva. Integrare conoscenze e pratiche raggiunte grazie al contributo di tutti i modelli, nel loro insieme, rappresenta senza dubbio la scelta più moderna e utile. Perciò quando parliamo di psicoterapia strategica integrata ci riferiamo a una formazione che includa ogni prospettiva utile, nell'interesse del paziente e a seconda delle necessità del paziente e non del terapeuta.

Il modello strategico integrato può lavorare in modo efficace e multidimensionale sul singolo, sul gruppo e sulle organizzazioni, perché lavora su più livelli, comprendendo anche realtà “non patologiche” e dunque superando l’idea preconcepita che la psicoterapia serva solo ai “matti”, perché la verità è che serve a tutti. La Psicoterapia Strategica Integrata nasce dal bisogno di convogliare in modo coerente e organizzato i contributi di più scuole di pensiero in un modello operativo, flessibile, efficace, efficiente. Capace di generare un dialogo costante tra approcci diversi ma accomunati da una stessa *mission*: affrontare e risolvere in tempi brevi e in modo durevole i problemi umani, a diversi livelli di complessità in cui si presentano: individuo, coppia, gruppo e organizzazioni. Per rispondere a questa necessità occorre certo continuare a formalizzare prassi e metodi, consolidare un’identità di modello riconoscibile, ma soprattutto serve sostenere un processo di formazione e di aggiornamento degli psicoterapeuti che valorizzi e stimoli in loro personalità, creatività e intuizione, risorse indispensabili nella conduzione di una terapia strategica centrata sulla persona e nella produzione di idee nuove, di tecniche e di metodi originali. La Scuola di Psicoterapia Strategica Integrata avanza in questa direzione: fornire una preparazione teorico-pratica degli psicoterapeuti non solo come tecnici del cambiamento ma come *agenti del cambiamento*. Perciò avvaloriamo lo sviluppo di personalità terapeutiche in grado di calibrare l’intervento sulla specificità del singolo caso, fase per fase, e di farlo se necessario in modo creativo, al di là di rigidi orientamenti teorici, ma sempre nel rigore di un quadro di riferimento chiaro e strutturato. L’approccio strategico integrato lavora sulla soluzione dei problemi a più livelli e ha la specificità di guardare oltre il sintomo; per questo motivo si concentra sulla ristrutturazione e sulla stabilizzazione del sistema su cui

opera anche dopo l'estinzione della patologia che ha motivato l'intervento. In questo senso, la psicoterapia strategica integrata è breve e focale perché incide, nel minor numero di sedute possibile, sul problema presentato ma, allo stesso tempo, si configura come un processo strategico esteso nel medio termine, che mira al consolidamento del nuovo equilibrio raggiunto. Pensiamo che la terapia debba oltrepassare i confini della "cura del malessere" e della "soluzione dei problemi" e mettersi al servizio del benessere.

2. L'intervento terapeutico

La parte più preziosa del lavoro del terapeuta è quella di ristrutturare la visione che il soggetto ha della sua realtà. Se si cambia il punto di osservazione, cambia la realtà stessa (Gulotta, 1997). La psicoterapia diventa l'arte di sostituire una costruzione di una realtà non più "adatta" con un'altra più efficace che cambi il quadro di riferimento soggettivo, ovvero il significato che la persona attribuisce a un particolare aspetto della realtà. Ristrutturare significa dare una nuova struttura alla visione del mondo concettuale e/o emozionale del soggetto, porlo in condizione di considerare i fatti che esperisce da un punto di vista tale da permettergli di affrontare meglio la situazione anziché eluderla, perché il modo nuovo di guardare la realtà ne ha mutato completamente il senso (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). L'intervento terapeutico è rappresentato dallo spostamento del punto di osservazione del soggetto a una prospettiva elastica, non rigida, con più possibilità percettive-reattive (Nardone e Watzlawick, 1990). Nell'analisi della costruzione del problema, particolare attenzione è rivolta al sistema

percettivo-reattivo del paziente: le specifiche modalità di attribuzione di senso agli eventi e le relative strategie comportamentali messe abitualmente in atto dalle persone costituiscono una solida impalcatura a mantenimento del disagio psichico. Il sistema percettivo-reattivo rigido si esprime con un tentativo perseverante di utilizzare sempre la stessa strategia, che può in passato essere stata utile alla risoluzione di un problema, ma che nel contesto in cui si trova la persona può essere un'inutile condotta se non addirittura controproducente. Il terapeuta, pertanto, interviene con la finalità di perturbare, in modo strategico, il sistema percettivo-reattivo del paziente. Attraverso richieste paradossali, tecniche di sorpresa e/o di confusione, uso dell'ironia, tecniche ipnotiche e altre strategie opportunamente impiegate, si mira a sollecitare definizioni della situazione e/o soluzioni comportamentali alternative rispetto a quelle in uso, rivelatesi non soddisfacenti (Mona, 2000). Secondo White (Telfener, 1992) il paziente arriva in terapia nel momento in cui il grado di sofferenza è troppo alto e il suo problema ha totalmente invaso la sua esperienza e le sue percezioni, al punto che tende ad interpretare le altre esperienze, direttamente o indirettamente, attraverso le lenti stesse del problema.

Molti dei cosiddetti atteggiamenti nevrotici o infantili possono essere considerati il risultato dell'applicazione continuata della medesima soluzione, nonostante le circostanze siano drasticamente mutate (Watzlawick e al., 1974).

3. Le fasi del processo terapeutico

Nella psicoterapia strategico-integrata è essenziale la realizzazione dell'obiettivo terapeutico, che deve essere raggiunto nel minor tempo

possibile ed essere stabile, tangibile e verificabile. Per ottenere questo risultato, è essenziale:

- accogliere e strutturare un'alleanza con il paziente;
- Definire il problema in termini concreti;
- Analizzare le soluzioni tentate fino a quel momento per risolvere il problema;
- Definire in modo concreto il cambiamento da ottenere;
- Formulare un progetto di terapia per provocare il cambiamento desiderato;
- Consolidare il cambiamento ottenuto in modo che sia stabile.

Si tratta di un processo circolare e non lineare, dotato di un sistema di feedback che consente al terapeuta di passare da una fase all'altra in caso di incertezza o qualora la direzione intrapresa si rivelasse inefficace (Gulotta, 1997). La prima fase dell'accoglienza riguarda squisitamente il primo colloquio, definito nel modello strategico integrato una gestalt chiusa, che consiste nel fornire al paziente una restituzione, sin dal primo colloquio, rispetto al suo problema. Restituzione che rappresenterà una spinta iniziale verso il cambiamento. Il terapeuta in questa prima seduta deve avere chiari gli obiettivi e averli esplicitati e condivisi con il paziente. È formulato un contratto terapeutico in cui sono concordati gli obiettivi terapeutici, la durata e le condizioni del trattamento. Il terapeuta, per definire il contratto, cercherà innanzi tutto di formulare una diagnosi sommaria che gli permetta di valutare l'area in cui il paziente si colloca (psicotica, nevrotica, borderline). Oltre a cercare di formulare la diagnosi strutturale e la diagnosi complessa individuerà le aree obiettivo su cui lavorare.

Per una corretta diagnosi strutturale, sono elementi fondamentali di valutazione: 1) la presenza o meno di un quadro che possa rientrare in una psicosi; 2) il problema che ha condotto la persona dal terapeuta; 3) l'aspetto fisico; 4) lo stile relazione e comunicativo adottato dal paziente sia in termini verbali che para verbali e non verbali; 5) chi o cosa sembra mantenere il suo comportamento non adattivo; 6) cosa il paziente si aspetta dalla terapia e quali modelli di attribuzione di significato egli ha sviluppato, e, infine, il perché cerca aiuto proprio in questo momento della sua vita. (Kernberg, 1985).

Alla fine del primo colloquio, il terapeuta esplicita anche il modello terapeutico di appartenenza e parla delle prescrizioni. Viene altresì esplicitata la durata del trattamento, l'onorario, il trattamento dei dati e il segreto professionale. Se il terapeuta ha qualche dubbio e non è in grado di arrivare a questi obiettivi nel corso del primo colloquio, può decidere di utilizzare altri pochi incontri per chiarire. Successivamente è cruciale pervenire a una descrizione del problema contestualizzandolo nella vita attuale del paziente, e produrre una definizione chiara e condivisa. Precondizione indispensabile è enunciare il problema in termini concreti. Il vantaggio della fase seguente consente di sapere quali rimedi non hanno funzionato e fa luce sul modo, che hanno il paziente e le persone che lo circondano, di vivere il problema. Oltre a indicare il tipo di cambiamento che non va tentato, rivela anche ciò che mantiene immutata la situazione da cambiare e quindi dove il cambiamento va applicato.

In seguito, si deve formulare un obiettivo chiaro concreto e condiviso che sia: a) specifico (descritto in termini concreti), b) misurabile (sapere cosa deve accadere quando è raggiunto), c) possibile (raggiungibile dalla persona), d) realistico (concretamente raggiungibile dalla persona), e)

temporalizzato (scadenza precisamente specificata) (Bandler e Grinder, 1975).

Il passaggio successivo è quello in cui il processo di cambiamento ha luogo, e prevede l'utilizzazione dell'azione per sbloccare la struttura psicopatologica: vengono date prescrizioni strategiche, creativamente costruite dal terapeuta sul problema. Infatti, anche se è possibile individuare un certo numero di manovre, la prerogativa di quest'approccio è quella di adattarsi ad ogni singolo paziente.

L'ultima fase è quella del consolidamento e della chiusura, ed è necessaria per far sperimentare le nuove modalità d'interazione e le soluzioni costruite in terapia al paziente. Durante il consolidamento, le sedute si concentrano sui cambiamenti avvenuti e sulla differenza cui il paziente è pervenuto da quando ha estinto il problema. Il terapeuta ha il compito di sostenere e rafforzare il valore di quanto si configura come diverso, nella vita del paziente, rispetto alla situazione precedente alla terapia, e commentarlo in relazione ai vecchi schemi che nutrivano il problema (Celia 2016). Come dicono Watzlawick e al. (1974), quando s'insegna un altro gioco, rendendo obsoleto il vecchio, l'altro vede qualcosa di diverso e non può più continuare a giocare ingenuamente come prima. La chiusura è altresì importante e richiede un tempo maggiore rispetto alle fasi precedenti, perché si svolge in sedute bisettimanali o mensili così da dare il tempo necessario al paziente e al terapeuta di controllare la tenuta del cambiamento.

4. Il colloquio strategico-integrato

Sin dal primo colloquio, il terapeuta strategico-integrato pone le basi per una pianificazione puntuale del percorso terapeutico e per la costruzione

d'ipotesi sul processo di cambiamento. Questa prima fase è definita come una “*gestalt chiusa*”, proprio perché ha come intento quello di individuare, sin dall'inizio, gli obiettivi principali che rappresentano la base del percorso terapeutico.

Il colloquio strategico condivide il principio della reciprocità, secondo cui “il paziente uscendo dal colloquio, deve avere ricevuto almeno quanto ha dato” (Semi 2002).

Di fondamentale importanza è il primo contatto con il paziente, che in genere avviene attraverso una telefonata, nella quale il terapeuta può avere già delle indicazioni importanti relative alla motivazione che ha spinto il paziente a richiedere un colloquio e su come impostare la relazione terapeutica.

Si può distinguere il primo colloquio in cinque momenti fondamentali (Semi 2002):

- accoglienza: il terapeuta accoglie il paziente definendo i ruoli e stabilendo un rapporto di fiducia, attraverso un ascolto empatico; chiarisce inoltre l'aspetto relativo al segreto professionale su tutto ciò che la persona esprime durante la terapia e sugli appunti che il terapeuta stesso prende al riguardo.
- Fase libera: il terapeuta resta in ascolto empatico e lascia parlare apertamente il paziente, costruendo e verificando le proprie ipotesi attraverso le sue narrazioni, inserendosi con domande per lo più aperte, che evitino di condizionare le risposte del soggetto e ne preservino la massima libertà di espressione.

Uno dei primi obiettivi per il terapeuta è quello di comprendere cosa abbia spinto il paziente a richiedere un intervento e come mai proprio in questo momento della sua vita. E' necessario indagare sull'invio, se abbia già avuto esperienze terapeutiche e quali siano le sue aspettative a riguardo.

Per una corretta diagnosi strutturale e complessa, le domande del terapeuta si focalizzeranno principalmente sull'anamnesi del disturbo, indagando su come si manifesti, quale sia la sua intensità, quali risposte il paziente attui in presenza del sintomo, quale sia il livello di compromissione delle sue attività e il contesto nel quale il problema si inserisce.

Per pianificare il trattamento è necessario comprendere quanto il paziente sia in grado di rispondere alle domande del terapeuta e quale sia la sua capacità di esprimere le sue opinioni ed emozioni sia attraverso il canale verbale che quello non verbale.

Nella terapia strategica integrata è fondamentale indagare quali soluzioni fino a quel momento il paziente abbia messo in atto per fronteggiare il problema; il terapeuta utilizza queste informazioni per definire l'obiettivo e le strategie d'azione più efficaci per portare il paziente verso una ristrutturazione.

Nell'analizzare le tentate soluzioni, il paziente si pone davanti al proprio e all'altrui gioco relazionale e ciò lo spinge a esporsi e a esperire situazioni differenti rispetto a quella attuale "patologica".

Le domande del terapeuta inoltre mireranno ad indagare sui vantaggi che il paziente trae dalla manifestazione del sintomo, vantaggi che alimentano in modo consapevole o meno il problema, rinforzandolo.

- **Riformulazione:** è il momento in cui il terapeuta attua una ristrutturazione della narrazione, rimandando al paziente nuovi elementi e significati, derivati dalle proprie ipotesi.
- **Feedback:** il problema portato dal paziente viene ridefinito, e viene concordato il punto di partenza dal quale iniziare il percorso terapeutico.

Lavorare sul sintomo è un primo "step" che rafforza i livelli di alleanza terapeutica e di fiducia che il paziente ha in sé.

- Esplicitazione del contratto: una volta stabiliti con il paziente gli obiettivi della terapia, si esplicita la frequenza settimanale degli incontri, la durata e l'onorario percepito dal terapeuta.

Inoltre è utile che il terapeuta spieghi al paziente il modello teorico di riferimento e l'utilizzo delle prescrizioni durante il percorso terapeutico.

Al termine di questa fase, il terapeuta dovrà essere in grado di:

- formulare una diagnosi sul paziente;
- individuare le aree sulle quali lavorare;
- esplicitare al paziente la riformulazione del problema;
- costruire con il paziente gli obiettivi terapeutici;
- condividere con lui gli aspetti peculiari del contratto terapeutico, come la durata, il setting, l'onorario, il trattamento dei dati e il segreto professionale.

5. Gli obiettivi della terapia

Come abbiamo visto la formulazione degli obiettivi terapeutici, negoziati con il paziente, rappresenta uno degli aspetti principali della metodologia strategica integrata. Nel nostro approccio la formulazione degli obiettivi deve rispettare i criteri stabiliti da Bandler e Grinder (1975), sintetizzati nell'acronimo S.M.A.R.T.

In base a questi criteri, un obiettivo è perseguibile se è:

- *specific* (specifico): deve essere descritto in termini concreti, deve contenere dei criteri tangibili che ne consentano il riconoscimento e deve essere definito in positivo;
- *measurable* (misurabile): la sua descrizione deve contenere indicazioni precise di ciò che dovrebbe accadere per considerarlo raggiunto;

- *achivable* (raggiungibile): deve tenere conto del contesto, ossia delle risorse e dei vincoli, della persona;
- *realistic* (realistico): deve essere definito in termini sensoriali e concretamente raggiungibile dalla persona;
- *timed* (temporalizzato): la scadenza del raggiungimento deve essere specificata, così che l'obiettivo costituisca un impegno e non un'utopia.

Una volta definito l'obiettivo, è fondamentale proporlo al paziente attraverso un "confezionamento suggestivo", ossia è necessario presentare l'obiettivo in un modo che sia il più vicino possibile allo stile del paziente.

Nell'esplicitazione dell'obiettivo e dei micro-obiettivi, il terapeuta deve, inoltre, essere in grado di scegliere quali obiettivi condividere con il paziente e quali mantenere impliciti, perché potrebbero rischiare di compromettere l'alleanza terapeutica e la motivazione al cambiamento. Allo stesso modo è importante anche costruire una scala graduale di piccoli obiettivi, in modo che il trattamento non appaia troppo incalzante e ansiogeno agli occhi del paziente. La costruzione degli obiettivi terapeutici rappresenta la principale guida metodologica, e la loro definizione presenta dei vantaggi precisi sia per il terapeuta che per il paziente. Come terapeuti, la "mappa" degli obiettivi rappresenta una guida preziosa per capire qual è la direzione giusta nella quale muoversi per attivare il cambiamento e, nei momenti d'impasse, un punto di riferimento fondamentale per non andare fuori strada.

Per il paziente la condivisione degli obiettivi ha un forte potere suggestivo, in quanto gli rimanda una sensazione di fiducia da parte del terapeuta e una sensazione di essere parte attiva del trattamento: queste sensazioni aumenteranno notevolmente la sua fiducia e il suo grado di collaborazione.

6. Strategie e tecniche

La progettazione delle strategie terapeutiche è il mezzo, attraverso il quale muoversi, per raggiungere gli obiettivi concordati con il paziente. Nel nostro approccio, per “strategia” intendiamo un piano d'azione teso a raggiungere un obiettivo predeterminato per promuovere il cambiamento. Quanto affermato si traduce, nella pratica clinica, nella capacità di costruire delle ipotesi e delle tecniche di intervento, di verificarne l'efficacia e di modificarle, qualora non risultassero funzionali. La progettazione delle tecniche di intervento deve essere completamente centrata sul paziente e non sul problema: questo vuol dire che la stessa tecnica può essere funzionale per un paziente ma non per un altro, pur presentando un problema simile. Ogni paziente ha il suo stile di funzionamento e dunque il suo stile di cambiamento. L'abilità del terapeuta è comprendere ed analizzare la struttura di funzionamento del paziente e il suo sistema percettivo-reattivo per attivare il processo di cambiamento. In una prospettiva strategico-integrato, come terapeuti possiamo includere tra gli interventi anche tecniche provenienti da altri approcci (come il genogramma, il role-playing, il problem-solving, ecc.). Le strategie che possono essere utilizzate sono molteplici e includono: l'*illusione di alternativa*, la *confusione*, la *ridefinizione positiva del disturbo*, la *ricerca di eccezioni*, lo *scaling*, la *miracle question*, la *worst fantasy technique*. Nell'approccio strategico-integrato rivestono una particolare importanza le strategie e le tecniche seguenti:

- *il ricalco*, tecnica che proviene dall'attività di Milton Erickson e che è stata successivamente ripresa e sviluppata da Bandler e Grinder nella P.N.L. (Programmazione Neuro Linguistica). Ricalcare significa “*andare incontro*”

all'altra persona nel punto in cui lui o lei si trova, riflettendo [su] quello che lui o lei sa o presuppone sia vero, o accordarsi ad alcune parti dell'esperienza che lui o lei sta vivendo" (Richardson, 2002). Il ricalco rappresenta la tecnica attraverso la quale costruire il *rapport*, inteso come una relazione basata sull'accordo, sull'allineamento e sulla similarità. La costruzione del *rapport*, in terapia, permette di ottenere rapidamente l'appoggio e la cooperazione del paziente. Il ricalco può riguardare molteplici aspetti, come il linguaggio verbale, le convinzioni, il linguaggio corporeo, la respirazione, ecc. Il terapeuta può scegliere quali aspetti ricalcare, tenendo presente soprattutto l'importanza che rivestono i tre sistemi rappresentazionali definiti da Bandler e Grinder (*visivo, uditivo e cinestesico*), il cui ricalco permette di facilitare la comunicazione profonda tra il terapeuta e il paziente;

- *l'utilizzo della resistenza*: questa strategia di tipo paradossale prevede di utilizzare la forza della resistenza al cambiamento del paziente al fine di trasformarne il "segno", da negativo a positivo. Può essere utilizzata nel trattamento di persone poco collaborative alla terapia.

Milton Erickson "vinceva" la resistenza del paziente *costruendo aspettative*. Egli faceva leva sul bisogno di completezza presente in tutti noi e incalzava il paziente riluttante con molte domande, impedendogli di rispondere e aumentando il livello di frustrazione, fino al punto in cui lui stesso chiedeva al terapeuta di stare zitto per poter parlare. Per lo stesso scopo, Milton Erickson dava al paziente il permesso di non parlare. Tale ingiunzione paradossale, si traduceva nella tendenza del paziente resistente a contraddire il terapeuta parlando ampiamente. Infine, nel trattamento di pazienti caratterizzati dal bisogno di esprimere sempre disaccordo verso ciò che il terapeuta afferma, si può utilizzare efficacemente la tecnica che prevede di

suggerire l'opposto rispetto a ciò che si desidera il paziente faccia o, su cui si desidera che esprima accordo.

- *la suggestione indiretta*: questa tecnica include tutte quelle forme di comunicazione indiretta che, per riprendere una definizione di Watzlawick, parlano il linguaggio dell'emisfero destro e "bloccano" l'emisfero sinistro. Strategie come "*l'illusione di alternativa*", la "*confusione*" e la "*disseminazione*" rientrano in questa tecnica. In particolare, in questa tecnica rientra l'utilizzo di aneddoti, simbolismi, storie e metafore, particolarmente utili per aggirare le difese dei pazienti e procedere direttamente sulla parte emotiva e profonda. Una tecnica particolarmente potente è l'utilizzo delle metafore, che spesso vengono proposte spontaneamente dai pazienti e che, in base al concetto di utilizzazione, possono essere usate a fini terapeutici. Ovviamente sia la metafora che le altre forme di comunicazione indiretta, per poter risultare efficaci, devono rispecchiare la struttura della situazione problematica del paziente e devono essere proposte e ristrutturare con lo stesso linguaggio figurato del paziente. Riguardo le tecniche che si possono utilizzare in terapia, sulla base del raggruppamento operato da Gulotta (1997), possiamo suddividerle in:

- tecniche di influenzamento diretto: queste prevedono una richiesta esplicita, accompagnata da un comportamento orientato strategicamente verso la gratificazione o la frustrazione. Comprendono la "*promessa*", la "*minaccia*", la "*degradazione*", il "*debito*" e la "*regressione*";
- tecniche di influenzamento misto: queste prevedono una richiesta contrattata e negoziata e includono la "*cooperazione*", il "*muso duro*", l'"*occhio per occhio*" e la "*riduzione graduale della tensione*";
- tecniche di influenzamento indiretto: queste prevedono un mascheramento dell'azione che si vuole ottenere attraverso la formulazione di una richiesta

diversa, che condurrà indirettamente ad ottenere quella mascherata. Includono il “*piede nella porta*”, la “*porta in faccia*” e il “*colpo basso*”. Forme specifiche di tecniche sono rappresentate dalle prescrizioni, il cui utilizzo è legato all’obiettivo principale di promuovere l’azione da parte del paziente. Le prescrizioni sono dei compiti che il terapeuta richiede di eseguire al paziente durante l’intervallo tra due sedute e il cui esito sarà discusso nella seduta successiva. Nel nostro modello, a differenza del modello strategico, non sono previste prescrizioni unificate a seconda del problema presentato dal paziente: come gli obiettivi, anche le prescrizioni devono essere “confezionate” sul singolo paziente sulla base delle ipotesi costruite nel corso del trattamento. Complessivamente, l’atteggiamento dei pazienti nei confronti delle prescrizioni rispecchia l’atteggiamento verso il terapeuta e l’efficacia del trattamento e il loro esito deve essere sempre condiviso, elaborato e confrontato con il vissuto del paziente, più che sulla nostra aspettativa come terapeuti. Essendo rigorosamente legate alle ipotesi e agli obiettivi, anche le prescrizioni possono essere modificate qualora non si dimostrino efficaci.

7. Il consolidamento degli obiettivi e la chiusura del trattamento

Il cambiamento è un processo complesso e difficile per la maggior parte delle persone. Per tale ragione va posta, da parte del terapeuta, particolare attenzione a tutte le fasi del processo di cambiamento, in modo particolare quelle iniziali e finali. Le persone vanno in terapia per cambiare modo di essere o di fare o di sentire. Proporsi di cambiare e realizzare tale proposito

non sono la stessa cosa. Il terapeuta, per riuscire in questo difficile intento, deve servirsi di ogni abilità e tecnica al fine di arrivare, nel più breve tempo possibile, ai meccanismi viscerali che strutturano il disagio.

Una volta realizzato il cambiamento concordato diventa fondamentale la fase di consolidamento. Come le altre fasi, anche questa va “confezionata” sul singolo paziente, e sta al terapeuta verificare la tenuta degli obiettivi raggiunti e la chiusura del trattamento. In linea generale, questa fase si sviluppa in sedute bi-settimanali o mensili ed è fondamentale per:

- consentire al paziente di sperimentare le soluzioni costruite in terapia, avendo comunque a disposizione uno spazio “protetto” per elaborarne gli effetti;
- sostenere e consolidare le nuove modalità di interazione del paziente, mettendole in relazione con i vecchi schemi;
- riconoscere e sottolineare positivamente l’impegno del paziente nel raggiungere gli obiettivi concordati;
- delineare insieme al paziente i nodi problematici affrontati, mettendoli in relazione con le nuove strategie messe in campo.

L’obiettivo principale di questa fase è quello di consolidare definitivamente l’autonomia del paziente rafforzando in lui l’idea che, grazie all’impegno reciproco e alla professionalità del terapeuta, è ora in grado di affrontare la realtà e di reagire di fronte ad eventuali difficoltà.

In alcune situazioni, sulla base della metodologia del Mental Research Institute, può risultare funzionale: lasciare ai pazienti un piccolo resoconto scritto del percorso svolto insieme; invitare il paziente a scrivere il suo punto di vista sul percorso realizzato in modo da sistematizzarlo e possederlo in modo profondo, o, infine, dare la possibilità ai pazienti di beneficiare di altre sedute che saranno messe “in cassaforte”, così che potranno utilizzarle in

qualunque momento lo ritengano opportuno. Entrambe le strategie hanno lo scopo di dare al paziente un riconoscimento concreto del lavoro svolto insieme e la sensazione tangibile di avere una “base sicura” alle spalle, prerogative indispensabili per promuovere definitivamente l’autonomia del paziente e chiudere il trattamento.

2. Le prescrizioni in psicoterapia strategico – integrata

1. Premessa

“Si parla di terapia strategica quando il terapeuta mantiene l’iniziativa in tutto quello che si verifica nel corso della terapia ed elabora una tecnica particolare per ogni singolo problema. Quando un terapeuta e una persona con un problema s’incontrano, entrambi contribuiscono a determinare la situazione che si sviluppa, ma, nel corso della terapia strategica, l’iniziativa è quasi sempre nelle mani del terapeuta che deve individuare i problemi da risolvere, stabilire gli obiettivi, progettare gli interventi per raggiungere tali obiettivi, valutare le risposte che riceve per correggere il suo approccio e, infine, esaminare i risultati per vedere se la terapia ha avuto un buon esito” (Haley J., 1976, p.7).

All’interno di questo processo, assume un ruolo fondamentale il concetto di “tentata soluzione”, vale a dire tutto ciò che il paziente stesso e le persone intorno a lui hanno tentato di fare per cercare di risolvere il problema. Questi tentativi disfunzionali, ripetuti nel tempo, se non sono bloccati e sostituiti con delle strategie più funzionali, non solo non risolvono il problema ma contribuiscono ad alimentare la situazione problematica e a determinare un vero e proprio circolo vizioso. Il cambiamento deve quindi concentrarsi sullo sblocco di questa persistenza disfunzionale. In quest’ottica la ricerca delle cause, che nel passato hanno dato vita alla situazione problematica, non costituisce direttamente lo strumento del cambiamento. Il terapeuta, per cambiare la situazione problematica, deve comprendere il meccanismo che la mantiene in vita, indagando sul “come” il problema funziona per poi individuare la modalità d’intervento più efficace. Inquadri, quindi, il problema e i suoi schemi di funzionamento, si può passare a un intervento di tipo attivo e prescrittivo che contribuisca alla rottura del sistema percettivo-reattivo. Tale sistema riguarda il modo con cui la realtà viene percepita, il sistema di convinzioni del soggetto circa il mondo esterno, circa sé stesso, il

rapporto tra sé e il mondo circostante e le sue reazioni, conseguenti a tutto ciò. Più questo sistema è rigido e ripetitivo più il soggetto percepisce malessere e blocco. E' proprio questo sistema che genera le tentate soluzioni e che, quindi, va compreso e agganciato, per introdurre delle piccole variazioni che possono modificarlo (Nardone, Watzlawick, 2010).

Nella pratica clinica è quindi possibile produrre un cambiamento duraturo e funzionale a partire dallo studio del comportamento. In generale, attraverso l'uso di prescrizioni, la persona può fare nuove esperienze prima a livello emotivo e poi cognitivo, diverse da quelle sperimentate fino a quel momento. Heinz Von Foerster, esponente di spicco nel campo della cibernetica e del costruttivismo radicale, dichiarava "se vuoi vedere, impara ad agire!" (Von Foerster, 1973). Questo imperativo sottolinea come l'azione e il comportamento, uniti alla conoscenza di nuovi elementi e a nuove informazioni, siano uno dei fattori di cambiamento ritenuti più importanti.

A tal proposito è significativo il contributo dello psicoanalista Franz Alexander (1946) cui si deve il concetto di "esperienza emozionale correttiva". L'autore e i suoi collaboratori ritengono, infatti, che le persone soffrano non tanto per i loro ricordi ma per la loro incapacità di fronteggiare i problemi reali del momento. Queste esperienze sono indotte attraverso prescrizioni comportamentali costruite su misura per il cliente, utilizzando il linguaggio dell'emisfero non dominante (Watzlawick, 1980). Le prescrizioni, per quanto semplici possano apparire, riescono a scardinare il sistema percettivo reattivo perché lo attaccano indirettamente su più punti: comportamentale, emotivo e infine cognitivo. In effetti, perché un cambiamento possa essere realizzato in tempi brevi, occorre una ristrutturazione non solo cognitiva ma anche e soprattutto emotiva.

Secondo Haley, il dare delle direttive e dei compiti a casa assolve vari scopi: "1. Il principale fine della terapia è di fare in modo che le persone si comportino in maniera diversa e che diverse siano le esperienze vissute. Le direttive sono una maniera di rendere possibili questi cambiamenti. 2. Le direttive sono usate per intensificare il rapporto con il terapeuta [...] Se la direttiva è qualcosa che le persone sono chiamate a svolgere durante la settimana, il terapeuta in certo modo rimane nelle loro vite per tutto questo periodo di tempo. [...] 3. Le direttive sono usate per avere informazioni. [...] che facciano o meno ciò che il terapeuta ha detto di fare, che se lo dimentichino o che ci provino senza riuscirci, il terapeuta riceve informazioni che altrimenti non otterrebbe" (Haley, 2010, p. 71).

Un altro riferimento importante si deve al principio della cibernetica, utilizzato da M. Erickson, che consiste nel provocare un cambiamento in una parte del sistema in modo tale che lo stesso crei cambiamenti anche nel resto del sistema¹. Erickson concepiva la terapia come una creazione di situazioni nelle quali il paziente è messo in grado di avere risposte positive. E così affermava: "È necessario portare i pazienti a fare qualcosa ed è questa la cosa più importante della terapia [...] dovete cercare di fare qualcosa che induca un cambiamento nel paziente, un piccolo cambiamento qualsiasi [...] È come far rotolare una palla di neve lungo il fianco di una montagna. Comincia come una piccola palla di neve ma via via che rotola giù, diventa sempre più grossa e diventa una valanga grande come la montagna"(cit. in Gordon, Meyers-Anderson, 1984, p. 113).

¹Gulotta lo definisce effetto farfalla:«la modificazione che si tende a ottenere non sempre deve essere significativa; talvolta conviene, anche per incontrare meno resistenze, ottenere un piccolo risultato che espande i suoi benefici con un effetto per così dire "volano"», (2005, p.165).

Per innescare questo processo a valanga, per cui anche un piccolo cambiamento in una parte del “sistema” del paziente produca una modificazione dell’intero sistema, può risultare utile e produttivo che il terapeuta focalizzi l’attenzione del paziente su piccoli particolari e su azioni minime da compiere. Questo con l’obiettivo di non far sentire il paziente di fronte a richieste troppo grandi rispetto alle proprie possibilità (cioè la percezione delle proprie risorse personali); inoltre questo procedere per piccoli passi e piccoli obiettivi ha il potere di aggirare la resistenza al cambiamento.

Per il buon esito di un trattamento psicoterapeutico diventa quindi fondamentale “*osservare, imparare e parlare il linguaggio del paziente*”. In altre parole, il terapeuta deve entrare in sintonia con le modalità rappresentazionali della persona che sta chiedendo aiuto. Ciò significa che deve adattare il proprio linguaggio e le proprie azioni alle «immagini del mondo» e allo stile comunicativo del paziente” (Nardone, Watzlawick, 2010, p. 66).

E’ importante sottolineare che l’efficacia delle procedure e tattiche terapeutiche, scelte per promuovere il cambiamento, è condizionata soprattutto dal tipo di comunicazione e interazione costruita. Quanto più il terapeuta riuscirà a creare un clima relazionale fondato sull’accoglienza, accettazione e comprensione di ciò che il paziente porta in seduta, tanto più potrà sfruttare il potere della relazione suggestionando e dirottando le azioni, in modo da modificare i comportamenti disfunzionali, rendendo più elastico il sistema di percezioni e rappresentazioni della realtà e innalzando l’autonomia e l’autostima personale.

2. Definizioni

Nell'approccio strategico integrato il terapeuta "guida seguendo". "Guida" perché si fa carico di condizionare il processo di cambiamento e crescita del paziente, prendendosi la responsabilità e il dovere di orientarlo positivamente e produttivamente secondo un progetto predeterminato, ma allo stesso tempo "segue" perché gli obiettivi e la meta sono stabiliti dal paziente secondo i suoi desideri e bisogni più profondi. E' per questo che la fase di analisi della domanda è una delle più complesse e a cui spesso si dedica più tempo, ed è sempre per questo che la sospensione del giudizio è una condizione necessaria perché la trasformazione si realizzi. Se infatti fosse lo psicoterapeuta a decidere gli obiettivi da raggiungere, non è detto che questi corrispondano a quelli profondamente sperati dal paziente. Il nostro presupposto teorico è che non vi sia una sola realtà, ma che essa cambi a seconda del punto di vista da cui guardiamo il mondo. Il punto di vista del paziente sarà quindi unico e personale e dovrà essere il nostro canovaccio da seguire per dipingere la tela. Nella promozione di questo cambiamento, come abbiamo visto, ci sono diverse tecniche utili a far esperire alla persona nuove modalità di funzionamento. Quelle che analizzeremo in questo libro sono le prescrizioni.

Prescrivere viene dal latino "praescribere" ossia "scrivere prima". In sostanza, c'è un soggetto, figura centrale incaricata del "processo di cura" che ha il compito di scrivere prima ciò che il paziente dovrà poi eseguire. Se guardiamo la definizione che ne dà la Treccani, prescrivere significa *"assegnare a qualcuno un trattamento in qualità di esperto"*. Questo concetto semplice, di grammatica essenziale, già sottolinea l'esistenza di una differenza di ruoli, una sorta di grado gerarchico che è condizione necessaria

e insormontabile affinché la prescrizione abbia senso e utilità. E' anche questo il motivo per cui una prescrizione data a un nostro familiare o amico generalmente non avrà nessun effetto o, anche se apportasse qualche beneficio, non sarà mai comparabile con quelle che diamo ai nostri pazienti. Analizzando poi più in dettaglio l'etimologia del termine "scribĕre", vi ritroviamo la radice indoeuropea "Sker", ampliata con "ibh", quindi "skeribh" ossia "incidere". Ciò si riferisce alla pratica di apporre segni su una caratteristica tavola incerata, precursore dei nostri fogli di carta. Lo scrivere ha nell'antichità un valore definitivo, "verba volant scripta manent" dicevano i latini. Questo carattere di permanenza e di futuro è presente nel cuore del termine "prescrizione."

La prescrizione non è perciò un "compito", dal latino "computare", cioè calcolare, termine con cui intendevano qualsiasi lavoro di cui si calcoli la durata. La prescrizione non si ferma nel tempo della sua esecuzione, non ha un confine spazio temporale così limitato, ma appone modifiche che continuano nel tempo e i cui effetti restano per l'appunto "incisi" in modo da modellare la tavoletta, da renderla cambiata per sempre. Se la prescrizione è ben fatta, ben pensata per quel paziente e viene somministrata al momento giusto del percorso terapeutico, essa apporterà delle modifiche i cui effetti dureranno ben più a lungo del tempo in cui viene eseguita. E' quindi uno degli elementi maggiormente performanti e sconvolgenti il processo di cambiamento. Anche quando non viene compresa dal paziente, essa produce dei risultati impensabili e spesso anche superiori a quelli previsti dal terapeuta in termini di intensità e stravolgimenti.

4. Cenni storici

Le prescrizioni sono state utilizzate da tempi antichissimi nella storia dell'umanità, si può dire quasi che nascano con la nascita stessa del concetto di cura. Se l'uomo primitivo si faceva carico autonomamente dei suoi bisogni, compresi quelli riguardanti il corpo, le ferite e i traumi, in modo ancora primordiale e istintivo, con la nascita delle prime società il compito del mantenimento della salute e della guarigione è stato affidato a delle figure di riferimento esterne, inizialmente sacerdoti o sciamani. La cura delle infermità si basava su formule magiche e sulla recitazione di frasi apotropaiche o sull'applicazione di sostanze naturali sul corpo infetto. E' però con la medicina ellenica che per la prima volta ci avviciniamo a un concetto di cura più simile a quello dei giorni nostri. Da quel momento in poi, iniziamo a trovare prescrizioni di comportamenti da seguire e sostanze da assumere o evitare, date dal medico al paziente in virtù di una maggior competenza e studio sull'argomento. L'utilizzo delle prescrizioni in psicologia, invece, è cosa ben più recente. Negli orientamenti iniziali, infatti, lo psicologo doveva favorire il flusso dell'inconscio del paziente in modo autonomo e spontaneo. Spesso veniva evitato il contatto visivo e anche gli scambi di frasi tra i due si limitavano al minimo indispensabile. Il concetto di prescrizione psicoterapeutica viene per la prima volta anticipato "ante litteram", nel 1946, dallo psicoanalista ungherese Franz Alexander, considerato uno dei fondatori della psicosomatica. Alexander introdusse il concetto di "esperienza emozionale correttiva", che consiste nel far risperimentare al paziente situazioni emotive che per lui erano state traumatiche o che non era stato in grado di affrontare, cambiando la cornice in cui queste si verificavano. Inquadrato in un contesto più protetto, perciò, e supportato dal terapeuta, il paziente si riscopre in grado di affrontare quella

condizione differentemente e più efficacemente di quanto non si fosse dimostrato in passato, e questo gli conferisce un rinforzo positivo che già da solo diventa mezzo e passaggio di cambiamento. Dice Alexander “questa nuova esperienza correttiva può essere fornita dalla relazione di transfert, da nuove esperienze di vita, o da entrambe” (Alexander, 1946).

Il momento di cambiamento curativo, quindi, può essere esperito all’interno dello studio dello psicoterapeuta, come gli orientamenti psicoanalitici asserivano, ma anche al di fuori, nella vita di ogni giorno. La rivoluzionarietà di questo passaggio è una delle cose che getterà maggiormente le basi del concetto di prescrizione, che consiste per l’appunto nel prolungare, oltre il tempo limitato della seduta, l’intervento della psicoterapia.

Da un punto di vista storico, altro personaggio fondamentale nella storia della nascita delle prescrizioni è Milton Erickson. Psichiatra, psicoterapeuta, grandissimo ricercatore e studioso con oltre 160 pubblicazioni effettuate, inventore di quella che viene considerata l’ipnoterapia moderna, Milton Erickson ha rivoluzionato in modo radicale la storia della psicologia del ‘900. Fu infatti il primo a parlare di valorizzazione delle risorse del paziente e di utilizzo delle resistenze, e il primo ad utilizzare prescrizioni dirette, indirette e paradossali come strumento di terapia. Da molti, infatti, viene considerato il primo terapeuta strategico, prima ancora che l’orientamento fosse definito. Collaborò assiduamente con Bateson e il gruppo di Palo Alto, fu mentore di Weakland e Haley, che negli anni Sessanta si recarono più volte a Phoenix per apprendere il suo metodo di lavoro, da molti considerato “magico”. Jay Haley rimase talmente impressionato da questo personaggio geniale e carismatico che iniziò un’intensa collaborazione con lui, di cui abbiamo traccia nel libro “Terapie non comuni”, in cui vengono descritte

tecniche non convenzionali e spesso bizzarre, utilizzate da Erickson con i suoi pazienti. (Haley, 1967)

Erickson inventò la tecnica paradossale della “prescrizione del sintomo”, rendendosi conto che, una volta tolta al sintomo la sua possibilità di essere incontrollabile e caotico, ma restringendolo all’interno di uno schema prescritto, esso perdeva di forza.

I racconti dei suoi interventi su tipologie di pazienti tra le più disparate sono incredibili e spesso anche divertenti. Ad esempio nei casi di figli aggressivi e irrispettosi verso i genitori, lui diceva "Abbiamo appurato che in questi casi una strategia molto utile è quella di dire al padre (in presenza della madre) che potrebbe ristabilire la pace in famiglia senza troppe difficoltà se fosse disposto a compiere un gesto piuttosto strano, e precisamente mettere la mano in tasca, tirar fuori una monetina e darla alla figlia ogni volta che è arrogante con la madre. È un gesto che va compiuto in silenzio come se fosse la cosa più naturale del mondo; se poi la figlia insistesse per sapere il significato di quel gesto, il padre dovrebbe limitarsi a risponderle: "Mi viene da darti una monetina" (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974).

Il linguaggio era per Erickson una componente fondamentale nella riuscita dei suoi interventi. Era infatti convinto che la trans fosse uno stato naturale e non un’induzione forzata e rigida, come nelle ipnoterapie che lo avevano preceduto. Risvegliare nel paziente quello stato di trans tramite un linguaggio lento, profondo, cadenzato, era il modo per attivare il cambiamento ed è tutt’oggi prerogativa necessaria per la riuscita della prescrizione. Erickson esortava a “parlare in modo lento, incisivo e significativo, e "sentire" letteralmente in se stessi, momento per momento, il pieno significato di ciò che si dice” (Haley, 1967)

Tramite l'induzione della trans, infatti, si attiva l'emisfero cerebrale destro, quello creativo, che non segue la logica tradizionale, e quindi quello più adatto al cambiamento e alla guarigione.

Gli insegnamenti di Milton Erickson sono stati ripresi da Watzlawick e Nardone, e posti come basi per l'istituzione della psicoterapia strategica breve, come abbiamo visto nel precedente capitolo sulla storia dell'orientamento. In questo nuovo approccio, volto alla cura e al cambiamento del paziente, le prescrizioni sono aspetto fondamentale e necessario nel processo terapeutico. Watzlawick e i suoi collaboratori, attraverso le prescrizioni, cercavano di provocare un sovvertimento della "realtà di secondo ordine". Partendo infatti dall'assunto che di realtà non ve ne sia una sola, ma che essa muti a seconda del punto di vista da cui noi vediamo il mondo. Cambiare quella cornice, quella prospettiva, è il modo per cambiare se stessi e il proprio approccio alla situazione difficile che si sta attraversando.

Anche Haley si pronuncia circa l'utilità delle prescrizioni nella psicoterapia, nel testo "La terapia del problem-solving: nuove strategie per una terapia familiare efficace", dicendo: *"Il principale fine della terapia è di fare in modo che le persone si comportino in maniera diversa e che diverse siano le esperienze vissute. Le direttive sono una maniera di rendere possibili questi cambiamenti. 2. Le direttive vengono usate per intensificare il rapporto con il terapeuta [...] Se la direttiva è qualcosa che le persone sono chiamate a svolgere durante la settimana, il terapeuta in certo modo rimane nelle loro vite per tutto questo periodo di tempo. [...] 3. Le direttive vengono usate per avere informazioni. [...] che facciano o meno ciò che il terapeuta ha detto di fare, che se lo dimentichino o che ci provino senza riuscirci, il terapeuta riceve informazioni che altrimenti non otterrebbe"* (Haley, 1985).

L'ultimo step nella storia delle prescrizioni si ha poi con la nascita della psicoterapia strategico-integrata. Se nella strategica breve lo scopo fondamentale delle prescrizioni era intervenire sulle tentate soluzioni del paziente, ossia quell'insieme di azioni messe in atto per risolvere il problema ma che generalmente tendono a esacerbarlo o alimentarlo, nella strategica integrata le prescrizioni vanno ad agire soprattutto sul sovvertimento di una serie di schemi comportamentali, innati del paziente, messi in moto non solo di fronte alle situazioni di disagio, ma in ogni aspetto della sua vita. Ci sarà quindi chi tenderà a controllare ogni cosa, chi reprime le emozioni, chi ha un'autostima particolarmente bassa e così via. Le prescrizioni strategiche integrate scavano anche nel passato del paziente, ove necessario, perché l'orientamento strategico è sempre volto a intervenire sul "qui ed ora", ma rispetto alla strategica breve vi è un lavoro anche sulla genesi e sul momento scatenante quella serie di comportamenti disfunzionali che poi hanno portato il paziente a sviluppare i sintomi. Come vedremo più avanti, ci sono anche prescrizioni aventi scopo diagnostico o di sblocco, non rivolte verso un sintomo specifico bensì applicabili a più quadri sintomatologici diversi tra loro.

4. Come costruire una prescrizione

La prescrizione ha il potere di cambiare la "cornice" in cui viene visto il mondo dal paziente in un modo che spesso viene percepito come "magico", perché non segue gli schemi della logica tradizionale da noi conosciuti.

Come avviene questo? Le modalità sono molteplici e dipendono dal tipo di prescrizione e dal suo obiettivo, per questo uno dei compiti più difficili per il terapeuta sta nello scegliere quella giusta, momento estremamente delicato del colloquio clinico. Vi sono prescrizioni che agiscono sul far sperimentare al paziente la famosa “esperienza emozionale correttiva” di cui parlava Frank Alexander, altre che agiscono silenziando la componente cognitiva e stimolando quella emotiva in modo da variare gli schemi attraverso cui la persona legge il mondo. Altre ancora, come ad esempio quelle paradossali, si giocano su un sovvertimento della logica che regge il sintomo e sull’introduzione di particolari confusivi e destabilizzanti.

E’ anche fondamentale il modo in cui la prescrizione viene impartita affinché possa esercitare il suo effetto curativo. Un linguaggio ipnotico, lento, carismatico, in cui ogni particolare del compito che si deve eseguire è ben sottolineato e compreso, è condizione fondamentale per la riuscita nell’intento. Se il cambiamento nella terapia strategica è un po’ “magico”, non va pertanto dimenticato che, in ogni magia che si rispetti, l’abilità sta nella destrezza del mago e nella sua capacità di eseguire il trucco al momento opportuno, dopo aver creato l’atmosfera consona. Se perciò un paziente non esegue una determinata prescrizione bisognerà valutare se questa è stata data in modo valido oppure se il suo rifiuto di eseguirla è già in sé un elemento diagnostico o terapeutico che potremo usare in terapia, come vedremo in un paragrafo successivo.

Le prescrizioni strategico integrate hanno delle caratteristiche peculiari che ricalcano i principi di base di questo orientamento e quindi:

1. sono centrate sul paziente;

2. sono costruite in modo da far parte di un progetto più ampio che il terapeuta deve avere in mente fin dall'inizio del percorso;
3. sono volte ad utilizzare le resistenze del paziente, rendendo possibile l'aderenza al percorso anche nei casi più impegnativi e difesi;
4. sono create in modo da attivare emozioni, sensazioni e modalità di comportamento necessarie per il paziente ma che lui non sarebbe stato in grado di mettere in azione da solo, per paura del cambiamento o per la naturale tendenza del cervello umano all'omeostasi.

Analizzeremo ora questi punti ad uno ad uno in modo da evidenziare come una prescrizione sia adeguatamente formulata ed efficace solo se risponde a tutte queste caratteristiche contemporaneamente.

5. Le prescrizioni centrate sul paziente

Nella terapia strategica il terapeuta “guida seguendo”, ossia ha sempre un ruolo di responsabilità del processo di cambiamento del paziente da una parte, ma dall'altra deve “seguire” quello che la persona gli chiede rispettando la sua dimensione, i suoi obiettivi e le sue risorse.

Se, infatti, l'assunto di base è che non esiste una sola realtà ma molte diverse a seconda del punto di vista da cui noi guardiamo il mondo, allora non ci possono essere obiettivi preimpostati o traguardi stabiliti aprioristicamente. Dobbiamo quindi ascoltare il paziente con attenzione e sospendendo qualsiasi forma di giudizio, e accogliere e far nostri i suoi obiettivi. Non sempre quello che noi consideriamo migliore per lui è in effetti quello che lui vorrebbe.

Questi dettami della terapia strategica sono stati ripresi dalla terapia centrata sul cliente di Carl Rogers. Secondo Rogers l'individuo ha dentro di sé una forza innata che lo spinge all'autorealizzazione e che è compito del terapeuta far emergere nel suo flusso positivo (Rogers, 1994).

Importante è quindi un ascolto accogliente ed empatico, senza giudizi o preconcetti su quello che lui ci porta o sui suoi desideri. Al contrario di Rogers, i terapeuti strategici sono direttivi, quindi devono prendersi la responsabilità e l'onere di influenzare il percorso del paziente in modo costruttivo, mostrandogli la via da seguire, orientando e influenzando il suo cambiamento affinché, nel tempo minore possibile e con la massima gratificazione, lui possa raggiungere i risultati che per primo si è imposto.

E' come se il paziente fosse il turista in una città sconosciuta che ci dice dove vuole andare e il terapeuta un autista esperto in grado di conoscere il percorso più rapido per arrivarvi, evitando ingorghi, ostacoli o qualsiasi situazione che potrebbe impedire la riuscita del suo viaggio.

La parte difficile sta, ovviamente, anche nel capire se la meta che il paziente/turista ci indica è quella che vuole realmente visitare o è solo la proiezione di una sua paura e quindi della sua resistenza. Un paziente fortemente deluso da relazioni amorose disfunzionali potrebbe dirci che cerca il modo di star bene da solo, quando invece tutto ciò che auspica è imparare ad amare e a essere riamato senza ricercare lo stesso tipo di pattern manipolatore o narcisista. Allo stesso modo, una donna vittima di violenza domestica, fisica o psicologica che sia, spesso ci dirà che sta cercando il modo di rimanere con il marito e imparare a passare sopra e sopportare le sue debolezze, quando in realtà la forza che lei vuole è quella di emanciparsi e riuscire a ritrovare la sua integrità.

In questo caso, ovviamente, prima di iniziare il viaggio, l'obiettivo deve essere ben sviscerato e quindi saranno utili prescrizioni diagnostiche o volte a indagare l'emotività del paziente o ad aggirare alcune resistenze, come vedremo più avanti. Si vede bene come in quest'ottica le prescrizioni possano essere quindi solo centrate sul paziente, con le sue diversità e le sue specificità, mentre un percorso preimpostato porterebbe a ben pochi risultati.

6. Le prescrizioni nel processo terapeutico

Le prescrizioni, anche le più potenti in grado di dare immediatamente effetti considerevoli e apparentemente impensabili sul paziente, da sole sono ben poca cosa. Diversamente dalla medicina, in cui il compito più arduo del curante sta nell'identificare adeguatamente il quadro sindromico che il paziente presenta per poi prescrivere un trattamento adeguato, la psicoterapia è basata su un delicato equilibrio tra le tecniche da usare al fine della cura, le emozioni emerse e la relazione che si viene a creare tra il terapeuta e la persona che chiede aiuto.

Dare una prescrizione, anche costruita in maniera perfetta ed estremamente calzante per quell'individuo, senza un adeguato lavoro prima e dopo, diventa quindi inutile se non controproducente. La prescrizione infatti deve essere inserita in un momento idoneo del processo terapeutico, il terreno deve già essere stato sondato e preparato perché la persona possa vivere quell'esperienza emozionale correttiva a pieno e utilizzarla proficuamente. Ci rendiamo conto di aver dato una prescrizione sbagliata quando, sebbene il problema di base sia stato ben inquadrato e la prescrizione sia somministrata correttamente con il giusto tono, il linguaggio ipnotico e

l'alleanza giusta, il paziente non la esegue o la sabota, cioè la modifica a suo piacimento. La persona deve essere adeguatamente preparata a quel momento. Questo non vuol dire che si debba cercare di evitare al paziente un dolore o proteggerlo eccessivamente, anzi, una prescrizione ben fatta non dà necessariamente sollievo ma spesso risveglia sofferenze indicibili e traumi sepolti ed evitati per molti anni. Aspettare il momento giusto vuol dire semplicemente che il paziente deve essere stato messo nella condizione di riconoscere quel dolore, quel trauma, quelle paure inconsce senza evitarle, cosa in cui è bravissimo perché è ciò che fino a quel momento ha sempre fatto per poter sopravvivere. Un bravo curante non è, infatti, quello che punta ogni seduta a far uscire il paziente dalla porta alleggerito o più sereno. Un percorso di questo tipo porterà conseguenze a lungo termine molto scarse. Un bravo curante deve saper risvegliare anche sentimenti molto brutti e contraddittori o inquietanti ed essere in grado di farlo seguendo una logica e una consequenzialità che porti la persona a passare alla fase dolorosa dell'analisi e del riconoscimento del suo problema fino a una consapevolezza del modo di superarlo o affrontarlo proficuamente.

Inoltre, quasi nessun paziente presenta un singolo sintomo da risolvere, ma per lo più ha un insieme di elementi tutti strettamente interconnessi tra di loro. Compito del terapeuta sarà perciò anche fare un'approfondita analisi della domanda per capire quale filo tirare prima della matassa, in modo di non aggroviare ulteriormente l'intreccio ma di aiutare a snodarlo.

Dare ad un adolescente o a un giovane adulto prescrizioni che promuovano lo svincolo dalla famiglia senza aver prima indagato emozioni di rabbia o vissuti irrisolti, anche tramite prescrizioni adeguate, sarebbe un errore che rischierebbe di portare la persona a confondersi, a rafforzare le sue difese o perfino ad abbandonare il percorso terapeutico. Ancora, andare a togliere con

prescrizioni dirette un sintomo ossessivo senza averne prima indagato una possibile radice psicotica o nevrotica rischierebbe di slatentizzare l'individuo, con conseguenze imprevedibili e potenzialmente anche molto gravi.

Oltre a preparare adeguatamente il periodo “prima” della prescrizione, anche quello successivo è di notevole importanza e non deve essere trascurato. Ad esempio, può essere un grave errore dare prescrizioni che risvegliano un vissuto che necessita di essere analizzato con il terapeuta in modo dettagliato prima di un periodo di sospensione lungo (ad esempio prima di una pausa estiva o di un viaggio o un periodo di assenza giustificata del paziente che lui ci aveva comunicato). La ristrutturazione e il lavoro volto a insegnare alla persona a utilizzare quanto ha appreso, grazie al compito eseguito, sono elementi fondamentali del cambiamento, bisogna sapergli dedicare il tempo giusto, anche più sedute ove necessario. Si può riprendere il risultato di un esercizio svolto anche diverse sedute dopo, quando si sta lavorando su una determinata emozione o concetto, purché sia calzante e faccia parte di un piano più ampio. Niente nella terapia strategica integrata deve essere lasciato al caso. Il terapeuta può anche decidere di passare oltre su alcuni elementi emersi dalla prescrizione per riprenderli più avanti, se si accorgerà che il paziente non è ancora in grado di farli suoi pienamente. Anzi, spesso riproporre una lettura in una fase successiva, quando il paziente ormai è predisposto ad accoglierla, rinforzerà la consapevolezza dei suoi progressi e darà modo anche a lui di riconoscere il filo conduttore che collega i momenti apparentemente significati e oscuri del suo cammino.

7. Le prescrizioni e l'utilizzazione delle resistenze

Jay Haley all'inizio del suo celebre libro "Terapie non comuni" (1973), in cui riporta le terapie utilizzate da Milton Erikson nella cura dei suoi pazienti, evidenzia spesso le analogie tra l'approccio della terapia strategica e le modalità di funzionamento dell'ipnosi libera, utilizzata dal grande studioso.

In particolare nella strategica integrata, così come nell'ipnosi, la resistenza non viene osteggiata ma incoraggiata. Dice Haley "Se si dice a un soggetto di sentire che la mano diviene più leggera e questi dice: 'La mia mano è divenuta più pensata', allora l'ipnotista [...] accetterà questa risposta addirittura incoraggiandola e dicendo: 'Bene, la sua mano può divenire ancora più pesante'" (Haley, 1973).

In tal modo il paziente si trova in una sorta di doppio legame terapeutico in cui qualsiasi cosa farà, per il terapeuta sarà adatto, qualsiasi modo userà per cercare di porre resistenza gli sarà consentito. Tutto ciò aumenta la collaborazione e fa sì che il paziente possa più facilmente, una volta stabilita l'alleanza terapeutica, seguire prontamente le indicazioni del terapeuta.

Inoltre, una volta che la resistenza è accettata, il curante ha il potere di controllarla, distorcerla e modificarla per apportare piccoli cambiamenti di cui inizialmente il paziente non si renderà conto, ma che saranno il tramite del suo successo.

Ci sono varie tecniche che Milton Erikson e gli strategici adottano per utilizzare le resistenze, quali la prescrizione della ricaduta, l'accettazione del sintomo o la prescrizione del sintomo.

In modo sorprendente spesso per gli stessi terapeuti, le tecniche riutilizzo delle resistenze hanno un grande potenziale curativo in sé e frequentemente aiutano anche da sole alla risoluzione dei sintomi. Non si

deve quindi pensare, ancora una volta, di stare lavorando solo sulla resistenza ma sul paziente nella sua globalità.

8. Le prescrizioni per attivare nuove modalità di funzionamento.

E' impensabile immaginare che tutto cambi se si rimane sempre nello stesso punto a fare le stesse cose. Questo tutti lo sanno, la logica comune lo insegna e anche i nostri pazienti razionalmente sarebbero in grado di dirlo. Il problema è mettere in pratica una nozione così apparentemente semplice ma profondamente ostica. Il cambiamento spaventa chiunque e la nostra mente, come tutti i sistemi biologici, tende all'omeostasi, quindi a fare ciò a cui è abituata, perché è la cosa che sa fare meglio e che implica, almeno all'apparenza, un minor dispendio di energie e di creatività.

E' qui che la psicoterapia si pone come un punto di rottura di questo circolo vizioso, che esacerba il sintomo e ne impedisce la risoluzione. Il problema sta nel fatto che il paziente, anche qualora si professi estremamente disposto al cambiamento, raramente lo è del tutto, ha paura delle conseguenze, del dolore che dovrà attraversare durante il percorso, è imbarazzato ad aprirsi completamente e deve imparare a fidarsi di una persona che non conosce.

Il senso delle prescrizioni è quindi anche far raggiungere un nuovo equilibrio senza che però la persona si renda conto di aver dovuto lasciare la "strada vecchia" per un secondo. In modo particolare le prescrizioni indirette si fondano proprio su far sperimentare al paziente esperienze nuove, che apparentemente non hanno a che vedere con il sintomo che lui ci porta ma che lo scardineranno sensibilmente. Anche le prescrizioni che vedremo nei prossimi capitoli rappresentano un modo di far vivere al paziente delle

emozioni, attraverso degli escamotage, in modo che lui possa considerare l'esperienza tollerabile ed effettuarla.

Fatto poi il primo piccolo passo, nulla ci impedisce di realizzare un lungo e meraviglioso viaggio.

3. Il Cambiamento nell'approccio Strategico-Integrato attraverso l'uso delle prescrizioni

1. Premessa

Una delle caratteristiche principali dell'approccio strategico integrato consiste nell'assunzione di responsabilità, da parte del terapeuta, di influenzare positivamente il paziente e di avere un ruolo attivo per tutto il tempo della terapia. Lo scopo ultimo è promuovere il cambiamento e per tale ragione diventa fondamentale avere obiettivi chiari, comprendere i precedenti schemi disfunzionali di percezione e reazioni del paziente nei confronti della realtà per poi modificarli.

L'approccio strategico si avvale di diverse tecniche per la risoluzione dei problemi umani. Uno strumento fondamentale è l'uso di prescrizioni.

2. Le Prescrizioni

L'uso delle prescrizioni permette di far sperimentare al paziente, azioni concrete di vita che rompono il meccanismo di azioni, retroazioni e tentate soluzioni.

Le prescrizioni devono essere eseguite nella vita quotidiana, al di fuori della seduta, nell'intervallo tra un incontro e l'altro. Questo è un fattore molto importante, "poiché il fatto che il paziente agisca attivamente, senza la diretta presenza del terapeuta e nella sua usuale attività giornaliera, è la migliore dimostrazione che egli può dare a sé stesso riguardo alle proprie capacità di cambiare la situazione problematica" (Watzlawick, Nardone, 2010, p. 95). Non c'è bisogno, infatti, che il paziente sia consapevole di come agisce la prescrizione e delle sue finalità specifiche, perché l'unica cosa che conta è che abbia imparato a fare qualcosa che prima non era capace fare: superare le proprie difficoltà.

Nella formulazione delle prescrizioni, il terapeuta tiene conto degli obiettivi da perseguire e delle caratteristiche uniche del paziente. Il presupposto fondamentale dell'approccio strategico integrato è che sia la terapia ad adattarsi al paziente e non il paziente alla terapia. Il terapeuta può, infatti, sulla base delle peculiari caratteristiche della persona, costruire prescrizioni ad hoc per quella particolare persona oppure può adattare prescrizioni già utilizzate con successo sul quel tipo di problema specifico. "Ad esempio la stessa generale strategia cambierà radicalmente se applicata a un soggetto/i appartenente a un gruppo sociale o culturale di basso livello, oppure se utilizzata con soggetto/i di alta levatura sociale e culturale. Non solo, ma sarà diversa se applicata a una persona estremamente fantasiosa e poetica o ad

una persona marcatamente iper-razionale” (Nardone, Watzlawick, 2010, p. 74).

Le prescrizioni devono essere presentate con un linguaggio lento e scandito, ripetendo più volte, se necessario, l’ingiunzione, e vanno consegnate al paziente negli ultimi minuti della seduta.

A tale proposito, è forte l’analogia con l’intero lavoro di Erickson: “Come nell’induzione ipnotica, quanto più il terapeuta riesce a caricare di suggestione la prescrizione, tanto meglio questa sarà eseguita e maggiore sarà la sua efficacia.” (Nardone, Watzlawick, 2010, p. 98).

3. Prescrizioni dirette, indirette e paradossali

Le prescrizioni strategiche vengono divise in tre tipologie: prescrizioni dirette, indirette e paradossali, a seconda della modalità con cui si rapportano rispetto al problema del paziente e del modo in cui vanno a scardinare la sua modalità di funzionamento disfunzionale. Possono essere esercizi semplici da svolgere o azioni rituali dal significato spesso sconosciuto per la persona che le compie, l’importante è che siano costruite con cognizione di causa tenendo bene a mente risorse, tentate soluzioni ed eventuali resistenze di colui al quale sono destinate.

Le prescrizioni possono essere suddivise schematicamente in tre tipologie: dirette, indirette, paradossali. [Analizziamo ciascuna tipologia]

Le prescrizioni dirette sono delle vere e proprie dichiarazioni ingiuntive di azioni da eseguire, che il terapeuta esprime chiaramente. Sono rivolte a pazienti con basso grado di resistenza, che sanno di avere un problema e sono in grado di fronteggiarlo in modo molto collaborativo. Hanno uno scopo

facilmente intuibile, per cui anche la persona che le svolge ne capisce il senso e la finalità. Spesso vengono somministrate nella fase finale di un percorso di cura per dare una chiave di sblocco risolutiva, volta a consolidare un cambiamento già in corso.

Le prescrizioni indirette si danno invece a pazienti che vogliono risolvere il problema vissuto come fonte di grande sofferenza e che vorrebbero essere collaborativi ma sentono di non avere ancora, in quel momento, le capacità di fronteggiarlo direttamente. Le prescrizioni indirette sono delle sequenze di azioni suggestive e ritualizzate, apparentemente non collegabili al sintomo presentato, che mirano a spostare l'attenzione dell'individuo dal problema, che provoca angoscia, impotenza e paura, all'esecuzione di compiti, ritenuti dal terapeuta attuabili dal paziente. Ciò è molto importante perché se la persona non pensa di lavorare su una sua questione dolorosa avrà meno paura nel farlo e sarà più ben disposta a svolgere il suo compito. Ovviamente è bene non spiegare il senso al paziente, il cui rimanere ignaro è utile affinché l'esercizio sortisca il suo migliore effetto.

Una prescrizione indiretta può portare il paziente a cambiare il suo modo di agire in risposta a una situazione stressante senza che se ne renda conto. Solo nella ristrutturazione successiva si renderà conto di quanto è riuscito a fare, e spesso questo lo porterà a vivere il cambiamento come “magico”.

Questo aumenta l'autostima e la sensazione di competenza e di possibilità di ottenere un cambiamento, visto non più come utopico ma come realistico e realizzabile. “Questo tipo di prescrizione utilizza la tecnica ipnotica dello spostamento del sintomo, di solito si attira l'attenzione del paziente su altre cose problematiche che riducano l'intensità del problema presentato. Per chiarire meglio questa tecnica si può ricorrere all'analogia con la tecnica del prestigiatore, il quale richiama l'attenzione del pubblico su alcuni suoi

movimenti più evidenti, mentre esegue il trucco di nascosto, producendo così l'effetto spettacolare e apparentemente magico" (Nardone, Watzlawick, 2010, p. 96).

Infine abbiamo **le prescrizioni paradossali**, le quali vengono date a pazienti poco collaborativi ed estremamente resistenti. Il terapeuta chiederà al paziente di compiere una serie di azioni dall'apparenza illogiche, spesso anche molto elaborate, di fronte alle quali il paziente si trova di stucco e spiazzato. Secondo Haley queste prescrizioni agiscono perché "Se si descrive il comportamento sintomatico come una modalità appresa dal paziente per limitare il comportamento degli altri, il fatto che il terapeuta glielo imponga gli impedisce di utilizzarlo in tal senso." (Jay Haley, 1974). Lo scopo è quindi di far assumere alla persona il controllo sul suo sintomo e non subirlo più in modo passivo. Come nel caso delle indirette, la resistenza viene evitata, quindi spesso esse vengono date nelle prime fasi della terapia quando il paziente non riesce ad essere ancora completamente collaborativo. Inoltre danno risultati enormi in breve tempo, rafforzando l'alleanza terapeutica e la motivazione.

Per capire meglio l'importanza e l'uso di una prescrizione paradossale in terapia, si riporta il caso riferito da Bandler e Grinder (in Watzlawick, 1980, p. 101) di una paziente il cui sintomo consisteva nell'incapacità di dire "NO". La signora stava partecipando a una seduta di gruppo e "il terapeuta le prescrisse il sintomo esortandola a negare qualcosa a ciascuno dei presenti. Fu presa dal panico e rifiutò di farlo: "No, mi è assolutamente impossibile dire di 'no' ad altre persone!". Il terapeuta insistette nella sua richiesta e la paziente rifiutava sempre più decisa e cocciuta. Solo dopo alcuni minuti di questa interazione si rese conto di aver negato qualcosa, senza che si

producessero conseguenze catastrofiche e che all'oggetto della negazione non era successo niente”.

In questo caso, la rottura del suo sistema disfunzionale è avvenuta grazie ad un doppio legame terapeutico: la paziente o diceva ‘no’ ai partecipanti o diceva ‘no’ al terapeuta. Qualsiasi cosa la paziente avesse scelto di fare avrebbe portato all’effetto desiderato.

Bisogna infine ricordare che non ci sono prescrizioni in assoluto più utili di altre né uno schema fisso del modo in cui vanno somministrate, tra indirette, dirette e paradossali. Capiteranno pazienti con cui già dalle prime sedute si possono usare prescrizioni dirette e altri con cui sarà impossibile. L’importante è rimanere sempre ben focalizzati sulla persona e non sul sintomo. Questo consentirà al trattamento di dare i risultati migliori .

4. Il linguaggio delle prescrizioni

Perché la prescrizione abbia effetto, oltre che una buona strutturazione, pianificazione e inserimento al punto giusto del processo terapeutico, è essenziale che sia assegnata con un corretto linguaggio e una precisa modalità di presentazione. Gli strategici integrati lo hanno appreso dal loro precursore Milton Erickson, che utilizzava, nelle sue terapie, induzioni indirette simili a quelle applicate nell’ipnosi, per poter far svolgere ai pazienti compiti anche apparentemente poco sensati o poco pertinenti con il problema riportato.

Erikson esortava i suoi allievi a *“parlare in modo lento, incisivo e significativo, e a "sentire" letteralmente in sé stessi, momento per momento, il pieno significato di ciò che si dice”* (M. Erikson, 1964)

Questo tipo di linguaggio, infatti, come abbiamo già visto, va a parlare, secondo la teoria dello split brain, non all'emisfero sinistro, quello razionale e logico che di solito utilizziamo per risolvere i problemi di ogni giorno ma che spesso è causa della permanenza o recrudescenza dei problemi del nostro paziente, ma all'emisfero destro, quello emozionale, intuitivo e creativo.

In esso noi troviamo le risorse del paziente, i ricordi che probabilmente non sapeva di avere, il suo potenziale massimo di autoguarigione.

“ Tali prescrizioni "devono essere ingiunte in un linguaggio lento e scandito, ripetendo varie volte l'ingiunzione, [...] come nell'induzione ipnotica, quanto più il terapeuta riesce a caricare di suggestione la prescrizione, tanto meglio questa sarà eseguita e maggiore sarà la sua efficacia" (G. Nardone, 1999) dice Nardone nel testo “L'arte del cambiamento”. Bisogna quindi essere estremamente precisi nell'impartire i comandi, senza aver paura di ripetizioni o ridondanze. Il paziente è spaventato, difeso e spesso si concentrerà solo su una parte delle istruzioni e tenderà a scotomizzarne un'altra o dirà la seduta successiva di non essere riuscito a svolgere appieno la prescrizione non avendola capita del tutto. E' importante, quindi, perché anche ciò risulti utile, essere sicuri di aver comunicato il tutto nel modo migliore possibile. Una prescrizione ben impartita e svolta solo a metà, infatti, ci dirà qual è la parte che il paziente trova più sgradevole e insostenibile, e questo sarà un indizio circa il suo funzionamento e le sue difese.

Per contro, una prescrizione eseguita correttamente dal paziente più ligio ma comunicata male potrebbe avere un risultato decisamente meno impattante rispetto ad una ben impartita e che sia andata ad evocare l'attivazione del suo emisfero destro.

Per poter predisporre il paziente a tutto ciò, ovviamente, sarà necessario creare un clima di complicità e accoglienza che favorirà l'affidamento della persona e l'istaurazione di un'alleanza terapeutica, *conditio sine qua non* affinché la terapia abbia una sua efficacia. E' quindi necessario che il terapeuta "parli il linguaggio del paziente", usando un registro che lui possa comprendere pienamente, che faccia suoi gli obiettivi e le motivazioni e che riesca a sentire pienamente le sue emozioni. Partendo dall'assunto di base della strategica, per cui una singola realtà non esiste, ma essa varia in base alla prospettiva da cui noi guardiamo il mondo, per poter entrare in contatto con l'altra persona diventa fondamentale far proprio il suo punto di vista e le sue modalità di rappresentazione della realtà che la circonda. Solo una volta entrati in quella prospettiva si potrà procedere a scardinarne le conflittualità che sono alla base della nascita del sintomo, e costruire insieme nuovi schemi, nuove strutture su cui basare il cambiamento terapeutico.

5. La restituzione

Oltre alla fase della strutturazione e della consegna della prescrizione, è fondamentale anche quella successiva ovvero quella della restituzione. In questa, infatti, il terapeuta ridefinisce gli scopi del compito che ha stabilito, ne consolida e rafforza i risultati, affinché il cambiamento abbia un valore prolungato nel tempo e non sia limitato allo spazio in cui la prescrizione viene eseguita.

La restituzione avviene generalmente nella seduta successiva alla somministrazione del compito. Si chiede al paziente innanzitutto se lo ha eseguito e poi di descrivere minuziosamente cosa ha fatto, cosa ha notato, le

emozioni che ha sentito e i cambiamenti che ha riscontrato in sé in quel momento o nei giorni successivi all'esecuzione. Può succedere che la prescrizione sia stata realizzata solo in parte o totalmente, o sia stata eseguita in modo diverso da quanto richiesto: anche in questo caso sarà importante indagare come e perché. Inoltre il paziente potrebbe dire di non aver capito, di aver dimenticato o, ancora, di non essere riuscito a portare a termine l'obiettivo perché sopraffatto da emozioni e paure.

“Ciascuna di queste opzioni rappresenta un passaggio importante per la prosecuzione del percorso, ma può trasformarsi in ostacolo se il terapeuta le ignora o le considera perturbanti il processo di cambiamento [...] In nessun caso il terapeuta può indulgere su un compito non eseguito, o eseguito parzialmente; infatti, il modo in cui il cliente utilizza le prescrizioni rispecchia il suo atteggiamento verso il terapeuta e verso l'efficacia della terapia” (Secci, 2005). E' importante che il terapeuta si domandi, inoltre, se ha scelto il tipo di prescrizione giusta e funzionale per quel determinato momento, se ha utilizzato un linguaggio sufficientemente suggestivo e persuasivo, o se è la persona che sta agendo il suo bisogno di controllare la relazione, screditando l'operato del terapeuta e dimostrando così che la terapia è inutile e non funziona.

Una prescrizione, anche eseguita parzialmente o non eseguita, può dirci cose importanti del processo cui il paziente sta andando incontro, dei suoi schemi e delle sue resistenze. Questo è un particolare da sottolineare e, proprio per questo, sarebbe sbagliato e controproducente accanirsi assegnando al paziente lo stesso compito per più settimane di seguito, finché non lo eseguirà come noi vogliamo. Una abilità essenziale da parte del terapeuta, per una corretta ristrutturazione dell'esito di una prescrizione, è saper leggere e tradurre su un piano metaforico le azioni svolte o non, dal paziente, sulla

base dei suoi schemi comportamentali, affettivi, relazionali e cognitivi, al fine di comprendere in modo profondo il perché del suo modo di gestire il compito. Ogni gesto, azione, comunicazione, contiene in sé la nostra storia, i nostri schemi, le nostre esperienze, i sentimenti più profondi: la capacità del “bravo terapeuta” è quella di riuscire a micro-evidenziarli e ad agire su questi ristrutturandoli. I nostri pazienti non sono consapevoli della complessità concentrata in ogni loro gesto, espressione, azione, qualunque cosa facciano, qualunque parola scelgano porta in sé la nostra storia. Quando, come terapeuti, riusciamo a tradurre questa complessità, comprendendo insieme al paziente i micro-schemi che in essa sono contenuti in modo da poter decidere di modificare quelli disfunzionali, abbiamo ristrutturato terapeuticamente e in modo profondo lo schema. Un paziente ossessivo potrà chiamarci per chiederci quanti grammi di quella tale cosa doveva inserire, oppure se i minuti erano cinque o sei, questo non significa che non vuole realizzare il compito: il modo in cui lo pensa, lo prepara, lo vive, lo realizza porterà con sé la sua ossessività. Un paziente contro-dipendente potrebbe cambiare le istruzioni, decidere di modificare i tempi di esecuzione o invertirli non perché non collabora ma perché quello che fa porta con sé quello che è profondamente.

Una ristrutturazione corretta di quanto avvenuto rafforzerà l'alleanza, riducendo “l'ansia da prestazione” del nostro paziente, sviluppando la sua motivazione al cambiamento.

La descrizione dell'esecuzione della prescrizione deve essere fatta con minuzia, chiedendo al paziente anche particolari apparentemente minimi. Ci potrà anche mostrare in alcuni casi il modo in cui l'ha eseguita, foto di oggetti che ha prodotto o in alcuni casi portarli direttamente in seduta. Si deve indagare il tutto come se lo vedessimo alla moviola, andando ad insistere su

cose che magari lui ha considerato irrilevanti ma che per noi potrebbero essere fortemente indicative del suo funzionamento.

Se la prescrizione è eseguita con successo, possiamo chiedere al paziente come si è sentito, che effetti ha provocato, per quale motivo pensa che noi abbiamo costruito quel compito proprio per lui. Può succedere anche che i risultati siano invece molto diversi da quelli attesi. In quel caso non significa che la prescrizione non abbia funzionato, visto che i risultati sono comunque stati prodotti, però bisogna indagare ciò che è successo, per attribuire insieme con il paziente, durante la seduta o nelle successive, un significato a quanto accaduto. Ciò al fine di pianificare le sedute successive nel modo più adatto e seguire il corso degli eventi senza per questo deragliare dal proprio piano di base. Quando invece la prescrizione produce gli effetti desiderati, è importante ridefinire il risultato e gratificare il paziente per le capacità dimostrate. “Egli va reso consapevole del fatto che i problemi che gli sembravano invincibili possono essere superati in modo agevole e che lui stesso l’ha dimostrato con le azioni eseguite” (Nardone, Watzlawick, 2010, p. 99).

Parte II
Esercizi e Prescrizioni

1. Prescrizioni dirette

1. Premessa

In questa seconda parte del libro, presenterò una serie di mie prescrizioni dirette, indirette e paradossali per specifici problemi. Nel corso di venti anni di attività clinica, ho seguito con discreto successo migliaia di casi clinici. Inoltre, insegnando da oltre quindici anni in diverse scuole di specializzazione per medici e psicologi ai fini della formazione in psicoterapia strategico-integrata, le prescrizioni che presento sono state utilizzate e verificate come estremamente utili nella pratica clinica da centinaia di psicoterapeuti “in erba”. Ho verificato, nel corso di questa lunga attività clinica e formativa l’efficacia di alcune prescrizioni che, a prescindere dal caso specifico, ottengono straordinari risultati in un ampio spettro di soggetti. Il presente prontuario vuole essere di aiuto ai giovani psicoterapeuti che non hanno ancora maturato la capacità e la destrezza a costruire prescrizioni “ad hoc” e possono quindi servirsi di tecniche maturate da terapeuti più esperti. Così come a psicoterapeuti di altri orientamenti che

vogliono spaziare tra i metodi e le tecniche terapeutiche e ampliare lo spettro di conoscenze e di opportunità per sbloccare, intervenire e modificare uno schema disfunzionale in modo strategico. Le prescrizioni che di seguito riporto e descrivo possono essere utilizzate per un'ampia e diffusa domanda clinica.

2. Errare humanum est

Tipo: diretto

Tipologia di pazienti

Questo tipo di prescrizioni si utilizza con pazienti molto rigidi, controllanti, performanti, perfezionisti. Soggetti che tendono all'ansia e alla fobia sociale; soggetti che tendono a ipervalutare l'importanza del giudizio degli altri sulla propria vita.

Istruzioni

Diremo: "Voglio che da qui alla prossima settimana, almeno una volta al giorno, dica una cosa sbagliata con chiunque, lei voglia. Cioè deve dire di proposito uno strafalcione, fare degli errori grammaticali (fare degli esempi: la scoperta dell'America è avvenuta nel 1592, ecc.) e se qualcuno la corregge deve fingere che lei non sapeva di aver sbagliato, cioè farà la faccia perplessa (lascerà nel dubbio l'interlocutore sulla natura dello sbaglio, se involontario o intenzionale)". La settimana successiva si esplora quanto successo con domande tipo: "Con chi si è concesso l'errore, un familiare o un estraneo?", "Che tipo di errore ha messo in atto?", "Che effetto ha fatto agli altri quando lei ha sbagliato?" "Come si è sentito?", "Come ha reagito e cosa si aspettava?".

Obiettivi

Questa prescrizione ha la finalità di ridimensionare la paura di sbagliare, aiuta le persone che sentono l'errore come qualcosa di minaccioso ad affrontare il rischio in modo "calcolato" e "intenzionale". Si ridimensiona il panico associato allo sbaglio, associando l'errore al controllo. S'insegna, infatti, alla persona a esercitare un controllo sull'errore e a divertirsi sui suoi stessi "strafalcioni". Quello che il paziente sperimenta è che sbagliare non produce nessuna catastrofe e addirittura molte persone neanche se ne accorgono. L'esperienza di sbagliare volontariamente mette il paziente al riparo dalla sensazione d'inadeguatezza. Inoltre allo sbaglio si associa il divertimento, perché un soggetto molto performante e perfezionista si sente molto buffo a far credere di non sapere coniugare un congiuntivo.

2. La strega

Tipo: diretto

Tipologia di pazienti

Questa prescrizione si utilizza con pazienti eccessivamente compiacenti, timorosi di contraddire gli altri; soggetti con grandi difficoltà a esprimere la propria personalità e la propria aggressività. Pazienti controllati e diplomatici, con difficoltà ad essere autentici e con conseguenti sintomatologie connesse (colite spastica, attacchi di panico, stati ansiosi, somatizzazioni varie, ecc.).

Istruzioni

Diremo: "Voglio che da qui alla prossima settimana, lei faccia, una volta al giorno, con chiunque lei voglia, purché sia un estraneo che non ha mai visto

e che presumibilmente non vedrà mai più, la parte della “strega” (fare molti esempi; “tipo andare al supermercato e lamentarsi della lentezza delle casse; oppure al banco del pane chiederà prima le rosette poi si corregge e chiede i panini di soia poi si corregge e chiede i panini di segale; o ancora chiede al banco salume l’unico tipo che manca, lamentandosi dello scarso rifornimento; oppure andrà nel negozio di abbigliamento, vedrà cento cose e poi va via con la formula “ci penso un po”). Lei dovrà dire o fare qualcosa di antipatico, tanto che l’altro dovrà pensare “questa/o è proprio insopportabile!”.

Obiettivi

Questa prescrizione è simile a quelle delle marachelle ma più diretta. Serve per imparare a essere meno compiacenti, adattivi, trasparenti, sperando così di garantirsi il favore degli altri mentre si collezionano solo delusioni e amarezze. Aiuta a mostrare maggiore aggressività e ad affermare maggiormente se stessi; siamo amabili, anche se a volte diciamo simbolicamente “NO”. Serve ad imparare a convivere con l’idea che non succede nulla di grave, se ci s’impone per le proprie idee, per le proprie scelte o per quello che si vuole. S’impara a smettere di essere sempre quelli troppo buoni e carini per farsi accettare. S’insegna alla persona che può essere accettata, anche se mostra le sue parti meno accettabili e i suoi limiti.

4. Buona la prima

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Questa prescrizione in genere viene data a quelle persone particolarmente cervelotiche, in continua ruminazione mentale. In particolare, il riferimento è a quelle persone che tendono al pensiero controfattuale, cioè quel tipo di pensiero che si insinua per cui, la scelta fatta è sempre quella sbagliata mentre, ad essere giusta, è quella mancata.

Istruzioni

Diremo: “Voglio che da qui alla prossima settimana, una volta al giorno, lei risponda, relativamente a qualsiasi domanda e/o invito le venga posto, per cui l’ordine di scelta è, sì o no (ad esempio ti va un caffè? fumiamo una sigaretta? vieni a pranzo con noi? oggi torni a casa per la pausa?) sceglierà la prima cosa che le viene in mente, senza valutarla. Farà quanto avrà scelto indipendentemente da quanto, in un pensiero successivo, avrà ritenuto la risposta data la migliore oppure no. Ad esempio, se alla domanda “prendi un caffè?” risponderà istintivamente di sì anche se il caffè la rende nervosa, sa che è mezzogiorno e tra poco deve mangiare, ecc., avendo già risposto con un sì, dovrà andare a berlo. Farà questo una volta al giorno relativamente ad una sola tra tutte le domande, anche di ordine banale, che le verranno poste.”

Obiettivi

Allenare queste persone a scegliere in modo più semplice, senza un eccessivo investimento emotivo e ruminazione mentale. Non tutte le scelte hanno bisogno dello stesso tipo e tempo di valutazione, esistono, infatti, decisioni importanti della nostra vita, per le quali fermarsi, prendersi del tempo e valutare pro e contro è doveroso; mentre per tutte le altre situazioni banali e/o ordinarie, un’eccessiva riflessione produce solo stress e dispendio di energie che, come risultato, portano alla paralisi. Sbloccare lo schema ruminante del pensare e ripensare alla scelta fatta, vuol dire abituare queste

persone all'idea che, per quanto la risposta data sia ritenuta giusta o sbagliata, ci saranno altre possibilità per rimediare. Inoltre, quella risposta sarà comunque la migliore possibile se ci aiuta ad interrompere il processo vizioso del pensiero controfattuale. Tutto ciò consentirà a questi soggetti di risparmiare una quota consistente di energie da investire in modo più utile e produttivo nella propria vita. Le persone verranno addestrate a fare propria l'esperienza che qualunque errore si sia commesso non è capitale.

5. Il Libretto degli orrori

Tipo: diretta

Tipologia: questa prescrizione viene utilizzata con pazienti rigidi e coartati emotivamente. Soggetti che hanno una profonda difficoltà a riconoscere ed esprimere le emozioni, in particolare quelle negative (rabbia, aggressività, dolore, disgusto). Pazienti molto formali, con la tendenza ad una immagine sociale molto rigida, dominati da una forte paura del giudizio e da un profondo senso di colpa.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che da qui alla prossima settimana scrivesse su un “libretto”, tutto quello che ricorda di aver fatto, subito o visto che si possa definire “orribile” e di cui si vergogna”. Scriverà tutto quello che le verrà in mente, ad esempio quando ha rotto il vaso di cristallo di sua madre dando la colpa a sua sorella oppure quando ha tradito la sua ragazza senza mai rivelarglielo, ecc. Quando verrà in seduta potrà scegliere se leggere lei stesso quanto avrà scritto, oppure se lasciare a me il libretto affinché io lo legga in separata sede”.

Obiettivi

Il paziente attraverso questa prescrizione sarà incoraggiato a contattare la propria zona d'ombra, potrà esplorarla, descriverla e comunicarla superando il senso di colpa che attribuisce ad ogni suo errore. Ciò gli permetterà di non vivere più come un dramma i suoi limiti e le sue emozioni negative, attivando un cambiamento terapeutico. Una differenza va fatta in merito alla raccolta della prescrizione agita e al modo in cui sceglierà di riferirla al terapeuta:

1. se il paziente sceglierà di leggere il contenuto del libretto al terapeuta, sarà il segnale che questi è ancora nel circolo del controllo e del senso di colpa benchè manifesti una fiducia nel terapeuta e una concreta disponibilità al cambiamento;
2. se il paziente chiederà al terapeuta di leggere il contenuto del libretto, sarà il segnale di una buona relazione terapeutica, di piena fiducia e di percezione di non giudizio. Tutto ciò farà presumere di essere a buon punto nel processo terapeutico e nel raggiungimento degli obiettivi prefissati.
3. Se il paziente sceglierà di lasciare il libretto al terapeuta chiedendogli di leggerlo in sua assenza, farà presumere la sua difficoltà ad una piena condivisione, vis à vis, dei contenuti oscuri legati alle emozioni negative. Tale comportamento implica un sentimento di vergogna e colpa non ancora superato, sebbene contattato e su cui il terapeuta dovrà concentrarsi.
4. Se il paziente non lascerà il libretto al terapeuta, né sarà disposto a leggerne il contenuto in sua presenza, segnalerà un'importante chiusura nella relazione terapeutica sulla quale si dovrà lavorare

ulteriormente. Allo stesso tempo il fatto di aver potuto scrivere, ancorando ad un oggetto esterno (il libretto), ciò che prima era inaccessibile e incommunicabile, anche a se stesso, rappresenta un passo da non sottovalutare in direzione di un processo di cambiamento.

6. Il funerale dei miei

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Questa prescrizione è per quei pazienti che non riescono a svincolarsi dalle figure d'origine. Persone che non si sentono in grado di riuscire a condurre la propria esistenza senza la presenza dei propri genitori. Soggetti ancora incompiuti e immaturi sul piano affettivo e relazionale, incapaci di avere autonomia nelle scelte della propria vita. In sostanza, per nascere, in qualche modo è necessario “uccidere” simbolicamente la propria origine.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che da qui alla prossima settimana, lei si prendesse tutta la calma che le necessita per immaginare e poi descrivere, per iscritto, nei minimi dettagli la morte dei suoi genitori. Proprio come secondo lei potrebbe avvenire. Chi dei due genitori per primo morirebbe? A causa di cosa o per quale motivo? Dove si troverebbe lei in quel momento? Quali pensieri la attraverserebbero? Chi sarebbe la prima persona con cui parlerebbe? Quale sarebbe la prima cosa che farebbe? Si rappresenti il saluto, con suo padre o con sua madre. Mentalizzi il funerale: quindi, chi ci sarà? Come si svolgerà? Dove verranno seppelliti? Come si sentirà lei? Descriva nei minimi dettagli

tutti questi aspetti, lo faccia anche in più riprese se non riesce a farlo in un'unica volta. Dopo che lo avrà scritto, non lo rilegga, e lo porti con sé la prossima volta che ci vediamo”.

Obiettivi

Il paziente, quando lo riporterà in terapia, ci racconterà di un carico emotivo enorme e difficile per il quale potrebbe essere complicato riuscire a leggerlo in seduta. Potrebbe capitare che il paziente chieda al terapeuta di leggerlo a voce alta oppure per conto proprio. Senza dubbio per ognuna di queste situazioni, da quel momento in poi, la persona che ha potuto connettersi così profondamente ed in modo così preciso e dettagliato a tutti i passaggi, farà, suo malgrado, un lavoro importante sull'evoluzione di sé. Il fatto stesso di accettare di eseguire questo compito e metterlo nero su bianco, ha di per sé un grande valore emancipante.

L'immaginazione ha un potere straordinario per veicolare le nostre future competenze e abilità, esercitare la mente a contattare un contenuto difficile ci rende più pronti all'occorrenza.

7. Il block notes dei complimenti

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Pazienti con autostima carente e auto svalutanti, che fondano la propria vita sul principio del bicchiere “mezzo vuoto”.

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla prossima volta che ci vediamo, le suggerisco di prendere un block notes e trascrivere tutti i

complimenti/gratificazioni/elogi/successi che ricorda della sua vita fino ad oggi. Ad esempio: la maestra che all'asilo mostrò il suo disegno alla classe; la bambina che alle elementari le disse che era stato bravo; il nonno che le diceva sempre che aveva un bel sorriso; l'esame all'università in cui riuscì meglio di tutti. Insomma, raccolga, con certissima pazienza, le sue memorie riguardo ai complimenti ricevuti e le metta nero su bianco. Poi continui a farlo ogni giorno raccogliendo ogni piccolo complimento o gratificazione che riceve, provi a essere attento a tutti i segnali anche la ragazza carina che le sorride in tram”.

Obiettivi

Ricordare al paziente quanto vale non in modo lezioso o fasullo ma attraverso la giusta considerazione dei messaggi che gli inviano le persone intorno a lui. Il principio cui obbedisce questa prescrizione è quello secondo il quale le persone tendono a ricordare e dare valore alle critiche, ai fallimenti e ai giudizi negativi ricevuti e a non prestare la stessa attenzione, invece, alle gratificazioni. E' un allenamento al “mezzo pieno”, a tenere conto del positivo come del negativo ed imparare a cercarlo con attenzione proprio nei momenti più difficili. Ognuno di noi ha ricevuto delle critiche ma anche delle lodi, si tratta di una scelta di campo fondare la propria vita sul ricordo delle une o delle altre. Questa prescrizione allena il paziente a ripristinare un equilibrio tra queste parti ed elicitarne un pensiero positivo ed ottimistico circa sé stesso.

8. Desidera

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno difficoltà a concedersi momenti per sé stessi, che desiderano poco, che non hanno alcun allenamento a individuare ciò che vogliono nella propria vita, sia a livello superficiale che profondo. Persone che non hanno mai orientato la loro vita in base ai propri bisogni ma solo al dovere e alle aspettative degli altri. Soggetti cresciuti con l'idea che i propri desideri siano un lusso da non potersi mai concedere.

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla prossima volta che ci vediamo le chiedo, una volta al giorno, per ogni giorno della settimana, di fermarsi e chiedere a sé stesso: “Cosa desidero in questo momento?”. Potrà risponderci in qualunque modo con cose concrete tipo un caffè, un panino, un cioccolatino ma anche astratte tipo una pausa, una vacanza, oppure una fantasia, ad esempio stare su un'amaca, o su una isola deserta, o sotto il suo piumone. Non è importante che sia realizzabile o no, concreta o no ma solo che lei si eserciti a chiedersi cosa desidera, e si risponda come le suggerisce la sua mente. Dovrà quindi portare in seduta un desiderio almeno per ogni giorno. Nella restituzione si valuta se i suoi desideri sono concreti o eccessivamente utopici, se è qualcosa di difficile da attuare o è facilmente realizzabile. In quest'ultimo caso si indaga anche qualora il desiderio sia stato concretizzato o meno e sui motivi di quest'eventuale rinuncia”.

Obiettivi

Attraverso questo esercizio si potrà riscontrare che il paziente verifichi quanto sia difficile per lui, pur essendo “autorizzato” a farlo, desiderare. Il paziente avrà una percezione importante del grado di inibizione nell'ascoltare sé stesso e i propri bisogni. Ciò lo aiuterà a comprendere che il senso dell'infelicità della sua vita attuale, è il risultato dell'esclusiva

tendenza a fare ciò che gli altri si aspettano da lui senza aver mai compreso ciò che lui vuole veramente. Questa importante esperienza sarà una spinta forte per il paziente a collaborare con il terapeuta per cambiare prospettiva.

9. Specchio delle mie brame

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Persone che hanno una scarsa conoscenza di sé e un'identità ancora poco definita; persone poco concentrate sui propri bisogni.

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla prossima settimana, per 5 minuti al giorno dovrà mettersi davanti ad uno specchio e fissare il suo sguardo. Si concentri solo ed esclusivamente sullo sguardo, quindi eviti di guardarsi il naso, il mento, la fronte, la bocca o quant'altro ma si sforzi per 5 minuti di guardarsi fisso negli occhi. Trascorsi i 5 minuti trascriva ciò che ha visto, provato e pensato”.

Obiettivi

Aumentare il grado di introspezione. Sviluppare una coscienza di sé. Definirsi. Spesso le persone adulte, che non hanno ancora maturato una teoria su sé stessi, hanno dedicato la loro attenzione fuori di sé, agli altri che li circondano, alle loro aspettative e bisogni. Tutto ciò li ha resi fragili e poco consapevoli. Spingere il paziente a concentrarsi su sé stesso è il primo passo per aiutarlo a stabilire un contatto più diretto e magari nel tempo più intimo. Questa prescrizione aiuta i pazienti ad utilizzare per sé stessi lo schema adottato, fino a quel momento, per gli altri così da diventare, finalmente, soggetto e oggetto del proprio sguardo.

10. Una quota d'amore

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Care giver di persone malate, uomini e donne che trascurano sé stessi in favore di figli, fratelli, genitori o degli altri in generale.

Istruzioni

Diremo: “Le consiglio, anzi le prescrivo, di destinare una quota d'amore, almeno il 33% anche a sé stessa, una volta al giorno, per tutta la vita”.

Obiettivi

Ricordare in modo ironico al paziente di prendere uno spazio anche per sé e non lasciarsi schiacciare dai bisogni degli altri. Spesso i caregivers sono persone con un forte senso del dovere, che tendono ad occuparsi dei bisogni degli altri trascurando i propri. Occuparsi dei propri bisogni è, per loro, fonte di sensi di colpa pertanto, dare loro il compito, per essere “adeguati”, di occuparsi di sé stessi, almeno in parte, li legittima a farlo senza sentirsi in colpa. Mentre il non farlo, per paradosso, li farebbe sentire inadeguati ed inadempienti rispetto alla relazione con il terapeuta.

11. Il romanzo della storia d'amore

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Persone con una dipendenza affettiva che arrivano in terapia perché incastrati in una relazione dalla quale vorrebbero uscire ma non riescono a farlo. Persone che, in seguito alla chiusura di una storia, non riescono a superare la

separazione ed andare avanti con la propria vita. In particolare sono quelle persone che continuano a ricordare, a rivivere, a rimuginare sulla storia, investendo moltissimo dello spazio terapeutico a raccontare eventi ed episodi che riguardano il passato invece di lavorare al cambiamento del presente. Persone che investono lo spazio terapeutico con eccessiva dovizia di particolari riguardanti la loro storia d'amore escludendo, in fondo, da questa relazione morbosa con il partner o l'ex partner, proprio il terapeuta. Il terapeuta rischia di diventare, infatti, un osservatore, un ascoltatore passivo al punto che al suo posto potrebbe esserci anche un cartonato. Per uscire dall'impasse dato dal bisogno spasmodico di raccontare al terapeuta qualunque elemento e potersi concentrare sugli obiettivi terapeutici, daremo questa prescrizione.

Istruzioni

Diremo: "Scriva e racconti con tutta la dovizia di particolari e per tutto il tempo che le serve, quindi anche al di là della prossima seduta, tutto quello che riguarda questa storia. Potrà consegnarla anche a capitoli di settimana in settimana, io dedicherò e presterò a questo romanzo tutta l'attenzione che merita. Investirà, semmai, lo spazio della terapia per raccontare che effetto le ha fatto scrivere il romanzo e ancorare la storia, quindi, ad un oggetto esterno (quaderno), piuttosto che portarla continuamente all'interno dello spazio terapeutico".

Obiettivi

Cercare di ridurre l'investimento del racconto fine a sé stesso, spesso ruminante ed anche estenuante per il terapeuta. Accogliere il bisogno del paziente di soffermarsi sui dettagli della storia, garantendogli che verrà dedicato un tempo e uno studio al suo lavoro scritto, ma separatamente dalla seduta terapeutica, in modo da restituire a quest'ultima più possibilità di

manovra e di intervento. Inoltre, chiedere al paziente di scrivere il “romanzo” della sua storia, gli consente di elaborare e prendere distanza dal dolore della separazione. Utilizzare il mezzo scritto e l’ancoraggio esterno (quaderno-pc) consente di accedere a dimensioni più cognitive diversamente da quelle viscerali che hanno dominato il paziente fino a quel momento. Sarà come dare alla storia una nuova narrazione e una nuova semantica.

12. Lo shopping immaginario

Tipo: diretta

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno scarsa dimestichezza con i propri bisogni e desideri. Soggetti non abituati a sognare, con una profonda inibizione del desiderio.

Istruzioni

Diremo: “Durante la settimana dovrà scegliere una rivista, un periodico settimanale o mensile che può essere di moda, di design purchè contenga molte pubblicità, quindi dovrà sfogliarla scegliendo e contrassegnando a penna gli oggetti che le piacciono per “comprarli idealmente”. Può comprarli per sé stesso o per pensarli come regali per qualcuno. Ovviamente è tutto nella sua fantasia e non lo dovrà poi acquistare realmente. La prossima volta che ci vediamo porterà la rivista su cui avrà fatto delle croci in corrispondenza degli oggetti acquistati”.

Obiettivi

Allenare le persone a scegliere tra tutte le offerte possibili quello che fa per loro, che sentono adatto o gradevole. Regalarsi qualsiasi cosa senza pensare troppo al costo, all’opportunità, all’utilizzo, alla reale necessità ma solo in

funzione del piacere e della gratificazione personale. Esercitarsi attraverso la fantasia a desiderare senza conseguenze e senza sensi di colpa. Qualora il paziente non riuscisse a scegliere abbastanza oggetti, aiutarlo a riflettere su quanto sia forte e radicata la sua inibizione al desiderio anche quando autorizzato e del tutto innocuo.

13. Lo shopping per me

Tipo: diretta / per coppie

Tipologia di pazienti

Coppie di pazienti che hanno difficoltà di comunicazione e/o di reciproca conoscenza (genitore e figlio, fidanzati, coniugi).

Istruzioni

Diremo: “Voglio che da qui alla prossima settimana lei vada con sua madre (fidanzato, marito, ecc) due volte in giro per negozi che vi fermiate davanti ad una vetrina qualsiasi di abbigliamento o elettronica o gioielleria. Una volta davanti alla vetrina, guardate la merce esposta con il compito di individuare quello che sceglierebbe il partner per i suoi gusti. Direte proprio: tu secondo me sceglieresti ...

Anche il partner farà poi lo stesso con noi. Alla fine dell'esercizio ognuno dirà all'altro quali oggetti effettivamente avrebbe scelto e quali no”.

Obiettivi

Passare del tempo insieme e sperimentare il grado di conoscenza dei gusti dell'altro con la possibilità di un confronto reciproco. In caso di errore circa la nostra idea dei gusti del nostro partner, poter imparare in modo bonario e innocuo cosa piace o no a chi amiamo.

5. Prescrizioni indirette

1. Prescrizione della vasca da bagno

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti: tutti

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla settimana prossima lei farà un bagno secondo le modalità che le dirò. Innanzitutto, dovrà avere a disposizione 30 minuti da dedicare all’esercizio, quindi scelga un momento della giornata in cui non ha fretta. Dovrà essere un momento “investito” e non “ricavato”. Un tempo da dedicarsi con tranquillità, senza essere disturbato o interrotto (quindi ad es. se ha figli, farlo quando non sono in casa o sono a dormire). Riempirà la vasca con acqua ben calda. Può allestire il bagno come vuole, nel modo che sia rilassante con luce accesa o soffusa, candele o no, l’importante è che ci sia silenzio e senza musica. Poi dovrà scegliere di mettere nell’acqua dei sali da bagno oppure 1 kilo di sale grosso, poi un olio profumato o qualche goccia di profumo da lei gradito e infine 3 cucchiaini di bicarbonato. Dopodichè lei si immergerà in quest’ordine: per cinque minuti lei immergerà tutto il corpo

nell'acqua lasciando fuori solo la testa (dal collo in su). In questo tempo lei "registrerà" tutto quello che sperimenterà o non sperimenterà dal punto di vista cognitivo, emotivo e/o corporeo (pensieri, sensazioni, immagini, ricordi o anche nessuna sensazione). Dopo si immergerà lasciando fuori solo l'ovale del viso. Anche in questo caso voglio che lei ricordi tutto quello che sperimenta (idee, sensazioni... o anche il nulla). Questo per due minuti e mezzo. Dopodiché lei farà un ultimo passaggio, si immergerà completamente, mettendo la testa sotto l'acqua per il tempo che può tollerare (un secondo, un minuto...). Anche qui registrerà tutto quello che sente. Dopo si alzerà lentamente, perché il caldo può averle abbassato la pressione, e si asciugherà con cura. E' un momento delicato, quindi è bene che lo faccia con molta calma e può a suo piacere mettersi una crema o un olio, come preferisce".

Obiettivi

La prescrizione della vasca, già trattata nel testo "Psicoterapia strategico integrata" è indubbiamente una delle prescrizioni più potenti, che riporta il paziente a una condizione ancestrale, permettendogli così di indagare sue strutture inconse profonde (Celia, 2016).

Il substrato teorico consta nel riportare il paziente verso una condizione di vulnerabilità e perdita di controllo, che rimanda a quella che la persona vive nella fase primordiale della sua vita nell'utero materno nuotando nel liquido amniotico. Tutto ciò porta alla luce paure ataviche, questioni irrisolte, nodi profondi spesso mai affrontati a livello cosciente.

Il potere dell'acqua è noto da sempre nella medicina e nella psicologia. Carl Gustav Jung, ad esempio, ritorna spesso sulla simbologia legata a quest'elemento: "L'acqua in tutte le sue forme – in quanto mare, lago, fiume, fonte, ecc. – è una delle tipizzazioni più ricorrenti dell'inconscio, così come

essa è anche la femminilità lunare che è l'aspetto più intimamente connesso con l'acqua" (C.G. Jung, 1955-1956). La prescrizione della vasca si divide in tre momenti, che possiamo ricollegare all'Io, al Super Io e all'Es. Infatti, con i passaggi immersivi il paziente rivive in modo estremamente corporeo e sulla sua pelle il rapporto con il proprio conscio, inconscio e preconsciouso. Questa prescrizione, data nelle fasi iniziali della psicoterapia, può portare a galla emozioni, sensazioni e problematiche che altrimenti si arriverebbe a capire molto dopo nel percorso. Silenziando la componente cognitiva e razionale e la resistenza esercitata dalla ricerca eccessiva di controllo del paziente, infatti, ciò che è sotto può venire scoperto e raggiunto più rapidamente.

2. Doppio disegno

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti: tutti

Istruzioni

Diremo: "Vorrei che per la prossima volta tu facessi un disegno, secondo le tue possibilità e capacità, che descriva come sei o ti immagini in questo momento, all'inizio di questa terapia, e uno che rappresenti come vorresti essere alla fine di questo percorso. Ti puoi rappresentare nel luogo che preferisci e nel modo che preferisci, usando qualsiasi simbolo o forma ti venga in mente, anche in chiave totalmente metaforica."

Obiettivi

La prescrizione del doppio disegno può essere considerata un termometro terapeutico. Si può dare alle prime sedute per avere una chiave metaforica

istantanea degli obiettivi, o successivamente per valutare l'insight della persona. Fornisce molte informazioni su come la persona si vede, su quanto siano elevati i suoi standard o utopico il suo obiettivo.

La prescrizione del doppio disegno fonda le sue radici sulla teoria dello "split brain", che prende il nome da un articolo pubblicato sul famoso giornale internazionale "Nature", "The split brain, a tale of two halves" (Wolman, 2012). La teoria, in realtà è molto più antica: ne parlavano già i medici ellenici nel IV secolo a.C. anche se le prime ricerche scientifiche vere e proprie vennero fatte nel XIX secolo ad opera di Paul Broca, uno dei più illustri precursori nell'identificazione delle varie aree di competenza cerebrale. Ovviamente con l'avvento delle tecniche sempre più sofisticate di imaging funzionale, le scoperte sono grandemente aumentate e sono tutt'ora in fase di definizione. Secondo questa teoria, l'emisfero sinistro cerebrale è quello più cognitivo, razionale, deputato alla processazione del pensiero logico matematico, mentre quello destro è più artistico e creativo. Andare quindi a chiedere a un paziente informazioni in modo verbale lo spinge ad utilizzare l'emisfero sinistro, andarle a prendere, invece, ricorrendo a metodi diversi, metaforici, quali il disegno, la musica o quant'altro spinge all'attivazione dell'emisfero destro che, non seguendo una logica lineare, comprende più profondamente l'origine di sintomi nevrotici che per loro stessa definizione non sono lineari. Oltre a questo, l'attivazione dell'area destra cerebrale è già in gran parte curativa in quanto il silenziamento dei processi di cognitivizzazione, che rappresentano per l'individuo una delle forme primarie di tentata soluzione, lo porta naturalmente a cercare nuove logiche e nuovi schemi attraverso cui inquadrare il problema.

3. Dalla parte del paziente

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti molto criticanti o molto lamentosi, che sembrano incapaci di insight, resistenti alle ristrutturazioni del terapeuta.

Istruzioni

Questo esercizio viene proposto durante la seduta terapeutica.

Diremo: “Ora facciamo un esercizio, lei si siederà sulla mia sedia e reciterà la mia parte e io farò la sua. A questo punto il terapeuta imiterà, quanto più possibile nel dettaglio, la postura, la gestualità, la voce, i contenuti che solitamente il paziente utilizza in terapia cercando anche di riprodurre lo stile di relazione che il paziente intesse con lui anche in modo un po' grottesco ed esagerato. Allo stesso tempo dovrà chiedere al paziente di imitare il terapeuta nel miglior modo in cui riesce”.

Obiettivi

Permette al paziente di vedersi rispecchiato nei suoi schemi relazionali e comunicativi, e di sperimentare l'effetto che fa sugli altri il suo modo di essere. Spesso mettiamo in atto modalità espressive di cui non siamo consapevoli, veri e propri schemi automatici intra ed interpersonali di comportamento; vederli agiti attraverso una figura/osservatore neutro che li riproduce per mostrarceli, ha un impatto emotivo e di insight molto potente. Inoltre, questo esercizio dà al terapeuta un importante feedback di come il paziente si rappresenti la sua figura e la sua persona e, anche questo, diventa uno spunto significativo per il lavoro già compiuto e ancora da compiere.

4. Palloncini ad acqua

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti ancorati al passato o ad esperienze dolorose del presente, che hanno difficoltà a lasciare andare. Soggetti che non riescono a focalizzare il problema che li affligge con correttezza. Serve anche per persone che non hanno mai sperimentato leggerezza o fatto marachelle e piccoli scherzi.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che, da qui alla prossima settimana, lei comprasse una busta di palloncini ad acqua, può sceglierne il colore e la forma. Poi per almeno 2 o 3 volte nella prossima settimana dovrà riempire questi palloncini con dell’acqua, chiuderli con un nodo stretto e, di notte, quando è sicuro che non ci sia qualcuno per strada, dovrà buttarli giù dalla finestra o dal balcone. Dopo aver buttato giù ogni palloncino, dovrà rimanere in ascolto, sentire con attenzione il “plof” che farà rompendosi sull’asfalto, sintonizzarsi con le sensazioni che prova nel lanciarlo”.

Obiettivi

La prescrizione è volta a far liberare il paziente di una determinata “zavorra”. In maniera simbolica si butta via un peso che ci si porta dentro, magari anche da molto tempo. E’ molto importante durante la ristrutturazione indagare bene di cosa la persona si stesse liberando in quel momento della sua vita. La prescrizione, oltre allo scopo diagnostico evidente, ha un valore terapeutico importante. Attraverso questa il paziente sperimenta una certa dose di leggerezza, di gioco, la sensazione di fare qualcosa di “proibito”, senza essere visto, come quando si è bambini.

5. Dorian Grey

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Per persone che hanno un'immagine sociale molto curata, con tratti narcisistici di personalità. Persone che si mostrano socievoli, positive, performanti ma hanno un vissuto di profonda solitudine affettiva e relazionale.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che da qui alla prossima volta lei disegnasse sé stesso non per come si mostra nella dimensione migliore agli altri, ma per come si ritiene realmente. Oppure rintracciasse un'immagine (in una rivista o in un quadro o in una scultura o in un oggetto) che la rappresenti per come si sente e vede realmente dentro”.

Obiettivi

I pazienti, pur mostrandosi molto positivi all'esterno, hanno un'immagine di sé spesso profondamente negativa che tengono nascosta. Questa duplice esperienza di sé non gli consente di costruire relazioni profonde. Il rischio che sentono di correre è che qualcuno, avvicinandosi troppo, possa svelare la loro vera natura. E' una prescrizione che può essere data anche ai dismorfofobici, a pazienti con disturbi del comportamento alimentare o ad adolescenti con complessi e basso senso di autostima. Aiuta a identificare le loro paure profonde e l'immagine vera che hanno di loro stessi.

6. Le Marachelle

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Questa prescrizione si utilizza con un ampio spettro di pazienti: ansiosi, controllati, ossessivi, troppo preoccupati del giudizio degli altri, con sintomatologie somatiche, con tratti depressivi, con bassa autostima, con blocchi nelle scelte o esistenziali.

Istruzioni

Diremo: “Voglio che da qui alla prossima settimana lei almeno una volta al giorno faccia una marachella, sa tipo quelle che fanno i ragazzini? (Fare molti esempi, come suonare a un citofono e scappare via, nascondere un oggetto alla/o compagna/o; scherzi telefonici). Anche più di una al giorno va bene, ma non meno di una”. Si chiede: “Lei da ragazzino ha mai fatto qualche marachella, dispetto o scherzetto?”.

Si accompagna la presentazione di questa prescrizione con aria divertita e goliardica.

Obiettivi

L'idea della marachella deve far pensare al paziente che serva solo per alleggerire e divertire, invece serve anche per slatentizzare qualcosa di più profondo, vale a dire la componente aggressiva. L'obiettivo è quello di far trovare un equilibrio tra parti buone e cattive, tra parte cognitiva ed emotiva. Tra le finalità vi è anche di perlustrare la parte più amena, emozionale, leggera del soggetto, al fine di aiutarlo a riscoprire, o in alcuni casi scoprire ex-novo, questa parte di sé, da mettere in equilibrio con quella più razionale, matura e responsabile. Noi aiutiamo i pazienti non solo a risolvere le patologie e/o i sintomi ma a recuperare benessere e il piacere per la vita.

7. Lasciarsi andare

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti iper-controllanti, ansiosi, razionali, con difficoltà nel lasciarsi andare.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei, da qui alla prossima settimana, che ogni giorno si mettesse ai piedi del suo letto di spalle, con i polpacci appoggiati al materasso e si lasciasse andare all’indietro, con tutto il suo peso, fino a lasciarsi cadere sul letto. Si osservi mentre lo fa e lavori per consentirsi un abbandono sempre più libero.”

Obiettivi

Far sperimentare al paziente, in un contesto sicuro in cui non si sentirà invaso o minacciato, la perdita di controllo. Per i pazienti rigidi e iper-controllanti è molto difficile immaginare esperienze di abbandono. Questa semplice e sicura prescrizione, per altro agita sul loro stesso letto, li aiuterà a sperimentare quanto, anche in condizioni così protette, lasciarsi andare sia complesso. Questi pazienti saranno padroni di ridurre progressivamente l’inibizione al lancio fino ad arrivare a sperimentare il piacere e la leggerezza del lasciarsi andare. Poterlo fare in modo autonomo, con i propri tempi e nei propri spazi, potrà consentirgli di mutuare questa esperienza anche in altre sfere della propria vita.

8. La posizione del letto

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno difficoltà nel cambiamento o a fare scelte importanti nella propria vita.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che per la prossima settimana lei invertisse la posizione in cui dorme nel suo letto. Vorrei quindi che lei mettesse i piedi dove ora c’è il cuscino e mettesse la testa dove ha i piedi. Dorma in questo modo e registri tutto quello che succede. La settimana successiva dovrà invertire la posizione di tutti i mobili che ha possibilità di spostare nella sua camera”.

Obiettivi

Far vivere al paziente in chiave metaforica ma allo stesso tempo tangibile, un cambio di prospettiva vero e proprio. Il cambiamento è spesso percepito dai pazienti come qualcosa di desiderato ma anche temuto. Esso è spesso rappresentato come qualcosa di ignoto e, in quanto tale, temibile e stravolgente. Oppure viene immaginato in modo magico e poco concreto. Questa prescrizione aiuta a sperimentare la possibilità di essere attivi nella costruzione del cambiamento rimanendo nel proprio ambiente e tra le proprie cose. Cambiando la prospettiva e l’angolazione, le stesse cose vengono vissute in modo significativamente diverso. Grandi cambiamenti si agiscono attraverso piccoli passi e semplici azioni.

9. Come Leopardi

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti depressi, con scarsa autostima e basso tono dell’umore.

Istruzioni

Si chiede al paziente come investe la sua giornata. Lui in genere risponderà o cose anonime, attività futili per perdere tempo, oppure ci parlerà di totale inerzia e incapacità di fare qualsiasi cosa durante la giornata. A questo punto si deve rispondere provocatoriamente, ma con tono serio e composto: “E’ un modo davvero sprecato di investire la sua sofferenza. La depressione, infatti, è stata da sempre l’elemento distintivo di poeti, pittori, artisti. Però di questi artisti sono rimaste tante cose, film, quadri, canzoni. Pensi a Gassman o a Fellini. Questa sua meravigliosa carica d’angoscia come può tradurla? Qual è la sua arte? Io vorrei che lei, come Leopardi, la traducesse in qualcosa che esprima al meglio il suo dolore”.

Obiettivi

Far sì che il paziente possa trasformare il suo sentimento di scoramento e tristezza in qualcosa di pratico e concreto. Sono, infatti, generalmente persone che passano gran parte della giornata nell’inerzia totale, per tale ragione, spingerli a fare qualcosa che rompa completamente il loro schema, può essere già in sé curativo. A questo si aggiunge che spesso sono persone con una carica immaginativa e creativa inespressa che, rievocata, può dare grandi risultati

10. Utile, inutile e caro

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Questa prescrizione è rivolta a persone con un funzionamento di tipo disorganizzato, caotiche, confuse nelle relazioni; soggetti senza schemi che

non riescono ad essere costanti; pazienti ansiosi, ipocondriaci, con problemi relazionali. E' una prescrizione utile sia in caso di terapie esistenziali che sintomatiche.

Solitamente sono persone che accumulano perché non sanno stabilire le priorità e le giuste funzioni delle cose che li circondano.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che da qui alla prossima volta lei individui, tra tutte le cose che possiede, tre oggetti che appartengono, a suo giudizio, alle categorie dell'inutile, dell'utile e del caro. Li sceglierà al fine di disfarsene.

Quindi sceglierà tra tutte le cose che ritiene utili quella di cui può liberarsi. Così farà anche per quella cosa che ritiene inutile e per quella individuata come cara.

Porterà questi tre oggetti al nostro prossimo appuntamento dove potrà scegliere se buttarli, regalarli o lasciarli a me per buttarli .

Obiettivi

Questa prescrizione permette al terapeuta di avere una immediata mappatura degli oggetti che il paziente possiede e del suo rapporto con essi. Scopriremo moltissimo sulla sua vita quotidiana e sul suo mondo affettivo. Gli oggetti rimandano ad eventi, persone, circostanze della nostra vita, hanno sempre un carattere simbolico e significativo. Allo stesso tempo è necessario dare ordine alle nostre esperienze e definire la priorità e il valore di ciascuna di esse. Chiedere al paziente di osservare le proprie cose, inserendole in delle categorie, è già una prima importante forma di organizzazione concettuale ed emotiva del suo mondo. Proporre, in seguito a questa selezione, di compiere anche la scelta di disfarsi di questi oggetti, coincide con la necessità, nel corso della vita, di fare spazio al nuovo e separarsi dal passato, eliminando il superfluo.

11. Tiro a segno

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno difficoltà ad esprimere le proprie emozioni, in particolare la rabbia. Persone che non si concentrano mai sul corpo, eccessivamente razionali e mentali.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei, da qui alla prossima settimana, che lei andasse a comprare un tiro a segno, uno di quelli classici, in sughero, con le freccette con la punta metallica. Ogni giorno dovrà tirare 10 freccette cercando di fare centro. Voglio che registri tutto quello che sente mentre lancia la freccia, mentre questa raggiunge l’obiettivo, lo colpisce o cade per terra. La prossima volta mi racconterà tutte le emozioni e sensazioni che sono emerse durante questo compito.”

Obiettivi

Aiutare i pazienti a contattare, esprimere e canalizzare la rabbia. Per la teoria periferica delle emozioni è possibile accedere all’emotività attraverso l’azione e il movimento. Le persone che hanno una particolare inibizione nell’espressione delle emozioni, per accedere all’energia emotiva repressa, hanno bisogno di fare riferimento al corpo e alla cinetica. Muovendo il corpo e il braccio con intensità, la persona può avere accesso alla propria profondità e a quello che cela. Inoltre le persone così imparano anche a canalizzare la rabbia direzionandola e cercando di raggiungere un obiettivo. Più il soggetto riuscirà, nel corso della prescrizione, a controllare il movimento, l’intensità

e la direzione della freccetta verso il bersaglio, più imparerà a usare la rabbia in modo utile e opportuno.

12. Il cuscino (variante del tiro a segno)

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno difficoltà ad esprimere le proprie emozioni in particolare la rabbia. Persone che non si concentrano mai sul corpo, eccessivamente razionali e mentali.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che, da qui alla prossima volta, ogni giorno lei prendesse un cuscino e desse 10 colpi con intensità crescente. Dovrà sbattere il cuscino su un letto, o contro il muro, o contro un tavolo, dove preferisce. Faccia attenzione ad eseguire bene il movimento, all’inizio sarà un colpo esile che crescerà man mano di intensità. L’ultimo colpo lo deve dare con tutta la forza che ha in corpo. Alla fine dell’esercizio, se lo ha eseguito bene, si sentirà stanco e con le braccia affaticate. A questo punto aspetti un’ora e poi scriva come si sente. Può scrivere qualsiasi cosa, un’emozione, un pensiero, una metafora. Qualsiasi cosa che le venga in mente un’ora dopo”.

Al momento della raccolta della prescrizione chiederemo al paziente come è arrivato alla fine dell’esercizio: con il fiatone? stanco? scarico? ecc.

Obiettivi

Agire fisicamente qualcosa di emotivo.

Aiutare i pazienti a contattare, esprimere e canalizzare la rabbia. Per la teoria periferica delle emozioni è possibile accedere all’emotività attraverso l’azione e il movimento. Le persone che hanno una particolare inibizione

nell'espressione delle emozioni, per accedere all'energia emotiva repressa, hanno bisogno di fare riferimento al corpo e alla cinetica. Muovendo il corpo e il braccio con intensità crescente, la persona può avere accesso alla propria profondità e a quello che cela. Inoltre le persone così imparano anche a canalizzare la rabbia, direzionandola e cercando di raggiungere un obiettivo. Il soggetto, attraverso il movimento e la crescente l'intensità dei colpi del cuscino, imparerà a scaricare il peso delle emozioni represses, per usarle in modo utile e opportuno.

13. Un film in ungherese

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti con difficoltà ad entrare in contatto con le proprie emozioni, eccessivamente razionali. Persone che tendono al controllo e a prendere le decisioni della propria vita solo attraverso l'uso della razionalità. Spesso si tratta di persone bloccate sulle scelte affettive ed evolutive perché incapaci di entrare in contatto con i propri bisogni emotivi.

Istruzioni

Diremo: "Vorrei che, durante questa settimana, in un giorno che lei ritiene essere stato molto faticoso, in cui è andato davvero tutto male dall'inizio alla fine, lei veda un film che avrebbe tanto voluto vedere al cinema ma non è riuscito. Voglio però che lei lo veda in una lingua di cui non capisce assolutamente una parola, e senza sottotitoli. Quando ci vedremo la prossima volta le spiegherò la funzione di questo esercizio".

Obiettivi

Aiutare il paziente ad allentare il controllo, rinunciando alla logica lineare e di contenuto, per poter accedere a dimensioni più “meta” ed affettive dell’essere. E’ possibile, anche senza l’ausilio della lingua, comprendere attraverso le musiche, la fotografia, gli scenari il senso della storia ed emozionarsi. Questa esperienza giova anche nella vita, in cui non sempre comprendiamo la logica delle cose che avvengono. Diventa un’importante acquisizione sintonizzarci profondamente con gli eventi e con l’effetto che ci procurano, abbandonando la logica e adottando una modalità di affidamento più affettivo alla vita.

14. Istantanea emotiva

Tipo indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno grande difficoltà a riconoscere le emozioni proprie e degli altri.

Istruzioni

Questo esercizio viene proposto durante la seduta terapeutica.

Diremo: “Vorrei che ora lei pensasse nella sua mente un certo tipo di emozione, ad esempio la rabbia. Deve quindi esprimermi con la mimica facciale la rabbia e io le farò una foto. Dopo sceglieremo un’altra emozione, come la felicità, e io le farò una foto e così via.”

Alla fine si chiede al paziente se lui riconosce le diverse emozioni guardando le sue foto. Poi si ripete l’esercizio ma al contrario, cioè sarà il terapeuta a

esprimere l'emozione stabilita; poi si mettono le foto a confronto (quelle del terapeuta e del paziente).

Obiettivi

Ekman è stato un grande studioso di emozioni umane. Lo scopo di questa prescrizione è far toccare al paziente, attraverso un esercizio concreto, la difficoltà che ha di esprimere e riconoscere le sue emozioni. Questo lo aiuterà a comprendere il motivo per cui, spesso, le persone che lo circondano non capiscono il suo mondo emotivo e i suoi bisogni. Serve per sviluppare un maggiore insight su quello che si prova e una maggiore consapevolezza su ciò che si mostra al mondo di sé stessi.

15. Prescrizione della separazione

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

La prescrizione è adatta a pazienti che hanno difficoltà a separarsi, a scegliere e a crescere. Persone che hanno difficoltà con tutte le forme del cambiamento e che hanno problemi con il conflitto. Le tre fasi rappresentano i diversi momenti di una separazione: dalla scelta, alla distruzione, alla ricostruzione di sé e della quotidianità. Si può utilizzare la prescrizione anche in chiave diagnostica: per capire in che fase della separazione il soggetto incontra maggiori difficoltà.

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla prossima settimana vorrei che lei scegliesse un indumento, qualunque esso sia (può essere un pigiama, una coperta, uno slip, una maglietta; si fanno più esempi possibili), che le appartiene. Un

indumento che usa spesso o per niente, vecchio o nuovo, qualunque indumento lei voglia. Scelga quest'oggetto per distruggerlo. Dovrà distruggerlo con le sue mani. Se è una coperta o un jeans si potrà aiutare con delle forbici per un pezzettino e poi dovrà continuare con le mani. Voglio che registri tutto quello che sentirà durante quest'operazione, tutto quello che sperimenta e NON sperimenta. Dopo che avrà terminato, lascerà i pezzi dell'indumento nel posto esatto in cui l'ha distrutto e lo lascerà lì per due giorni. Voglio che, anche in questo tempo, lei registri quello che sentirà e non sentirà: se le capita di vederlo, di pensarci, se lo dimentica, se si pente di averlo rotto. Passati questi due giorni, lei recupererà i pezzi dell'indumento, prenderà ago e filo e lo ricucirà. Lei può ricucirlo come preferisce: con il filo dello stesso colore, con un filo diverso, dando una forma uguale o diversa rispetto all'originale. Voglio che anche in questo registri cosa sperimenterà e non sperimenterà. Lei crede di poter far questo?" Si può chiedere di portare l'oggetto alla seduta successiva o semplicemente farlo raccontare.

Obiettivi

Si parte quindi chiedendo che indumento ha scelto. Dopo si analizzano le varie fasi e se eventualmente una è stata saltata: infatti, può arrivare la persona che dice di non esserci riuscita e si analizza il perché. Un esempio può essere quello di un paziente che non è riuscito a ricucire: tipico di coloro che fuggono, con tendenza all'evitamento e agli acting-aut. Durante l'indagine si chiederà quale fase gli è piaciuta di più (e perché) e quella che gli è piaciuta di meno (e perché). Attraverso le varie fasi di questo esercizio si sperimenterà con il paziente, in modo intenso, quali difficoltà ha con le separazioni, individuando nodi e blocchi da rimuovere, con la scelta della cosa da cui separarsi, e del perché, dal momento della separazione vera e

propria a quello del post separazione e alla fase della ricostruzione. Alcuni pazienti ad esempio ricuciono un oggetto completamente distrutto facendo uno sforzo straordinario per ridargli la stessa identica forma originaria, sperando che non si vedano gli strappi.

16. L'album dei ricordi

Tipo: indiretta

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno un insoluto con il loro passato, che sono depressi a causa dell'andamento delle loro vite.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che per la prossima volta lei mi portasse 2 foto significative per ogni fase della sua vita. Quindi: due foto relative all'infanzia, due relative alla fanciullezza, due all'adolescenza e due del periodo attuale. Per ognuno di questi periodi ne sceglierà una che rappresenti un ricordo positivo e una un ricordo negativo. La prossima volta le vedremo insieme”.

Obiettivi

Questa prescrizione offre al terapeuta la possibilità di conoscere in modo più profondo, in breve tempo e in modo strategico, aspetti della storia familiare e del vissuto affettivo del paziente. Figure significative, assenti, eventi critici e/o traumatici vengono alla luce. Il terapeuta, così, conoscerà personaggi e miti familiari, fino al trigerazionale. Si cerca, rispetto a ogni fase della vita in esame, di individuare insieme “il bello e il brutto”, cercando di pacificare il paziente e i suoi irrisolti. Anche la scelta della foto può essere oggetto interessante di analisi, una personalità narcisistica, ad esempio, prediligerà

foto in posa in cui è da solo, mentre una persona socialmente ben inserita avrà foto con amici e così via.

6. Prescrizioni paradossali

1. Cineserie

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti: pazienti che vivono l'incomprensibilità di un fenomeno come qualcosa di pericoloso e temibile. Per coloro che trascorrono il tempo a cercare una spiegazione e un senso logico ad ogni cosa. Pazienti che rifiutano e non riescono ad elaborare esperienze emotive e/o relazionali che non hanno compreso e accettato (es. la fine di una relazione, la perdita di una persona cara, un evento imprevisto e doloroso).

Istruzioni

Diremo: "Vorrei che da qui alla prossima settimana lei andasse in uno di quei mega store cinesi, dove comprerà cinque oggetti dei quali non dovrà comprendere utilità e funzione. Cioè, deve trovare 5 cose per cui arriverà a chiedersi: "ma questo, a che cosa mai servirà? non ne ho la più pallida idea". Ovviamente non dovrà assolutamente applicarsi a comprendere quale funzione queste cose abbiano, né deve chiedere al commesso a cosa servono.

Dovrà comprarli e portarli la prossima volta che ci vedremo e io le spiegherò la funzione di questo esercizio”.

Obiettivi

Con questa prescrizione noi mettiamo il paziente nella condizione paradossale di compiere un’operazione illogica investendo, per altro, del denaro, seppure minimo. Questo è doppiamente inconcepibile per una persona razionale che deve sempre avere una buona ragione per quello che fa, specie se questo investe il proprio tempo, la propria organizzazione della giornata e il proprio denaro. Questo tipo di soggetti, fa abuso della razionalità al punto da esserne imprigionato. Un buon equilibrio si fonda sulla capacità di mantenere nelle giuste proporzioni la dimensione emotiva e quella cognitiva della vita. La giusta alchimia presuppone la capacità di analizzare e comprendere gli eventi, prevederli, programmarli, ma sapere anche che non tutto è controllabile e sotto la nostra decisionalità. I sentimenti, le emozioni, le relazioni non sono gestibili solo dalla ragione e solo da noi. Stessa cosa riguarda la morte che da sempre rappresenta il mistero della esistenza umana. Al fine di aiutare questi pazienti a contattare l’illogico, l’imponderabile, l’irrazionale, li spingiamo a farlo in modo innocente e curioso. Spingendoli oltre i propri limiti, misurando la loro capacità di spiegarsi i tanti “incomprensibili” oggetti che possono trovarsi negli store cinesi. Il paziente, conscio del fatto che riceverà dal terapeuta una spiegazione sulla funzione del compito, potrà tollerare questa esperienza. L’oggetto incomprensibile ha la funzione di far emergere qualcosa di profondo per il paziente e quindi interessante per il curante. Lo stratagemma sta quindi nel trasformare una cosa illogica ed apparentemente inutile in una cosa logica e utile. Il paziente accetta di non capire la funzione dell’oggetto per accedere tramite questo a qualcosa di più profondo sul suo funzionamento.

A tal proposito, infatti, in fase di restituzione metteremo l'accento sulla scelta degli oggetti portati; quanto più questi saranno incomprensibili, tanto più ci complimenteremo con lui per la scelta effettuata. Il paradosso è fare l'elogio della incomprensibilità.

2. Il senso del limite

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti

Pazienti con scarso senso del limite, che tendono agli eccessi; soggetti con tratti di personalità borderline.

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla prossima volta che ci vediamo dovrà procurarsi dei recipienti di diversa ampiezza, altezza, forma, ecc. Dovranno essere tra i sette e gli otto di numero. A questo punto si eserciterà a riempirli fino all'orlo utilizzando una caraffa piena d'acqua, senza versarla né farla traboccare”. Al momento della raccolta della prescrizione, chiederemo se è riuscito a farlo, con quanti recipienti, su quali forme e se eventualmente l'acqua è andata fuori.

Obiettivi

Aiutare la persona ad allenarsi al senso della misura, quindi aiutarla a riflettere su cosa sbaglia quando non riesce a rispettare i limiti. E' un problema di eccesso di energia? Di entusiasmo? Di aggressività? Di scarsa valutazione delle conseguenze? Di superficialità? Di goffaggine? Arrivare a comprendere, attraverso l'esperienza, quali sono i motivi per cui l'acqua trabocca sempre, mette in evidenza in modo simbolico in base a quali errori

la propria vita non funziona come dovrebbe. Il parallelismo tra l'acqua che trasborda e il limite che si supera nella propria vita può diventare un insight terapeutico potente.

3. La Mosca cieca

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti

Questa prescrizione è data a quelle persone super schematiche, nevrotiche, ansiose e ossessive. Per quelle persone che hanno un'organizzazione di vita molto rigida, tendenti al panico e alla somatizzazione. Per chi ha sempre bisogno di programmare tutto, di prevedere e organizzare. Per questi pazienti la vita è un continuo esame in cui non c'è spazio per il caos e l'inaspettato, in quanto fonti di angoscia e paura. Per persone che hanno bassissima autostima e sono eccessivamente perfezionisti.

Istruzioni

Diremo: "Da qui alla settimana prossima voglio che scelga un'attività al giorno, tra le varie attività di routine che lei svolge al risveglio (si fanno molti esempi: rifare il letto, lavarsi i denti, vestirsi, preparare il caffè, ecc.) e che la compia tenendo gli occhi chiusi dall'inizio alla fine dell'esercizio. Lei non potrà mai aprire gli occhi durante il compito, solo appena sarà eseguito. Lei crede di poter far questo?". Se ci chiedono se dovrà essere sempre la stessa attività, rispondiamo che noi preferiamo che sia diversa tutti i giorni. Versione Strong: "Dopo che lei avrà aperto gli occhi e si sarà reso conto che quello che ha fatto non è stato eseguito come avrebbe voluto, non potrà rimediare e lascerà, per quel giorno, le cose per come sono andate (es. nel

caso del letto rifatto male, lo lascerà rifatto male)”. Versione Soft: “Dopo che lei avrà aperto gli occhi e avrà verificato che l’attività svolta non è andata come voleva, potrà rimediare (es. del letto rifatto male, potrà rifarlo a occhi aperti). La prescrizione può essere modificata anche nel numero di esercizi da fare. Infatti, si può chiedere al paziente di fare due esercizi scelti tra le sue attività quotidiane due volte in una settimana, anziché un esercizio tutti i giorni. La scelta tra soft e strong e del numero di esercizi dipenderà dalla struttura e dal tipo di funzionamento del paziente (se più o meno rigido). La versione soft è per le persone meno flessibili e adattive. L’inchiesta: “Quali attività ha scelto? Ha fatto sempre lo stesso tipo di esercizio o ha variato durante la settimana? Come si è sentito durante l’esercizio? E quando ha aperto gli occhi?”.

Obiettivi

La prescrizione serve a familiarizzare con l’incertezza. Si chiede alla persona di abbandonare l’idea di perfezione, di smontare il controllo e gli schemi ripetitivi di vita. Si chiede in forma paradossale: a occhi chiusi ma con un’attività che, in fondo, sa fare perché quotidiana e di routine. Si dimostra al paziente che, anche quando lo schema di vita si modifica un pò o si “sballa”, non cambia nulla e non succede nulla di grave (anche laddove “non si può rimediare” o “va male” la vita continua). S’insegna a giocare piano piano con il caos e il disordine, si insegna che si possono fare le cose e vivere senza dover vigilare e controllare costantemente tutto.

4. Come Eleonora Duse

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti

Pazienti eccessivamente timorosi, ipocondriaci, che hanno paura di perdere il controllo, che hanno paura di svenire per gli attacchi di panico

Istruzioni

Diremo: “Le piace il teatro? Ha mai recitato? Una volta al giorno, dovrà mettersi davanti al letto e simulare uno svenimento, nel modo più teatrale possibile. Cerchi di essere quanto più drammatico riesce ad essere. Ovviamente stando attento a non farsi male.”

Obiettivi

Perdere il controllo, esorcizzare una paura usando una modalità teatrale e scenica che permette di sperimentare così l’aspetto buffo e umoristico dello svenimento. Il paradosso consiste nel controllare e simulare, come una grande attrice (Eleonora Duse), qualcosa che si ritiene incontrollabile e temibile.

5. Il piatto preferito

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti

Persone che tendono a difendersi negando la realtà. Soggetti che fanno grandi sforzi, per arrivare poi, in realtà, a non vivere a pieno quanto ottenuto, come se non lo avessero mai compiuto.

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla prossima settimana lei sceglierà un giorno per cucinare il suo piatto preferito, le chiedo di prepararlo esattamente come le piace, nella

modalità migliore per lei. Dopo che lo avrà cucinato prenderà una porzione, la servirà dentro il suo piatto, distribuirà il contenuto nel suo piatto, come se lo avesse mangiato, dopo di che lo prenderà e butterà tutto nella spazzatura. Poi prenderà il tovagliolo e si pulirà la bocca come si fa alla fine di un pasto soddisfacente.

Obiettivi:

Rendere esplicito il meccanismo implicito della negazione. Rappresentare al paziente il processo del desiderio, lo sforzo per tradurlo in modo concreto e la difficoltà di goderlo come realmente vissuto.

6. Dialogo post mortem

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno un insoluto con il loro passato e, in particolare, con una persona molto importante della loro vita che in maniera improvvisa è venuta a mancare, lasciando tra sé il paziente questioni irrisolte.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che, da adesso in poi, nei momenti in cui sente particolarmente la mancanza del suo caro, lo interpellì e inizi ad avere un dialogo aperto con lui/lei, ad esempio relativamente ad una questione nello specifico o, anche semplicemente, su una questione che riguarda la quotidianità. Ad esempio - Hai visto com’era piena la metro stamattina?
- Oggi chiamerò gli operai per farmi mettere a posto quel muro, ecc. In luoghi pubblici, magari, sarebbe preferibile utilizzare degli auricolari per non rischiare di creare fraintendimenti con chi ascolta”.

Obiettivi

Invitando la persona in vita a parlare con il defunto, non facciamo altro che farla dialogare con l'altra parte di sé, così da farle trovare un maggiore equilibrio. In particolare, la persona che si continua a immaginare da morta ha comunque molto a che fare con chi rimane in vita, con i suoi desideri, con i suoi bisogni e le sue aspettative.

Quando la persona che rimane in vita continua a pensare al defunto, lo fa rimanendo ancorata al momento della morte. Se, quando la persona era in vita, i due non avevano trovato un vero e proprio accordo, la morte non farà altro che sancire il disaccordo, e ciò non permetterà a chi rimane di elaborare il lutto. Questa prescrizione favorisce la risoluzione del disaccordo, permettendo alla persona di lasciare andare chi non c'è più e perdonarsi

7. Cena di famiglia

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti

Pazienti molto invischiati nelle famiglie d'origine, in condizioni ancora simbiotiche. Soggetti poco autonomi e non individuati.

Istruzioni

Diremo: “Un giorno, che sia a pranzo o a cena, preparerà il pasto con le diverse pietanze che ha in mente per tutta la sua famiglia (un primo, un secondo e un contorno). Una volta preparate tutte le pietanze, le prenderà, le frullerà tutte insieme, per cui il pranzo o la cena prevederà che la famiglia mangi il frullato delle pietanze.

Tutti quanti dovranno assaggiare e raccontare l'effetto sperimentato”

Obiettivi

Far sì che tutti avvertano che mettere tutto insieme e fonderlo senza una distinzione diventa un caos senza senso, senza sapore, al limite del disgustoso e di sicuro non commestibile. Facciamo sperimentare alla famiglia che fare sempre tutto insieme “appassionatamente” non è sensato, mentre dare ad ogni cosa il suo valore consente di goderne fino in fondo.

8. La pagella

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti

Questa prescrizione è usata con persone che hanno problemi di autostima, che non riescono a fare scelte, che tendono a sottovalutare i successi e sopravvalutare i fallimenti, che hanno poca introspezione, scarse empatia e affettività verso sé stessi. Eccessivamente razionali, valutativi, ipercritici, in empasse esistenziale.

Istruzioni

Si chiede al paziente di acquistare un quadernetto della forma e colore che meglio si associano alla sua personalità. Poi diremo: “Voglio che da qui alla prossima settimana ogni giorno attribuisca un voto a sé stesso e alla sua giornata, specificando la motivazione del voto attribuito nonché data, ora e luogo. Può decidere il voto in base ad aspetti emotivi (“oggi mi sento...”) oppure concreti (es. “perché ho cucinato bene” o “ho fatto quella telefonata). Se il voto è sufficiente, quindi dal 6 in su, accanto al voto e alla motivazione per cui si è attribuito il voto, metterà un motto (es. “il coraggio è dei forti”). Se il voto è insufficiente, quindi dal 6 in giù, dovrà, accanto al voto e alla

motivazione, scrivere un'esortazione a sé stesso (es. "domani andrà meglio") e poi dovrà farsi un regalo concreto o simbolico, purché sia una cosa gratificante, che possa vivere come un premio. Si conclude chiedendo: "Lei crede di poter fare questo?"

Obiettivi

La prescrizione usa il paradosso per rompere lo schema del fallimento e di colpa totale. Insegna a collegare l'insuccesso a un premio, interrompendo il circolo della punizione. In sostanza, si crea una nuova associazione per cui bisogna essere buoni con sé stessi proprio quando le cose vanno male, per non aggiungere la beffa al danno. La metafora con cui si accompagna questa prescrizione è: "Se il suo migliore amico viene da lei e le comunica che è un periodo bruttissimo della sua vita e che tra i tanti guai l'ha lasciato anche la fidanzata, lei che fa? Gli dice che è un disastro di persona? Che lui non merita la sua amicizia? E che non se la sente di frequentare un amico così disastroso? Oppure lo incoraggia, gli sta più vicino e gli dimostra il suo profondo affetto?". Ciò allo scopo di dimostrargli che nei periodi "no" o quando si sbaglia qualcosa, già questo in sé è un danno, e che bisogna essere comprensivi e affettuosi verso sé stessi, a maggior ragione in momenti del genere, al fine di superare la difficoltà e andare avanti al meglio. Se sappiamo fare questo per chi amiamo, dobbiamo imparare a farlo anche verso noi stessi. Il paradosso sta nel fatto che o mi attribuisco un voto basso e dovrò farmi un regalo e quindi gratificarmi, o dovrò essere disposto a non essere troppo severo con me stesso, attribuendomi un voto alto, ogni giorno per qualcosa, migliorando l'immagine che ho di me. Il motto, in caso di voto positivo, ha la funzione di estendere il risultato ottenuto e renderlo regola, metodo quindi riutilizzabile anche in futuro. Il senso dell'esortazione, in caso di voto negativo, è quello di relativizzare l'esito negativo e incoraggiare sé

stessi per il futuro. La richiesta della data, ora e luogo è importante per dare a queste persone una cornice spazio/temporale, per cui il problema è circoscritto e non pervasivo.

9. Sportelli aperti

Tipo: paradossale

Tipologia di Pazienti

Persone che hanno difficoltà ad ascoltare i propri bisogni e necessità. Soggetti che non hanno conoscenza di sé, né maturato alcuna sintonia verso la propria interiorità. Pazienti che hanno difficoltà a porre confini tra loro stessi e gli altri, con problemi nelle “chiusure” e nei cambiamenti.

Istruzioni

Diremo: “Da qui alla prossima settimana le chiedo, qualunque cosa lei userà in casa o le capiterà di dover aprire (tipo l’armadio per scegliere i vestiti oppure lo sportello della cucina per prendere un bicchiere, ecc.), di lasciarlo aperto. Si muoverà in casa con tutto quello che avrà lasciato aperto fino al nostro prossimo incontro. Se vive con qualcuno (marito, madre, compagno) potrà, spiegando alla persona che si tratta di un esercizio terapeutico, chiedergli di avere un po’ di tolleranza. Eventualmente negoziando con lei una stanza da sottrarre all’esercizio per evitarle eccessivo disagio.

Obiettivi

È molto difficile avere la possibilità di accogliere il “nuovo” se non si fa prima spazio dentro di sé. Per fare spazio è necessario poter chiudere con ciò che non ci serve, che non ci appartiene più, che non ci definisce più. E tutto questo riguarda la nostra capacità di scegliere e di stabilire l’ordine delle

nostre priorità e dei nostri bisogni nel qui ed ora. Lasciare aperta ogni possibilità e ogni relazione rende la nostra vita bloccata, impedita in ogni movimento.

L'aspetto di negoziare l'esercizio con il partner è molto importante perché i soggetti che hanno difficoltà a scegliere, tenendo sempre tutte le possibilità aperte, non solo complicano la loro vita ma anche quella dei propri cari. Questo tipo di disagio, più metaforico, viene reso concreto e condiviso nel momento in cui diventa tangibile e spaziale. Nessuno si riesce a muovere e a vivere agevolmente in una casa in cui lo spazio si riduce perché tutti gli sportelli sono aperti. Il paziente fa una esperienza paradossale di quale sia il costo di questa difficoltà per sé e per chi ama, sperimentando un insight molto potente.

10. La scarpetta di Genoveffa

Tipo: paradossale

Tipologia di pazienti: soggetti che tendono a mettere da parte le proprie esigenze, che sottovalutano il costo di rinunciare sempre a sé stessi. Persone che non hanno ancora separato ciò che è adatto a loro da ciò che non lo è.

Istruzioni

Diremo: “Vorrei che da qui alla prossima settimana lei indossasse per un’ora al giorno un paio di scarpe di un numero inferiore al suo. Può usarle in casa per svolgere le sue solite mansioni o può scegliere di calzarle anche per fare qualche commissione fuori”

Obiettivi

Chiunque ricordi la favola di Cenerentola ha fatto il tifo perché i “piedoni” di Genoveffa ed Anastasia non entrarono in quella che non era la loro scarpetta. Grazie alla scarpa, il principe aveva trovato la donna giusta, perché era l’unica fanciulla cui calzava perfettamente. Ognuno di noi sta bene solo se è sé stesso, se capisce cosa è adatto a sé e cosa non lo è. Cercare a tutti i costi di entrare in abiti o scarpe che non sono nostri e della nostra “misura” ci fa sentire continuamente disagio, fatica, a volte dolore. Fare sperimentare in modo concreto e fisico al paziente questa esperienza lo aiuta a comprendere la necessità di evitare sforzi inutili, senza fingere di stare bene quando non è così.

Parte III
Applicazioni Cliniche delle prescrizioni

7. Descrizione dei casi clinici

1. Prescrizioni indirette

1.1 Elena

E. è una donna omosessuale di quarant'anni che viene in terapia perchè non riesce a superare la fine di una storia d'amore terminata già da tre anni or sono. Negli ultimi tempi ha assunto atteggiamenti di stalking nei confronti dell'ex compagna e ha avuto verso di lei anche momenti di aggressività fisica e verbale. E. è una donna di buona famiglia, laureata brillantemente, che però è passata da un lavoro all'altro senza mai trovare una sua identità professionale. In verità ha sempre assunto lavori molto umili e poco consoni al suo titolo e alle sue potenzialità. E. ha una personalità dipendente e fa uso di cannabinoidi e alcool. Tende ad avere oscillazioni dell'umore e comportamenti autodistruttivi. Al momento in cui inizia la terapia lavora di

notte in un locale di slot machine, toccando “a suo dire” il picco più basso mai toccato in termini di ambiente e condizioni di lavoro.

Nome della prescrizione assegnata: VASCA DA BAGNO

Periodo di assegnazione della prescrizione: terza seduta

Esito della prescrizione

«Quando mi sono immersa in acqua sicuramente ho avuto una sensazione piacevole di relax perché l’acqua era calda.

Avevo messo solo una candela e avevo lasciato la finestra del bagno leggermente aperta ed era ancora giorno, forse le sei del pomeriggio. Ho fatto il bagno in penombra.

Glielo dico perché poi ho pensato una cosa.

I primi cinque minuti, non sono se sono stati gli ingredienti che mi ha dato che facilitavano queste sensazioni, però sentivo la pelle molto liscia. Sensazioni corporee piacevoli di relax.

Sicuramente l’acqua l’avevo fatta un po’ troppo calda.

Poi quando sono entrata con le orecchie nell’acqua, lì ho iniziato a sentire il mio cuore che era tachicardico, perché io un po’ lo sono.

Ho cercato di controllare un po’ il respiro per placare il ritmo cardiaco.

Non mi sono agitata perché riconoscevo che era accelerato probabilmente per quei fattori.

Non so se ho sbagliato l’esercizio nel senso che io cercavo quali fossero le mie impressioni emotive e cognitive, cioè io mi sforzavo di capire a cosa stessi pensando.

Il pensiero ogni tanto è andato al lavoro, non ricordo per quale motivo.

Mi sentivo comunque abbastanza tranquilla.

Poi quando sono andata completamente giù, nonostante io sia una che ha fiato, non ne avevo proprio, quindi è durata niente.

Ho avuto la sensazione quasi subito di soffocamento, mi è andata pure un po' l'acqua nel naso tant'è che me lo sono tappato. Non è stato piacevole farlo.

Poi mi sono detta «io non voglio stare in questa penombra».

Cioè ho avuto la sensazione che avevo creato un ambiente che mi sembrava piacevole perché lo avevo fatto io, però non volevo stare così.

Ho pensato che fosse quello il risultato del mio esercizio, la cosa che potevo fermare.

Quella condizione che solo io volutamente ho creato, era quella dalla quale volevo uscire, per tornare alla luce, alla mia solarità, a quella che vorrei essere, che ritengo di essere.

Dopo la sensazione di soffocamento e di oppressione della breve immersione, ho realizzato che le condizioni che avevo creato, che io volutamente mi do, non sono quello che io desidero veramente.

Come se fare la bella e dannata non fosse quello che voglio.

Vorrei tornare ad essere quella che in alcuni momenti della mia vita so di essere stata, una persona sorridente, una persona solare, una persona piacevole.

Non voglio più né stare nell'ombra nel senso che mi nascondo, che non affronto le cose, e né essere ombrosa dentro.»

1.2 Pietro

Pietro è un medico di 33 anni che, dopo una lunga storia di sofferenza personale e relazionale, supera le sue perplessità sulla terapia e decide di

chiedere aiuto. P. racconta di avere subito degli abusi piuttosto importanti quando era bambino e di non aver mai raccontato nulla a nessuno. In realtà lui stesso li aveva rimossi per moltissimi anni per poi ricordarli, quasi improvvisamente, quando aveva vent'anni. P. ha cercato a suo modo di difendersi dall'interferenza che quelle immagini e quei pensieri procuravano alla sua vita e al suo equilibrio. Si è reso conto però che, a causa degli eventi subiti, non riesce ad avere una relazione sentimentale sana con una donna. P non riesce a capire i sentimenti che prova per le sue partner, si sente spento senza alcuna capacità emotiva. Spesso si percepisce esterno a sé stesso e incapace di capire cosa veramente vuole, chi veramente sente di essere e come costruire il suo futuro. E' abbastanza chiaro al terapeuta che P. ha un disturbo post traumatico da stress abbastanza importante e che per difendersi dall'evento traumatico egli abbia adottato un meccanismo di dissociazione. Non elaborare questo trauma impedisce a P. di andare avanti e costruire la propria identità affettiva.

Nome della prescrizione assegnata: VASCA DA BAGNO

Periodo di assegnazione della prescrizione: quinta seduta

Esito della prescrizione:

T: intanto come è andata, cosa ha fatto, quando l'ha fatta? Di giorno, di sera, di mattina?

P: no purtroppo l'unico momento libero che avevo era ieri sera. Quindi di sera tardi, erano le 11. Ero stanco, non avevo tanta voglia...a fine giornata...

T: peraltro ha aspettato proprio l'ultimo giorno

P: eh, ma per tanti motivi. Anzi mi è andata anche bene che sono riuscito a farlo ieri sera, perché non vivo da solo a casa, stavo a casa dai miei quindi non avevo la possibilità di spiegare cosa stavo facendo

T: loro non sanno che stai facendo una psicoterapia?

P: no. E quindi ho riempito la vasca, sono andato a comprare il sale e il bicarbonato. Non ho comprato gli odori perché mi scocciavo di cercarli

T: vabbè un profumo

P: no, non ho messo niente...e poi mi sono ricordato all'ultimo che tu mi sa che dicesti "Addobbala come vuoi", eppure ho messo solo una conchiglia che avevo del cammino di Santiago, lì al lato esterno della vasca e ho pensato alle candele, però non sapevo dove metterle, cioè non sapevo dove prenderle, ma non mi andava di metterle perché faceva un'atmosfera un po' intima che non mi andava di avere.

T: ok

P: e poi ho messo una lampada in un angolo, perché comunque la luce in bagno era forte e mi sono messo dentro. Poi non mi ricordavo bene, 5 minuti, un minuto e mezzo. Sono stato 5 minuti fuori con la testa, due minuti e mezzo a pelo d'acqua, poi sono andato sotto, poi a pelo d'acqua e poi fuori

T: esatto. Come è stato all'inizio quando aveva la testa fuori 5 minuti?

P: eh, qualcosa ho registrato. Quando sono stato seduto, niente all'inizio avevo un po' paura di sentire...A me mi capitano delle sensazioni di disestesia in zona genitale a volte, insomma strane, non so come definirle. Come se il mio cervello ci pensa, si collega a delle sensazioni di freddo, di caldo nella zona perianale. E quindi non so perché ho detto: "Se entro col sale là, mi ricapita". E invece no, sono entrato là e mi sono sentito bene, ho sentito una sensazione di completezza del mio corpo. A parte un po' di pizzicore alle gambe, un po' alle mani, penso per il sale. Cercavo di stare attento se sentivo qualcosa, i movimenti del mio corpo nell'acqua e mi spiegavo: "Ok è così perché l'acqua è più leggera, ci ho messo il sale, è come

stare al mare”. Quando respiravo tornavo a galla quindi stavo lì a descrivere fenomeni fisici. Poi mi ricordo cognitivamente.

T: questo è tutto cognitivo.

P: sì sì, fisico e cognitivo perché emotivamente zero. Non mi pare: o non li ho riconosciuti o non li ho proprio vissuti; poi mi sono messo a pelo d’acqua e più o meno sempre quella è stata la modalità di percezione, di codificazione della percezione. Sentivo i rumori, ogni tanto una goccia che cadeva. Mi sentivo rilassato. Poi un attimo ho pure pensato “Ah comunque si sta bene nella vasca, era un sacco di tempo che non lo facevo”, poi mi sono disteso con la testa a pelo d’acqua e lì mi è capitata quella cosa che le ho detto che mi capita, per esempio se apro le gambe, se mi metto di lato a dormire così, come se la mia mente pensa alla mia zona genitale, anale, sento un senso di sconforto, e quindi là mi è capitato.

T: quando era a pelo d’acqua?

P: sì, ma perché ho semplicemente alzato le gambe ed è un pensiero che ho da tempo con cui convivo quindi non è che mi ha...

T: però vabbè le faceva paura prima di cominciare?!

P: sì, sì.

T: quindi comunque lo associa a qualcosa di negativo?

P: sì, poi c’è tutta una questione, non so se c’entra, un insieme di cose: sicuramente gli abusi, ho avuto anche una prostatite cronica, ho una prostatite cronica quindi ho sempre dei fastidi, non sempre, però c’è un qualcosa secondo me di psicologico e anche può esserci qualcosa di organico. Ho avuto anche la pubalgia bilaterale giocando a pallone, quindi io con la mia fantasia ho pensato sempre ad una zona di debolezza psicofisica, non so neanche se esiste ancora, se sono riconosciuti ancora i problemi psicosomatici.

T: ma le sono venuti in mente gli abusi quando era a pelo d'acqua?

P: no...quindi quello e poi mi sono buttato sotto però era difficilissimo stare sotto perché tendevo a galleggiare, quella è la vasca, quindi mi tenevo, è stato un po' difficile. Però mi è rimasta questa sensazione carina, cioè carina...potrebbe essere anche disperata. Quando mi sono buttato sotto, non so se per qualche associazione di immagini viste da qualche parte nei film, quando mi sono buttato sotto ad occhi chiusi, è come se quando sono andato sotto l'acqua il mio cervello ha immaginato che mi specchiassi sul pelo dell'acqua, cioè da sotto. Quindi come se vedevo me stesso nell'acqua che mi ricopriva sopra, da fuori. Quindi mi vedevo lì con gli occhi chiusi che cercavo di lottare per stare sott'acqua. Poi dopo un po' non ho resistito perché un po' mi pizzicava, sono rimasto 20-30 secondi, forse anche di più e ho avuto questa sensazione come se mi fossi salvato. Sono uscito dall'acqua che mi mancava l'aria, non lo so perché. Un insieme di rumori, esci dall'acqua, respiri. Quindi ho avuto questa sensazione di salvarmi. Poi ho assunto una posizione che mi sono quasi abbracciato. Sono uscito mi sono rilassato un attimo, mi sono messo tipo così per un minuto...

1.3 Luisa e Giacomo

L. e G., giovane coppia molto affiatata sposata da due anni, decidono di andare in terapia per due problemi: il primo è, dopo tanti tentativi e accertamenti, che hanno scoperto di non potere avere figli naturalmente, e l'altro che a seguito di tutte queste dolorose notizie hanno perso la loro intimità e si sono allontanati fisicamente. Il loro obiettivo nella terapia di coppia è di ritrovarsi e di essere supportati a gestire l'ansia e l'angoscia che

sentono nel dovere affrontare il lungo processo dell'inseminazione artificiale.

Nome della prescrizione assegnata: VASCA DA BAGNO

Periodo di assegnazione della prescrizione: terza seduta

Esito della prescrizione:

Lei

«Porta chiusa, una sola candela accesa. Acqua calda con sali drenanti e qualche goccia di olio essenziale.

I primi 5 minuti in vasca sono accompagnati da batticuore, l'adrenalina di qualcosa di nuovo. Il corpo è pesante ma leggero e la sensazione è di galleggiamento.

Con solo l'ovale del viso fuori dall'acqua la sensazione di confort è elevata e la mente rievoca ricordi dell'infanzia: i nonni, i loro sorrisi e gli abbracci rassicuranti. Le lacrime solcano il viso.

L'impressione totale dura pochissimo perché il senso di oppressione fa sembrare l'acqua un macigno sul petto. Paura.

Risalendo di fretta dall'immersione percepisci freddo e disorientamento ma il corpo è leggero.

La sensazione è di aver buttato via un macigno».

Lui

Porta aperta - ero solo in casa - accese soltanto le luci dello specchio; acqua calda con sali e due spruzzi di profumo di mia moglie.

Nella prima fase, formicolio ai piedi, pulsazioni delle mani con battito del cuore accelerato (quasi la stessa ansia che ha contraddistinto un periodo molto negativo della mia vita). Fastidio per i rumori provenienti dall'esterno

come voci e passi (essendoci molto silenzio, anche il minimo passo era più amplificato).

Nella seconda fase il formicolio ai piedi è più lieve, le pulsazioni alle mani costanti ed il battito del cuore si è regolarizzato. Un ricordo della sera precedente (nella quale avevamo fatto l'amore) mi ha fatto sorridere.

Nella fase completamente immerso ho provato una sensazione di grande tranquillità, nessun pensiero, solo serenità. Per qualche secondo ho anche aperto gli occhi sott'acqua. Nessuna fretta di uscire, nessun batticuore, tutte le altre sensazioni più leggere.

Nella quarta fase un leggero bruciore agli occhi, ancora, tutte le altre sensazioni fisiche più leggere.

Nell'ultima fase soltanto pulsazioni alle mani e battito del cuore di nuovo accelerato, un po' oppressivo.»

2. Prescrizioni paradossali

2.1 Fabio

Fabio è un uomo di 41 anni che decide di chiedere aiuto perché non riesce a chiudere la relazione con la sua fidanzata, che dura da 20 anni. F. racconta che nutre dei sentimenti di profondo affetto per la fidanzata ma da tempo non sente più amore, la sua difficoltà è che non ha il coraggio di lasciarla a causa del fatto che lei, da molti anni, soffre di gravi disturbi alimentari. F. sente di essere per S. una base sicura e, a causa di questa responsabilità, ha paura di venire meno dalla relazione. Nel corso del colloquio però emerge che F. vive

con i genitori anziani, di cui si occupa, e che lavora come informatico in una grande azienda in cui svolge il lavoro un po' per tutti, a causa della sua grande disponibilità e incapacità di dire di no. In sostanza F. è abbastanza infelice e piuttosto bloccato dal punto di vista esistenziale. F. infatti non si è concesso la possibilità di capire veramente chi è e di cosa ha bisogno, a causa della difficoltà di ascoltarsi profondamente e di essere un po' più indipendente dal giudizio degli altri. Prima della prescrizione della separazione in seconda seduta, è stata data a F. la prescrizione della vasca che ha prodotto degli insight molto potenti e per la seduta successiva è stata assegnata la prescrizione della separazione.

Nome della prescrizione assegnata: separazione

Periodo di assegnazione della prescrizione: quarta seduta

Esito della prescrizione:

F. arriva in seduta dicendo: - Dopo un ultimo chiarimento abbastanza forte, io e S. ci siamo lasciati. E' stata una scelta un po' reciproca, alla fine, perché dopo il chiarimento ho visto lei stranamente serena, molto serena, mi immaginavo, invece, una versione totalmente opposta... - L'altro giorno "mi sono preso" con il mio capo e non ho avuto problemi...tutti i colleghi sono rimasti sorpresi e anche io di me stesso, ho pensato "cacchio, cos'è successo? Ci sono stati altri episodi simili, non mi riconosco neanche io, ...rimango basito di me stesso". Si fa riferimento ad una prescrizione precedentemente raccolta, "La vasca da bagno". La terapeuta ricorda insieme a F. quanto da lui riportato in seguito a quell'esperienza, la sensazione, nella fase di immersione totale, di sentirsi solo, isolato ma fondamentalmente bene. Come se i rumori non ci fossero più, il mondo intorno non ci fosse più e poi l'illuminazione, "sono isolato e mi sento magnificamente".

La terapeuta rinforza l'importanza di questa esperienza, quindi la sensazione di togliere l'interferenza del mondo intorno, cosa che lui non faceva da moltissimo tempo e il poter essere più in ascolto di sé stesso per sentirsi bene. “Se io smetto di essere sempre e solo concentrato su quello che mi sta intorno, ma mi concentro su di me, sto bene”. Quanto sperimentato con la prescrizione ha reso possibili, per F. dei comportamenti nella “sua vita reale” molto sorprendenti. Ad esempio, nel caso del capo che voleva che lui prendesse delle ferie in un periodo in cui non ne aveva bisogno, il sentire di potersi opporre a quella decisione presa da qualcun altro al posto suo, portando avanti le sue necessità. Il fatto che F. possa sapere quello di cui ha bisogno e, quindi, anche riferirlo è un passaggio fondamentale soprattutto per lui che non riusciva a chiedere. F, infatti, non riusciva a chiedere perché non aveva la possibilità, o la capacità, di ascolto che gli permettesse di sapere, prima di tutto, cosa voleva per poi riuscire a comunicarlo.

Raccolta Prescrizione della separazione

T: cosa ha scelto?

F: ho scelto una maglia bianca. E' stata una scelta improvvisa. Ho visto questa maglia, non sopporto più il bianco, è un colore che non riesco neanche più a mettere. Quindi ho scelto questa maglia che mi ero fatto da solo, nel senso che l'avevo disegnata io su un sito on-line, con l'effigie di Totò. L'avevo messa una sola volta ma non mi piaceva. L'ho vista in mezzo a tante maglie, non avevo pianificato di fare l'esercizio quella sera però ho visto questa maglia e ho iniziato, perché ho pensato “voglio scegliere questa” e l'ho strappata. Alla fine, diciamo, l'ho un po' torturata e ho appuntato le sensazioni. Quello che provavo in quel momento era rabbia, finché non è subentrata una sorta di stanchezza: anche se il tessuto non è spesso e si strappa facilmente, ho provato una sorta di stanchezza nel farlo. Mi sono

appuntato delle cose perché ho una pessima memoria, quindi preferisco scrivere: la rabbia che si scaricava su qualcosa che non volevo più, quella maglia. La voglia di non fermarsi, di strapparla in più pezzi possibili, la mancanza di forza, ad un certo punto ho sentito proprio come una sorta di debolezza. Dopo, è nato il pensiero “come la rimetto insieme?” Nei due giorni successivi, l’indifferenza più totale, solo il pensiero di ricordarmi che avrei dovuto “metterla insieme”. Quando l’ho ricucita ho sentito relax, nel fare questa attività in qualche modo mi sono distratto dai pensieri, perché mi sentivo concentrato nel mettere insieme pezzi che non combaciavano più. In qualche modo, ho dovuto trovare dei lati dove cucirla, sentivo che dovevo trovare una logica in qualcosa dove la logica non c’è.

T: che cosa voleva farne?

F. dice: “nulla, mettere insieme i pezzi in maniera simmetrica, ho scelto il pezzo più grande su cui attaccare i pezzi più piccolini. I punti ho cercato di darli in maniera più o meno uniforme perché è un mio difetto caratteriale cercare di fare le cose più o meno omogenee.

T: qual è la fase dell’esercizio che le è piaciuta di più.

F: lo strappo. Soprattutto perché è stata una cosa non pianificata, ci avrò messo un quarto d’ora per fare tutto. Poi l’ho messa sul comodino, ho avvisato mia madre di non spostarla perché nel fare le pulizie poteva pure buttarla, ed è stata lì due giorni ma non ho avuto alcun pensiero.

T: qual è stata, invece, la fase che le è piaciuta di meno?

F: tutte le fasi sono state neutre tranne lo strappo che mi è piaciuto di più.

T: dove si colloca, temporalmente, lo svolgimento dell’esercizio rispetto alla discussione con S. quindi alla decisione di lasciarsi?

F: molto prima, l’ho iniziata martedì, il giorno dopo della seduta di terapia e S. l’ho vista sabato, avevo terminato l’esercizio da due, tre giorni.

La terapeuta sottolinea l'importanza di quanto avvenuto e spiega ad F. gli obiettivi dell'esercizio attraverso una restituzione.

Quando lei è venuta la prima volta, quello che mi descriveva era un mondo e una serie di situazioni che, fondamentalmente, avevano tutte come matrice lei; lei aveva costruito questa modalità di vivere e di "farsi vivere" dagli altri. Questa sua grande tendenza a compiacere, a dire sempre sì, ad accontentare tutti, a cercare di far bene, di tenere conto delle esigenze di tutti quindi di essere "il bravo figlio, il buon collega, il fidanzato paziente, l'amico perfetto". Alla fine, questo tipo di atteggiamento aveva prodotto in lei una sorta di gabbia per cui lei, ormai, non riusciva a fare nulla che fosse esclusivamente per sé stesso mentre tutti potevano contare su di lei che era sempre disponibile.

La maglietta che ha scelto di distruggere è molto interessante poiché, simbolicamente, racchiude bene ciò da cui lei si vuole separarsi e, cioè, proprio questa modalità relazionale appena descritta. Non è un dettaglio che lei questa maglietta l'ha ideata, l'ha congegnata e l'ha costruita al computer. Questa maglietta è risultato di una cosa che lei ha proprio costruito e che non è andato a comprare come qualcosa ideata da qualcun altro. Da questo punto di vista è molto interessante che lei abbia scelto di distruggere questa sua modalità che lei sa di aver costruito da solo ma di cui lei ora è stufo. Questo lo ha fatto secondo una dimensione viscerale, non seguendo un ragionamento logico, del tipo "questo è più vecchio, questo è meno vecchio, questo lo metto di meno, ecc". Ha, invece, detto "questo colore non è un colore per me, l'ho messa una sola volta benché l'abbia costruita io. Doveva essere, per questo motivo, la mia maglietta preferita e, invece, malgrado questo, è una maglietta che non mi piace proprio". Per questo l'ha distrutta,

ha agito l'aggressività e la determinazione che occorrono per cambiare qualcosa non ci sta più bene. La fase dei due giorni da attendere prima di ricucirla è una fase di latenza da una chiusura e/o da una scelta: emanciparsi significa chiudere con alcune cose per andare verso altre. Separarsi vuol dire prendere le distanze, decretare la fine per costruire qualcosa di nuovo che ha bisogno di tempo ed elaborazione per essere definito. I due giorni di latenza nell'esercizio sono proprio i giorni che seguono ad una decisione e/o ad una rottura. Lo stato d'animo che si sperimenta quando si lascia qualcosa di sicuro per il nuovo e l'ignoto. Le persone in questi casi hanno timore, si pentono, iniziano a pensare alle infauste conseguenze che quella decisione produrrà sull'altro e, quindi, sono portate a fare un passo indietro, a vacillare rispetto alle decisioni prese, alle azioni compiute, e questo le mette spesso nella condizione di ritrattare, rendendo improduttiva e inutile la scelta precedente.

Lei, invece, ha avuto, in questi due giorni, un atteggiamento lucido: “la maglietta è lì, la vedo, non mi pento di averla distrutta, sono più che convinto che il bianco non mi piace e che non lo voglio mettere”. Questo è molto importante rispetto alla sua possibilità di rendere attendibile questo processo evolutivo. La vera questione, infatti, è il suo funzionamento, i suoi schemi indipendentemente dalla persona con la quale li adotta, poiché lei li ha adottati con tutti, in scala in base a chi le stava più o meno a cuore.

Infine, la terza e ultima fase è quella ricostruttiva, in cui bisogna prendere i pezzi della propria vita, delle proprie esperienze, e metterli insieme in modo diverso, dargli un'altra forma. In questa fase, dopo che io ho chiuso ed elaborato la scelta, devo attivarmi per costruire qualcosa di nuovo. Anche questo, spesso, alle persone fa paura, quindi, dopo aver rotto, cercano di mettere da parte, negano, dimenticano, rimuovono perché comunque è

pesante immaginarsi un'altra modalità di essere. Così, alle volte. danno all'indumento rotto la forma originaria, distruggo qualcosa che non rimetterò più, faccio un grande sforzo per distruggerla per poi dargli la stessa forma? Lei, ad oggi, non sa ancora cosa vuole farne, per cui decide, intanto, di dargli una modalità simmetrica, perché in cerca di una forma equilibrata ma non ancora chiara. Non so ancora quello che voglio diventare, che forma dare alla mia vita, alle mie relazioni, ma so di sicuro cosa non voglio più. Questo sembra un quadro profondamente coerente con il nostro lavoro, con il suo processo terapeutico.

F. continua a narrare i cambiamenti avvenuti in seguito alla prescrizione. Ad esempio, ha deciso di andare in un negozio sportivo per acquistare l'occorrente per poter andare a correre ed ha già corso due giorni. Il primo giorno ha iniziato con pochi giri, per poi aumentare il secondo giorno. Questa attività gli procura piacere, in più "ho superato anche la vergogna nel farlo, sono andato in un campo CONI dove corrono un po' tutti, ci sono quelli che si atteggiavano, ecc.. senza nessuno problema, ho messo la mia tutina ridicola, la mia canottiera giallo fosforescente, perché mi piace quel colore e mi sono fatto i miei quattro/ cinque giri, una ventina di minuti il primo giorno e otto giri il secondo giorno".

T: è bello che lei senta, adesso, anche un interesse verso il corpo, l'energia fisica del movimento.

F: riflettevo che sto facendo le "cazzate" che dovevo fare da venticinquenne, trentenne, e le sto facendo a 41 anni.

T: queste sono cose utili a qualunque età.

F: e questo non va ad impattare con la mia serietà, con il mio mondo anzi, forse lo aiuterà. Ad esempio, ieri dopo la corsa sono tornato a casa, ho fatto la doccia, sono stato più tranquillo sul lavoro. La fatica fisica mi rilassa,

soprattutto perché facendo un lavoro mentale, arrivo la sera che sono stravolto. Quindi c'è stato anche quest'altro piccolo cambiamento positivo. Ci sono una serie di cose, ancora, da mettere a posto ma spero che il percorso mi aiuterà a risolvere anche queste altre situazioni.

3. Se il paziente non esegue la prescrizione

L'approccio strategico integrato utilizza tutto ciò che accade nel processo terapeutico.

Questo è il grande insegnamento che prendiamo dalle parole di Erickson (1965): "I terapeuti che desiderano aiutare i propri pazienti non dovrebbero mai disprezzare, condannare o rifiutare una qualsiasi parte della condotta del paziente semplicemente perché è ostruzionista, irragionevole o perfino irrazionale. Il comportamento del paziente fa parte del problema portato nello studio. Costituisce l'ambiente personale entro cui la terapia deve agire. Può costruire la forza dominante nella relazione globale paziente-dottore. Quindi qualsiasi cosa i pazienti portino nello studio, essa è in qualche modo sia una parte di loro sia una parte del loro problema. Il paziente dovrebbe essere guardato con occhio comprensivo, valutando la totalità che è di fronte al terapeuta. Nel fare questo, i terapeuti non dovrebbero limitarsi a una valutazione di ciò che è buono e ragionevole nell'offrire una possibile base per le procedure terapeutiche. Qualche volta, infatti, molto più spesso di quanto si creda, la terapia può essere saldamente fondata su una base valida solo tramite l'utilizzazione di manifestazioni sciocche, assurde, irrazionali e contraddittorie. Non è implicata la propria dignità professionale, ma la propria competenza professionale sì". (Erickson, 1980, vol. IV, p. 231)

La domanda, in questo caso, è come utilizzare la mancata esecuzione di una prescrizione da parte del paziente? Il metodo da utilizzare non è altro che la rilettura in chiave “meta”, che consiste nel tradurre, in modo simbolico, le azioni compiute o non compiute rispetto a quel determinato compito. E’ importante rileggere quanto fatto o non fatto in funzione dello schema di comportamento, della fase della terapia, della tipologia di problema presentato. Tutto ciò ci darà una lettura profonda della prescrizione mancata e quindi la possibilità di fare una ristrutturazione che diventerà terapeutica. Ad esempio, un terapeuta dà una prescrizione che, tutto sommato, presupporrebbe un impegno di un’ora, massimo un’ora e mezza durante tutta la settimana fino all’appuntamento successivo. Il paziente arriva in terapia e dice “mi dispiace dottore, io non ho fatto la prescrizione, ho pensato di fare la prescrizione tutti i giorni ma non l’ho fatta”. Il terapeuta, dopo aver accolto l’informazione dicendo “benissimo, la ringrazio, è meraviglioso, congratulazioni, io le davo un compito a casa per creare un ponte, un’occasione di riflessione sulla terapia, anche a distanza della terapia e lei non ha dedicato solo un’ora, come avrebbe presupposto la prescrizione, ma addirittura tutti i giorni; questo è fantastico. Ora, mi dica in questi giorni in cui ha pensato alla prescrizione, che cosa poi le ha impedito di farla?” e il paziente ci dice “no, sa io ci ho pensato ogni giorno, poi però c’era sempre un motivo per rimandarla al giorno dopo ...”. Il terapeuta può proseguire dicendo: “benissimo, d’altro canto è molto coerente con la sua vita per la quale c’è sempre una buona motivazione per dire che non funziona. Insomma, ogni volta c’è qualcos’altro o qualcun altro che le impedisce di fare ciò che avrebbe voluto. Quindi quello che ha portato e quello che ha fatto, fino a questo momento, non è altro che la traduzione concreta di questo schema di comportamento”.

Può verificarsi inoltre che la prescrizione venga interrotta o non iniziata per paura delle emozioni che si affrontano o per vergogna; in questo caso i motivi possono essere molteplici: la prescrizione può o essere stata somministrata troppo precocemente nel percorso terapeutico, in un momento in cui non c'era una fiducia abbastanza forte verso il curante e verso la sua capacità di “reggere” e “sostenere” uno scambussolamento emotivo di tale portata; oppure il paziente non aveva ancora affrontato dei nodi cruciali che gli avrebbero impedito di andare a incidere su un problema anticamente radicato.

“Quando il paziente ‘sabota’ le prescrizioni, il terapeuta ha il dovere di riflettere sulla qualità del potere che esercita nella relazione, sul grado di fiducia del cliente e sulla sua effettiva motivazione al cambiamento. Può risultare estremamente utile incentrare la seduta sulle ragioni che hanno spinto la persona a trasgredire le consegne” (Secci, 2005).

Bisogna stare attenti anche a che tipologia di prescrizione si è data e se era effettivamente giusta per quel tipo di paziente in quel momento. Una prescrizione diretta in un paziente che ha difficoltà evidenti ad affrontare il suo problema rischierà di portarlo ad una chiusura e alla sfiducia sia verso sé stesso, giudicandosi incapace di cambiare, sia verso il percorso o l'orientamento terapeutico.

Anche le modalità in cui la prescrizione è stata somministrata possono essere scorrette. Un linguaggio poco persuasivo, un'approssimazione eccessiva sui particolari che compongono le indicazioni da fare, un voler a tutti i costi spiegare ove non necessario lo scopo di quel determinato compito, deprivandolo così del suo potere quasi “magico”, o impedendogli di aggirare la resistenza come invece avrebbe fatto se il senso della prescrizione fosse

rimasto celato come previsto, sono tutte ragioni possibili che spingono al fallimento del compito assegnato.

Indagare il motivo per cui la persona non è riuscita nel compito è di fondamentale importanza non solo per il paziente ma anche per il terapeuta, che avrà un'indicazione sulla radice del problema e potrà quindi aggiustare il tiro qualora si tratti di un suo errore, o andare a intervenire sulle problematiche più profonde che hanno impedito alla persona di compiere questo passaggio nel suo percorso di guarigione.

Può succedere però anche che l'incapacità del paziente di eseguire la prescrizione sia in sé terapeutica, dimostrandogli quanto lavoro ci sia ancora da fare o quali siano i suoi nodi. Capita, non raramente, che persone che al momento della somministrazione della prescrizione erano state serene e anzi stupite dall'apparente banalità del compito richiesto si presentino, la seduta successiva, in uno stato di forte agitazione all'idea di dover svolgere qualcosa che loro stessi avevano considerato banale. La non riuscita della prescrizione, in questo caso, può dimostrare ad una persona troppo narcisista o boriosa quanta strada ci sia ancora da fare o la presenza di nodi che non ritiene di avere, o ancora può essere lo strumento per portare il paziente a realizzare un problema che cercava di nascondere, costringendolo così a parlarne apertamente e a poter iniziare a risolverlo.

3.1 Giulio

Giulio è un uomo di 40 anni, sposato con Giovanna da circa 15 anni; dalla loro unione è nata Chiara che oggi ha 14 anni. Iniziano un percorso di terapia familiare in seguito all'invio del dermatologo che segue Chiara da qualche

anno per un problema di alopecia con esordio all'età di sei anni. Sin dal primo colloquio familiare emergono delle difficoltà legate alla coppia coniugale che da anni evita di toccare i conflitti, spostando l'attenzione sul "problema" di Chiara.

Nell'effettuare dei colloqui individuali, do a Giulio la prescrizione dello straccio rotto.

Quando torna, in occasione di un altro colloquio individuale:

G: l'esercizio dell'indumento non sono riuscito a farlo

T: come mai? cos'è successo?

G: ci ho pensato comunque ma non l'ho fatto. Ho pensato : "lo devo fare, lo devo fare" e non lo facevo mai. Avevo scelto pure la camicia che non mi sta più, che non si abbottona più perché una volta ero molto più magro; mi piace moltissimo e l'avrò usata una volta sola nella mia vita, è nuovissima. Mi ero fissato che la dovevo prendere taglia M, slim, così non ingrassavo, invece è stata una cretinata.

T: quando lo ha individuato l'indumento?

G: ci ho pensato subito quando lei mi ha dato il compito. Mi immaginavo sta camicia che è messa là, come altre cose che non uso, che non mi metto però mi dispiace buttare perché ci tengo; l'avevo comprata con piacere e l'avevo individuata per questo esercizio, così ho pensato "me la levo davanti".

T: ci sono diverse cose che non indossa più?

G: sì, diverse cose che mi piacciono tanto, che quando le ho comprate mi piacevano, poi ho avuto un aumento di peso dalla taglia 46 sono passato alla 50/52, e mi pesa il fatto che ho queste cose che mi piacciono e non le posso utilizzare. Alcune cose non le ho addirittura mai messe. C'è stato un periodo che compravo abiti in base alla fantasia del mio peso non a quello reale, infatti non mi stavano. Era una fissazione, mi dicevo: "tanto mi staranno" ma

non era così. Ogni tanto mi capita di svuotare l'armadio e faccio dei pacchi di vestiti da regalare, però ci sono delle cose che non riesco a dare via. Ad esempio, quella camicia almeno l'ho messa una volta, che poi ero ridicolo, non ero guardabile.

T: una volta individuato l'indumento, quindi, ha pensato più volte di fare il compito ma non lo ha mai fatto? Ho capito bene?

G: sì

Più volte G. cerca di chiudere, passare ad un altro argomento pensando che non ci sia più niente da dire.

Il terapeuta torna sull'argomento continuando con delle domande.

T: a questo compito ha pensato solo nel momento in cui le descrivevo l'esercizio, quando era qua seduto o anche a casa?

G: anche altre volte. Per esempio ci ho pensato stamattina mentre venivo e ho pensato "ora le busco" (modo di dire nel dialetto messinese, adesso verrò redarguito)

T: quando pensava che doveva fare l'esercizio dell'indumento, cosa succedeva?

G: pensavo di dover prendere la camicia, strapparla in mille pezzi, ridurla proprio in brandelli tanto da non avere possibilità di recuperarla; poi ho pensato che la dovevo cucire ma io non so cucire, quindi "se la faccio in mille pezzi poi perdo troppo tempo". E' stato un modo di rimandare per trovare un modo più facile, non avevo idea di come farlo. Il primo pensiero è stato "prendo sta cosa e la massacro", poi mi sono ricordato che la dovevo cucire e ho detto "ma io non ho voglia di cucire", questa è la verità, le dico quello che ho pensato; dicevo "poi ci penso a come farlo" e l'ho abbandonato.

T: nell'idea di doverla strappare, ha pensato di doverla fare in mille pezzi?

G: sì, questa era l'idea, non si doveva riconoscere più. Poi ho pensato, "dove la metto"? Perché dovevo lasciarla ferma lì e immaginavo sti pezzi piccoli, il gatto che passava e prendeva sta cosa, "mi sono immaginato di tutto". Quindi poi ho pensato che potevo farla in due così mi veniva più facile cucirla, anche se la mia idea non era farla in due pezzi perché non aveva senso, io la volevo distruggere. Immaginavo di lasciarla di fronte all'armadio in camera da letto.

T: ha dunque immaginato anche dove l'avrebbe strappata?

G: sì, avevo immaginato tutta la scena e poi non ho fatto nulla, la camicia è ancora appesa là.

T: vediamo se ho capito bene; ha pensato di strappare una camicia che ha messo una volta sola e che adesso non le sta più, ha pensato di farla in mille pezzi e di lasciarla davanti all'armadio della camera da letto dove l'avrebbe strappata. Poi, nel pensare al momento in cui avrebbe dovuto ricucirla, ha valutato che avrebbe potuto strapparla in due pezzi ma non era davvero quello che voleva fare. Quindi potremmo dire che tra l'idea di distruggere la camicia e farla in infiniti pezzi per poi fare una fatica sovrumana nel ricucirla rischiando di non essere capace di mettere insieme tutti quei pezzi e l'idea di farla in due pezzi per ricucirla con facilità lei ha preferito non strapparla?

G: diciamo che non è stato proprio questo il motivo; è stata più una cosa legata alla noia; non ho trovato il momento giusto per come lo volevo fare io e poi mi è caduto di mente.

T: noia per cosa?

G: noia nel fare tutta questa cosa, il momento in cui farla. Man mano che pensavo a questa cosa si costruiva l'immagine davanti a me. Avevo pensato anche al filo che doveva essere blu perché la camicia è blu.

T: era noia secondo lei?

G: io l'avrei lasciata dove capitava, per me fare questa cosa era un gesto di libertà

T: come associa la libertà alla noia?

G: non so se era proprio noia, è stata una decisione di non farlo perché ho immaginato la scena e praticamente è come se lo avessi fatto ma non l'ho fatto.

T: facendolo cosa sarebbe successo?

G: io lo so cosa sarebbe successo, io l'avrei distrutta in mille pezzi al punto che sarebbe stato impossibile ricucirla perché mi è capitato di fare delle cose così non comandate ma per rabbia al 100%.

T: la rabbia è un'emozione lecita per lei?

G: io molte volte, soprattutto quando sono solo, mi capita di provare rabbia, ad esempio in macchina quando sono solo, sono un pazzo.

T: che cosa sarebbe successo se avesse strappato la camicia e si fosse trovato a sperimentare rabbia?

G: niente perché mi è già successo di distruggere delle cose e non è successo niente dopo.

T: aveva mai pensato che le cose che ha rotto poi doveva metterle insieme?

G: no, mai. Mi sono pentito qualche volta di aver distrutto alcune cose ma lo facevo perché sapevo che non facevo del male a nessuno perché non erano persone ma oggetti. Ho avuto solo quattro risse nella mia vita, tre per fatti miei e una per aiutare mio padre che era stato aggredito da dei delinquenti, ero piccolo, avevo circa 10 anni. Il mio papà era una persona, mi dispiace dirlo, molto violenta, però lui usava parecchio le mani con noi figli; cioè il metodo educativo di mio padre era molto punitivo fisicamente soprattutto con me che ero maschio. Io comunque ero monello, ho dato fuoco alla casa, a quattordici anni gli ho rubato la macchina per andare in città e ho fatto un

incidente, ha fatto bene a darmele, ero incosciente; danni ne facevo veramente tanti da piccolo. Se ci penso oggi anche io mi sarei arrabbiato; io a mia figlia non l'ho mai toccata, non ci riesco è più forte di me, mi potrebbe fare qualsiasi cosa, proprio non ce la faccio, non riesco a toccarla ma neanche a spingerla, non ci riesco e questo Chiara lo sa, secondo me lo capisce. Con mia moglie è capitato che anche fisicamente abbiamo litigato, Giovanna è una ragazza che aggredisce, io per difendermi, essendo uomo mi è capitato di farle male, mi è capitato tantissime volte di provare rabbia con Giovanna.....Anche a lavoro ho cambiato diverse volte azienda, oltre che per crescere economicamente, anche perché comunque quando rompo una cosa la rompo totalmente.

T: non ha l'idea di ricucirla?

G: no, passo avanti. Io fondamentalmente vorrei fare così, distruggere e cambiare tutto ma poi non lo faccio mai e rimane tutto com'è e c'è sempre qualcosa che cova.

T: cioè se lei dovesse assecondare il pensiero come quello fatto per la camicia quindi cambiare una situazione che non le sta bene, lo farebbe in maniera drastica distruggendo quello che fino a quel momento è stato?

G: sì, il pensiero è questo, il coraggio non l'ho mai avuto.

T: il pensiero che tutto quello che fino a quel momento è stato possa essere distrutto e poi ricostruito, magari trovando una soluzione alternativa, e dargli un'altra forma, per lei è faticoso al punto da evitare di arrivare a distruggerlo. Cioè non si impegna a cambiare qualcosa cercando di darle un senso o una funzione diversa?

G: penso che non si può ricostruire una cosa rotta, non può venire mai per com'era prima.

T: quindi non la cambio nemmeno?

G: sì, questo è quello che mi capita anche a casa. Io so per certo che se dovessi fare un gesto forte non lo recupererò più. Mi accontento delle cose come sono e cerco di gestirle come posso.

T: cosa intende per gestirle?

G: cercare di sacrificare qualcosa o accettare delle cose che non mi vanno bene, imprecare.

T: quanto volte capita in una settimana?

G: spesso. Poi ci sono dei periodi che sono molto più tranquillo altri che sono molto irascibile, mi dà noia qualsiasi cosa, anche la telefonata.

T: cosa chiama noia?

G: più che noia è fastidio, cioè mio scoccia.

T: si è mai chiesto cosa le dà fastidio?

G: no, non lo so cos'è questo senso di fastidio che provo molte volte. Mi genera anche ansia in alcuni momenti questa cosa. Non mi sento sereno molte volte. Io non mi sento me stesso moltissime volte. Che poi lo so nella mia testa che sono cose sbagliate perché non puoi fare quello che facevi quando avevi 18/ 20 anni. Perché io ho cominciato a lavorare a 18 anni, mi sono sposato a 26, già a 27 anni ero papà, probabilmente mi sono mancati dei pezzi, tutta una serie di cose che probabilmente non mi sono neanche vissuto. Però io non mi sento di fare tutto quello che vorrei fare, non è come mi immagino io il mio essere. Io sono una persona molto di compagnia, mi piace fare "casino" nei posti, mi diverto se andiamo in un locale, mi metto a cantare, faccio confusione, sono una persona così e a Giovanna queste cose danno molto fastidio. Non le piace che faccio così. Mi sento chiuso, non mi sento liberissimo di fare quello che voglio. Ora capisco che nel momento in cui una persona decide di stare con un'altra e si crea una famiglia, devi per forza cercare di cambiare qualcosa del tuo essere perché altrimenti non puoi

stare. Non puoi pensare di uscire quando vuoi, di fare ciò che vuoi, (...) perché comunque ci sono delle regole nella famiglia e a me queste regole mi danno fastidio. Che per regole intendo anche non poter addormentarmi sul divano con la televisione accesa fino alle 3 di notte.

T: e questo lei non lo può fare, perché?

G: perché poi sento la tensione attorno a me, che lei si infastidisce. Ad esempio se ho il teatro e le dico che sto andando alle prove, sento il fastidio, mi dice il teatro lo devi lasciare. Anche con la musica, non suono più con nessun complesso, c'è stato un momento che avevo ripreso a suonare e lei mi diceva "quante cose devi fare?". Mi ricordo quando mi sono sposato che il prete nell'omelia diceva che in un matrimonio, come in una casa, ci devono essere delle stanze dove ogni tanto la persona deve stare sola, perché se non trovi un momento per te stesso, soffrirai sempre nella tua vita, perché non è facile la vita di coppia. Io sono stato fidanzato solo con Giovanna nella mia vita, lei è stata la prima e l'unica fidanzata che ho avuto.

T: l'unica donna?

G: non l'unica donna. Ho amato anche altre donne ma fondamentalmente sono stato sempre con Giovanna dai 18 anni. (...) Sono 23 anni che stiamo insieme, in questi anni ci sono stati tantissimi alti e altrettanti bassi, anche nei momenti in cui avrei voluto chiudere, non ho mai pensato di farlo.

T: ci sono stati dei momenti in cui ha pensato che potevate lasciarvi?

G: sì, però non l'ho mai neanche potuto immaginare. Mentre la camicia riesco ad immaginarla, questa cosa non la posso immaginare.

T: quali erano questi momenti?

G: erano reazioni a delle situazioni. Poi, fondamentalmente non c'è stata mai l'occasione di immaginare il come, non è una scena che riesco a vedere.

T: ma la prima volta in cui lei ha pensato che avrebbe voluto chiudere questo rapporto, se ho capito bene ci sono state delle occasioni in cui l'ha pensato?

G: sì, l'ho pensato

T: qual è stata la prima volta?

G: quando mi dedicavo molto al lavoro e volevo fare carriera e sentivo dall'altro lato, non un no perché lei non mi ha mai detto no, ma capivo che non era d'accordo. Il "fai quello che vuoi" è un no.

(...) Siccome io, alla fine, tendo sempre a fare quello che dice lei, capisco che le mie sono cose stupide mentre quello che dice lei sono cose più importanti allora faccio quello che dice lei. Cioè mi sento un po' modificato nei miei atteggiamenti ma nonostante mi modifico succedono ugualmente casini. (...)

A casa c'è una situazione di tensione, forte, e certe volte non capisco il motivo, arrivo a casa e sento tensione.

T: insoddisfazione?

G: sì, la sento. La percepisco. Certe volte non capisco i motivi. Io penso quando non ci sarà più Chiara cioè quando lei avrà una sua vita indipendente. Chiara mi fa riflettere molto di più, cioè nel momento d'ira quando penso che me ne andrei e lascerei tutto, penso a Chiara e mi fermo, non lo farei mai a costo di sacrificare la mia vita.

T: se pensiamo alla camicia. Io Giulio, nel pensare che devo distruggere una cosa, penso di distruggere una camicia che ho comprato e ho messo una volta sola quando avevo qualche kg e qualche taglia in meno; è una camicia bellissima che mi è costata anche parecchio, l'ho comprata modello slim perché la mia idea era quella di entrare in quella camicia e di mantenermi con il peso e la taglia di quando l'ho comprata. Questa cosa non è avvenuta, ho provato varie volte a metterla ma senza successo e, non contento, nel

frattempo ho comprato anche molte altre cose che al momento non erano adatte al mio peso e alla mia taglia, certo che un giorno sarei riuscito ad indossarle; ma, anche per questi altri indumenti, non è successo. Quindi se penso che devo strappare qualcosa e per strappare intendo distruggere, penso ad un indumento che rappresenti e appartenga a quello che io ero. Questo pensiero mi viene nel momento in cui la mia terapeuta mi dà il compito poi passano i giorni e inizio ad immaginare anche come posso distruggere quella cosa, quindi immagino di distruggerla facendola in milioni di pezzi che non si deve riconoscere. Penso anche a dove la lascerei nel momento in cui la dovessi distruggere e penso anche che lasciarla lì avrebbe la funzione di farmi sentire libero ma, consapevole che non ho la possibilità di sentirmi libero, penso a delle alternative: metterla fuori sul balcone con la probabilità che gli infiniti pezzi volino via compromettendo il seguito dell'esercizio che prevede che la cosa strappata venga ricucita; taglio la camicia in un altro modo rispetto a quello che vorrei, quindi in due pezzi per rendere più facile il momento della ricucitura ma, siccome non è come vorrei, non la faccio nemmeno così. Penso anche ad un altro indumento ma non sarebbe quello scelto da me d'istinto quindi non mi sentirei libero. Penso a molte altre modalità ...

G: ma non le faccio.

T: ma alla fine non ne faccio nessuna di queste.

G: vero, giusto

T: la cosa che mi trattiene ancora di più nel farlo, di distruggere cioè una cosa che comunque mi fa pensare che io non sono quello, quindi piuttosto la distruggo perché io non sono quello e voglio cambiarlo, l'idea che poi quella cosa la devo ricucire e l'idea di ricucire, per me, è ricreare la stessa cosa di prima, la stessa condizione di prima, che non può più esistere perché non

diventerò più una taglia 46 quindi, l'idea che io non potrò più essere quello che ero prima, mi fa rinunciare a distruggere la camicia, a cambiare quello che ero prima, perché cambiare non significa modificare delle parti dando una nuova forma ma distruggere tutto quello che è stato, eliminarlo.

G: vero.

T: Per cui penso tante volte a come potrei farlo, dove potrei farlo, in che momento potrei farlo, in quanti pezzi la farei, dove la lascerei, penso a delle alternative sia di indumento che di luogo in cui lasciarla, al filo che userei per ricucirla; anche solo pensare a tutto questo è un dispendio di energia perché anche se nella pratica è un compito che non ha fatto, in realtà è come se lo avesse fatto. Anche solo pensare tutto questo mi porta a non fare nulla ma ad essere insoddisfatto, non è quello che vorrei ma è quello che devo agli occhi degli altri perché il rischio è non tornare più indietro, fare del male a qualcuno quindi procrastinare (magari forse potrò tornare a mettermi quella camicia quando tornerò ad essere libero cioè quando Chiara sarà fuori da quella casa) e vivere aspettando domani. Succede però che, nonostante io pensi di proteggere e quindi di non strappare la camicia, per non creare scompiglio e quindi non lasciare pezzi in giro che potrebbero dare fastidio, comunque io, in quel momento, attiro l'attenzione di qualcuno che mi dice che non ho fatto il compito assegnato dalla dottoressa; il messaggio che passa è “non ci stai mettendo impegno in questa anche in questa cosa”, “quindi tu non ci tieni alla nostra famiglia”, “non ci tieni al fatto che Chiara possa stare bene”.

G: vero, questo è successo.

T: oppure: arrivare a far stare bene Chiara e quindi anche la nostra famiglia, comporta così tanta fatica nel ricucire, anche con un'altra forma la cosa, che piuttosto lascio tutto com'è perché se dovessi fare qualcosa non saprei cosa

potrebbe succedere. Non riesco ad immaginare che la cosa possa essere ricucita e semplicemente assuma un'altra forma, non ci riesco, non ce la faccio. Quindi non lo faccio.

G: sono un po' scioccato perché è vero (piange). Cioè la camicia è la mia vita. MI sento male perché è vero. Non so quello che devo dire (piange a singhiozzi). E' la prima persona che sa come sono, non so quello che devo dire (il suo pianto sembra liberatorio). Perché lei mi capisce in dieci minuti e la gente non mi capisce in quarant'anni?

T: forse perché questo è il mio ruolo, il mio mestiere.

G: mi sento male perché è così. Sono cose che so solo io, non le sa nessuno. Ma io sono così. Ora ho paura in questo momento, mi sento un po' scoperto.

T: qui è al sicuro.

G: una persona che mi conosce da 25 anni non mi conosce e una persona che mi vede una volta sola, sicuramente ha studiato, ma come fa a sapere questa cosa? non la sa nessuno, neanche mia madre. E' così lei ha detto tutto quello che è la mia vita, la mia vita è così, in qualsiasi cosa faccio. Però questo accumulo prima o poi scoppia, io lo sento che scoppia; è difficile gestirlo non so quello che devo fare.

T: magari continuare a lavorare su di sé in terapia.

G: sì, infatti. Non ho molte parole ma quello che ho nella testa, con l'esempio della camicia, e so che lei non parlava della camicia, lei ha detto precisamente com'è la mia vita. Ed è tutti i giorni così, tutti i santi giorni.

4. L'efficacia della psicoterapia strategica integrata raccontata da una paziente

“Non dire mai le tue cose a nessuno; io anche quando ho avuto dei problemi, non mi sono mai confidata, neanche con le amiche e mi sono trovata sempre bene. A che cosa servirebbe? avresti soltanto il giudizio degli altri e saresti sulla bocca di tutti”.

Fin da bambina ho sempre trovato affascinante il mondo della psicologia che immaginavo come un mondo ricco di sensibilità, profondità d'animo, ricerca interiore, apertura, ottimismo, voglia di vivere e capacità di trasmetterla. C'è stato un periodo nella mia adolescenza in cui io stessa sognavo di diventare psicologa per prendermi cura della tristezza e delle inquietudini che attanagliavano la vita di molte persone e che ai miei occhi non avevano ragione d'essere, giacché vedevo in quegli anni la vita presente e futura con una grande carica di energia e positività. Con il passare degli anni, a partire dalla pubertà, credo di avere un po' alla volta abbandonato la visione di una vita così sorridente e rassicurante e ho capito che non sarei mai stata adeguata a svolgere una finzione tanto difficile e delicata. Tuttavia, ho continuato a guardare alla psicologia come una materia non più da esercitare, ma di cui usufruire per conoscere meglio me stessa e nella quale intravedevo, fin da allora, la possibilità di superare limiti, ansie, paure, inibizioni che erano già ben consolidate dentro di me. Quello che non avrei mai immaginato è che la psicologia possa perdere tutto il suo lato affascinante e diventare un appiglio a cui aggrapparsi con disperazione. E' questo purtroppo il modo in cui, almeno inizialmente, mi sono avvicinata ad essa. C'è stato nella mia vita un evento determinante che ha sconvolto l'ordine apparente di tutti i miei pensieri e i miei vissuti. Altro non è stato che il MATRIMONIO. Mi preme

subito precisare che non intendo riferirmi, non per adesso, alla vita matrimoniale, nella quale come accade a molti, si infrangono sogni ed emergono contrasti e insoddisfazioni. Ciò che ha profondamente turbato la mia esistenza, all'età di 26 anni, è stata un'improvvisa presa di coscienza del passo compiuto e che mi ha portato, il giorno successivo al matrimonio, a passare, nell'arco di pochi terribili e incancellabili attimi da una condizione che credevo desiderata ad un'altra di sgomento, panico, imprigionamento ed ineluttabilità; ho visto una verità inaccettabile al punto tale da tirare, da quel momento, più volte me stessa al di fuori da quella realtà. Il malessere che provavo era grave, profondo e del tutto incomprensibile, tanto da pensare subito che se mi fossi abbandonata ad esso, riconoscendo davanti a tutti il mio dolore, sarei morta. Ho dovuto allora necessariamente fingere, mio malgrado, che tutto andasse per il verso giusto, mi sono detta: se mi comporto come dovrei, come tutti si aspettano che faccia, compresa me stessa, alla fine starò bene davvero, ho soltanto vissuto un trauma dal quale col tempo riuscirò riprendermi, un grande spavento che passerà. Tutti i giorni non potevo fare a meno di chiedermi perché il cuore e la mente andassero in direzioni opposte: razionalmente non avevo motivo di star male, avevo SPOSATO un "bravo ragazzo", vivevo in una casa nuova e ben arredata, mi attendeva un periodo di vacanza, cominciava una nuova vita; eppure era proprio la prospettiva di quella vita nuova che pesava sul mio animo, rendeva intorno a me tutto desolato e insopportabile, togliendo al cuore la meravigliosa capacità di gioire, ma anche di soffrire liberamente. Assolvo allora nel migliore dei modi, come ho sempre visto fare a mia madre, a tutti i miei doveri di MOGLIE: mi prendo cura della casa, lavo, stiro, cucino, invito a cena amici e parenti, vado alla ricerca di tende, quadri e suppellettili, contribuisco al ménage familiare lavorando, ricevo auguri e complimenti da

tutti. E così per anni. Il tempo, come pensavo, è stato un alleato valido ma anche impietoso perché ha rilasciato molto lentamente la sua azione, consentendomi solo in parte di adattarmi a quel ruolo attraverso il soffocamento dei bisogni e rimpianti inconfessabili. La nascita dei figli, prima R., poi M., non ha ulteriormente turbato il mio fittizio equilibrio basato sulla repressione e l'autocontrollo. Anche la felicità di essere diventata mamma non poteva essere provata fino in fondo ed ha spostato la mia attenzione sulle piacevoli incombenze della maternità, ma senza per questo sanare il grande disagio legato all'irreversibile condizione di MOGLIE.

L'idea di rivolgermi ad uno psicoterapeuta, sempre segretamente coltivata dentro di me, pur non ravvisandone fino ad allora una vera e propria necessità, ha invaso la mia mente da subito, certa del bisogno di raccontare a qualcuno l'inferno che nascondevo dentro di me. Ma come dire alla mia famiglia che intendevo rivolgermi ad uno psicologo? I miei avrebbero pensato che fossi impazzita o che avessi una di quelle crisi in cui un individuo debole e fragile "non sa ciò che vuole dalla vita e trova il modo di crearsi dei problemi, anche quando non ce ne sono". E poi come avrei potuto mettere in discussione il MATRIMONIO a distanza di pochissimo tempo? E seppure avessi avuto la libertà e la forza di affidarmi alla psicologia, a chi avrei potuto rivolgermi? Chi mi sarei trovata di fronte? E quanto mi sarebbe costata in termini economici una psicoterapia il cui eventuale fallimento avrebbe pesato su di me aggravando i miei sensi di colpa?

Disturbi, fobie e malesseri di ogni genere, hanno accompagnato il mio tempo per molti anni, finché mi sono in qualche modo tristemente assuefatta all'ansia, così come ci si rassegna ad una malattia cronica che invalida la qualità della vita. Ad un certo punto però, andando avanti negli anni, il mio corpo ha cominciato a dare segni di saturazione e intolleranza, soprattutto di

notte, quando non appena mi lasciavo cadere nel sonno, ero presa da fortissimi attacchi di tachicardia con frequenza superiore ai 150 battiti al minuto. Associavo quella terribile esperienza all'idea di un'automobilina giocattolo, una di quelle che bisognava trascinare a marcia indietro per poi lasciarla sfrecciare; prima che il cuore si mettesse a correre avevo la spaventosa sensazione di tornare velocemente indietro senza poter fermare quella sorta di flashback. Di qui le corse in ospedale, le diagnosi su presunti problemi di digestione, i controlli alla tiroide, la prescrizione di esami quali la gastroscopia e l'holter e di farmaci come il Levopraid e l'Etanololo. Avevo trovato intanto la forza di parlare dei miei problemi ad un medico di cui ho molta stima e dal quale mi ero recata a causa di frequenti extrasistoli. Mi spiegò che avrei potuto prendere due strade diverse: quella più lunga e impegnativa della psicoterapia oppure quella più immediata degli psicofarmaci. Pensai subito che con la seconda mi sarei sentita più "malata" e soprattutto non avrei fatto chiarezza sulla mia vita, non avrei mai capito il senso di tutto quello che era accaduto. Chiesi al dottore di suggerirmi il nome di un buon psicoterapeuta senza avere ancora la certezza che l'avrei contattato, ma conservare il suo recapito nel portafogli era come avere una carta da giocare nel momento in cui mi fossi sentita pronta. "Dottoressa Giovanna Celia psicologa psicoterapeuta" lessi più volte quel biglietto e contattai il sito per avere qualche informazione in più. A distanza di qualche tempo, un pomeriggio, dopo l'ennesima tachicardia, decido di telefonare a quel numero; ma prima, passo obbligato, informo mia madre della decisione e fortunatamente ho il suo assenso, anche se manca la sua approvazione. Al telefono mostro molta attenzione al tono di voce della dottoressa che non sento né accattivante né distaccato e alla sua domanda "Telefona per lei o per altri?" rispondo con imbarazzo ed emozione "Sono io la diretta

interessata”. Avevo fatto il primo passo, forse quello più difficile. Nel percorso da casa allo studio spero ora di aver fatto la scelta giusta, ossia di incontrare una persona competente, capace di demolire i pregiudizi di mia madre su quel bisogno di mettersi a nudo e da lei considerato uno sconveniente modo per ledere onore e dignità.

L’impatto fisico con la dottoressa mi lascia alquanto perplessa, perché io, all’età di 38 anni, non mi aspettavo di trovare in quello studio una persona addirittura più giovane. “E’ una ragazza, ha vissuto meno di me, che cosa ne può sapere, avrà di certo studiato tanto e ora vorrebbe sperimentare le teorie della psicoanalisi”. Mentre la dottoressa termina la seduta precedente alla mia, ho modo di osservare l’ambiente: mi trovo nell’appartamento di un antico palazzo dalle mura spesse e con le camere comunicanti che dall’ingresso, il punto più buio della casa, portano fino allo studio, ultimo e unico ambiente in cui si irradia la luce proveniente da un piccolo balcone. Comprendo che divani, tappeti, quadri, lampade dalle luci soffuse invitano a rilassarsi, ma io sono talmente tesa che mal tollero anche il senso di quell’arredo.

Finalmente entro nello studio, questa volta senza guardarmi intorno e, invitata a sedermi al di qua di uno scrittoio, comincio a parlare di me ad una perfetta estranea, eppure proprio davanti a lei mi abbandono dopo poco ad un pianto carico di lacrime vecchie. “E’ normale” mi dice e mi lascia piangere finché non mi calmo da sola. Non so il perché ma di quel primo colloquio ricordo soltanto di aver esordito dicendo: “Non sono certo una di quelle che chiamano il marito *amore* o *tesoro*, però anch’io vorrei...”. Dal secondo incontro in poi ho sempre trovato posto su di una comoda poltrona posizionata di fronte a quella del terapeuta. Pensai che solo chi avesse “superato” il colloquio a tavolino, potesse poi accedere alla poltrona. “Bene”

mi dico, anch'io divento oggetto di studio. Noto poi la presenza di tavolini con foto di famiglia della stessa dottoressa e mi conforta il pensiero che anche lei sia sposata e che abbia dunque almeno un'esperienza comune alla mia. Quando inizialmente mi spiega come si svolge la terapia relativamente alla regolarità e alle scadenze degli incontri, sospetto con malizia che sia un modo per garantire a sé stessa una certa continuità nei guadagni. Già dai primi colloqui mi accorgo che la dottoressa pur avendo il "difetto" di essere troppo giovane, prende a cuore, senza falsi sentimentalismi, i miei problemi e quello che più mi piace di lei è la sua capacità di valorizzare ogni momento della mia vita dando un senso anche a pensieri, atteggiamenti, sensazioni che a me appaiono insulsi e che pure tiro fuori, mentre sento che il mio corpo si irrigidisce e temo di non riuscire più a parlare. La terapeuta possiede e trasmette un equilibrio rassicurante, ma allo stesso tempo si concede piccole trasgressioni che percepisco come messaggi liberatori: beve l'acqua dalla bottiglia, si accende una sigaretta senza chiedermi il permesso, mastica la gomma, assume posizioni comode pur tenendo sempre altissimi livelli di attenzione. Racconto la mia vita tutta d'un fiato e dopo i primi incontri mi sembra di aver detto tutto. Parlo senza essere mai interrotta e ricevo pochissime domande tanto che si creano momenti di silenzio che non so come colmare, sono in imbarazzo, cerco aiuto nello sguardo della dottoressa che esamina, scava e rielabora senza farsi mai pietoso, né giudicante. Ed è proprio il giudizio lo scoglio più duro da superare, condizionata da sempre dall'opinione che gli altri hanno di me. Sento nel corso dell'analisi di volermi abbandonare a quello che realmente sono e sento di poterlo fare con la mia terapeuta, pur nella consapevolezza che lei non è solo una figura professionale che si astiene dal giudizio, ma che è anche una donna come le altre. Me ne accorgo quando incontrandola una sera sulla via del Corso,

rifugio da lei, non voglio che mi veda perché lei, una tra la folla, sa tutto di me.

Intanto mesi e mesi di terapia cominciano a sciogliere quella parte di me che si è irrigidita formando uno scudo contro le emozioni, mi commuovo molto spesso dentro e fuori dallo studio, tutto mi emoziona, persino la vita degli altri. Adoro piangere. A questo proposito riporto un aneddoto: la dottoressa era appena diventata mamma per la seconda volta e io nel farle gli auguri le chiesi, tra le righe, di mostrarmi il bambino quando fosse stato possibile. Non appena misi piede fuori dallo studio, pensai che avevo osato troppo, che ero stata invadente, che il figlio appartenenza alla vita privata della dottoressa non poteva certo mostrarlo a tutti i suoi pazienti. Quando la rividi le raccontai di aver provato vergogna per ciò che avevo detto, e nel farlo piansi cogliendo di sorpresa anche me. La dottoressa mi disse che proprio quando riuscivo a liberare la mia parte più spontanea, ero pronta a ritrattarla. Tuttavia, il senso di colpa provato e poi riconosciuto non era tale da giustificare l'intensità del pianto. Mi piace credere, anzi sono convinta, che si sia trattato di un forte moto di affetto nei confronti della terapeuta, passato attraverso il suo bambino.

“Come sta? è la domanda di rito che la dottoressa mi rivolge all'inizio di ogni incontro. Con il sorriso stampato sul volto rispondo sempre e incredibilmente “bene”. Forse perché in quel momento mi sento davvero bene, mi sento al sicuro. Più volte lei mi porta a riconoscere che, considerato l'insieme dei disturbi che riferisco, seppure tentando di sminuirli, non sto affatto bene. Devo prenderne atto. Quando mi viene chiesto di spiegare che cosa abbia significato stare male nei primi anni di matrimonio, io porto un esempio riferendomi ad uno qualsiasi dei quadri presenti nello studio: “Ecco vede questo dipinto, star male vuol dire avere paura di esso, trovarlo

spaventosamente squallido, è come se le cose volessero imporsi alla mia volontà, esse esistono e mi disturbano provocando in me una sorta di vomito mentale; anche un paesaggio, per gli altri meraviglioso, diventa doloroso da guardare, gli occhi e il respiro si fanno pesanti e tutto appare irreali”. L’ansia è davvero una brutta bestia: attacca in mille modi diversi, si impossessa di noi insinuandosi nella parte più segreta e assume forme che la rendono irriconoscibile. Eppure io, nonostante terribili percezioni, visite ed esami cardiologici, controlli della pressione, cure per la colite, non mi sono mai lasciata ingannare da essa. Ho sempre sentito che dietro tante strane sensazioni e tanti malesseri c’era l’ansia, esplosa un brutto giorno come un fulmine in un cielo solo velatamente sereno. Trattandosi di ferite e malesseri che toccano l’animo, la guarigione non è così facilmente visibile e riconoscibile, soprattutto per chi la vive. Non è come tenere sottocchio i lembi di una lesione che si deve rimarginare, il miglioramento è quasi nascosto e molto graduale, si va verso la normalità dimenticando ciò che normale non è stato. Ho sempre pensato di aver vissuto un lungo periodo di depressione, anche se non ho mai abbandonato la vita e ho fatto leva sulla mia capacità di reagire, mostrandomi pienamente efficiente. In ogni caso, sono profondamente grata alla terapeuta, per avermi parlato di fortissimi stati d’ansia e attacchi di panico permanenti, e per non aver mai pronunciato quella orribile parola, allora molto più di oggi.

Anche adesso, mentre racconto la mia esperienza, mi accorgo di avere precedentemente sottolineato come io abbia tenuto fede al ruolo di MOGLIE, descrivendo compiti e mansioni che in realtà sono solo secondarie rispetto al significato autentico di questo termine. Una moglie, innanzitutto, ama. E allora coccolo mio marito, faccio l’amore con lui, me ne prendo cura, mi preoccupo se non sta bene, cerco a tutti i costi il dialogo, pretendo

vanamente che mi collabori, lamento la mancanza di affetto e di attenzioni, mi ingelosisco per poco e temo il tradimento. Tutto con disperata forza di volontà e grandissimo affanno. Rifletto sul fatto che non ho chiesto molto amore, non ho scelto ma mi sono lasciata scegliere; era uno stupido modo per sentirmi al sicuro e, invece, ho incontrato un uomo freddo, egoista, incapace di esprimere qualsiasi emozione. Il danno e la beffa.

Dopo ogni incontro, provo una piacevole sensazione di alleggerimento e di fiducia, qualcosa si muove. Inizialmente non ripenso tanto a quello che si è detto nelle sedute, ma affiorano alla mia mente molte altre cose che vorrei dire, pensieri e ricordi si accavallano e temo mi sfuggano prima che riveda la dottoressa. Colgo allora, al contrario di quanto avessi pensato in precedenza, quanto sia importante la continuità delle sedute e mi sembrano addirittura poche per poter raccontare tutto. E' vero, infatti, che alcune emozioni o riflessioni significative e intensamente vissute, possono poi sfuggire nel corso della terapia se non c'è modo di raccontarle subito; in questo caso il passare del tempo, anche solo di giorni, ha un rapido effetto di svilimento che spinge a mettere da parte quei momenti molto sentiti, ma ormai trascorsi. La terapia era dunque una partita da giocare fino in fondo, solo così avrei potuto sperimentare la validità di quell'esperienza a cui ero arrivata come si arriva ad un difficile traguardo. Più avanti nella terapia, invece, quando meno me l'aspetto o forse al momento giusto, mi tornano in mente parole, osservazioni, metafore, episodi della vita degli altri ma anche della stessa dottoressa narrati da lei, nonché le sue intelligenti risate. Alla dott. Celia, infatti, piace ridere; lei così coscienziosa, autorevole e rapita nella sua professione, ride fino alle lacrime quando la vita, che potremmo rendere più vera e più godibile, assume forme paradossalmente comiche, senza che ce ne accorgiamo. Devo rivedere le mie posizioni anche sulla sua

presunta venalità, che presto dimentico, allorquando mi accorgo che la dottoressa non è molto attenta ai pagamenti delle sedute, va oltre l'orario stabilito dimenticando di guardare l'orologio, lascia soldi in vista senza temere che spariscono, non mi dice che per distrazione ho dimenticato di pagare la seduta. La passione con cui lavora è un aspetto fondamentale e subito ravvisabile della sua professionalità, ma l'onestà e la lealtà sono proprie della sua persona.

“Si concentri su di sé”, “mi dica perché ha sposato suo marito”, “lei non si è mai interrogata sui suoi desideri”, “lei è una persona creativa”, “perché vuole utilizzare la 500 se ha la Ferrari?”, “accetti e ringrazi quando riceve complimenti”, “accetti i suoi limiti”, “ma questo matrimonio ci sta o non ci sta?”

Credo che dietro queste parole, che possono sembrare comuni, frasi come tante, c'è un grosso lavoro mio e della terapeuta: ognuna di esse rappresenta la sintesi o l'input di un percorso graduale e spesso inconsapevole che è maturato dentro di me.

L'affermazione pronunciata dalla terapeuta che mi ha maggiormente toccata è stata senz'altro “io vedo un'infelice”. Ho avuto pietà di me perché sentivo di essere davvero infelice ma ora potevo smetterla di nascondere. Non mi era ancora chiaro o non ero ancora disposta a vedere chiaramente la causa di tale infelicità. Un giorno ero al mare sotto l'ombrellone, presa come sempre dai miei pensieri e all'improvviso sono pervenuta ad una conclusione apparentemente semplice e che invece per me è stata lunga e difficile da elaborare. E' occorso più di un anno e mezzo di terapia perché ammettessi ad alta voce e strizzando gli occhi dalla vergogna: “Non amo mio marito”. Quel momento è stato un importante punto di arrivo, ma anche di partenza perché mi ha permesso di guardare con più serenità al futuro accettando una

realtà che mi sembrava inconfessabile. Come si fa a SPOSARE un uomo che non si ama a 26 anni senza avere difetti tali da costringermi a ripiegare e senza avere secondi fini di nessun tipo? Ammettere di non amare mio marito era come ammettere di non aver partecipato ad uno degli eventi più importanti della vita, della mia vita. Desideravo una casa e una famiglia e ho impersonato bene il mio ruolo ma ho perso di vista l'elemento essenziale di un matrimonio che non so se può durare per tutta la vita, ma non può mancare almeno quando si arriva sull'altare: l'amore intenso come infatuazione, come follia, come esaltazione, come passione, inteso insomma come qualcosa che dia emozioni. Ecco cosa è mancato alla mia vita per tutti questi anni, gettandomi inconsapevolmente nel panico. Oggi non definisco più mio marito un uomo egoista e insensibile, un uomo assente e privo di reazioni; un po' perché credo che ognuno ama o vuole bene secondo le sue possibilità e queste a volte sono molto limitate; un po' perché come effetto indiretto della terapia, anche mio marito è cambiato insieme a me. L'invito della dottoressa a concentrarmi maggiormente su me stessa ha avuto importanti risultati e mio marito, anche se non è diventato un altro, si mostra oggi più affettuoso e collaborativo. E' come se volesse esprimere qualcosa in più di quello che non riesce a dire. Rimane però l'incapacità di dialogare su argomenti che non siano di carattere pratico e la sua mancanza di attenzione ai miei stati d'animo che forse (spero) volutamente ignora. Una delle cose che più detesto e che mi offende è che lui, pur non ostacolandomi nella terapia e pur sapendo che tutto è cominciato con il matrimonio, la disapprova e non mi chiede mai cosa dico con la terapeuta, a che punto sono arrivata, chi c'è nel gruppo che incontro, che cosa ci raccontiamo; eppure gli ho detto più volte di quanto ho sofferto dopo il matrimonio. Un uomo che ho

incontrato mi ha presto detto “Hai poca stima di tuo marito”. Sì, vorrei averne di più.

“Io dico che non bisogna appartenere a nessun gruppo perché il gruppo ti dà delle regole; la mente deve essere libera e incondizionata”.

- Ho paura, sono sola, chiusa in un ascensore, non posso uscire e intorno a me, al di fuori della cabina, ci sono quattro persone, ma non sono disposte ad aiutarmi, mi stringono e mi opprimono- Si tratta solo di un sogno, ma quelle persone esistono davvero e sono i ragazzi che incontro nella terapia di gruppo. L’idea di dire “le mie cose” davanti ad “altri”, mi sembra, per quanto io desidero cambiare, una prova insostenibile perché assolutamente trasgressiva. Se non avessi tanta fiducia nella terapeuta penserei che mi sta trascinando in un’esperienza off limits, dove si effettuano lavaggi del cervello e dove la forza di un gruppo può diventare pericolosa perché dominante. Escluso il gruppo degli amici, a mia madre non è mai piaciuto nessun tipo di gruppo organizzato, visto quasi come una setta che condiziona o annulla la libertà del singolo. Quando in uno dei primi incontri un ragazzo afferma con serenità di essere eterosessuale, io tesa e confusa, fraintendo il significato di questo termine e lo scambio con “bisessuale”. All’improvviso provo una sensazione di calore: ho paura di quelle persone, ripenso alle parole di mia madre e temo di trovarmi in uno di quei gruppi dove si vuole che tutto appaia normale, anche ogni sorta di stranezza e di perversione. Per qualche attimo mi sento prigioniera di quella stanza, vorrei scappare ma ho vergogna di farlo, “ecco - penso - sono già soggiogata da loro”. Mi rendo conto poi come i preconcetti abbiano offuscato la mia mente fino al punto di non conoscere più il

significato del termine *eterosessuale* e un po' per volta capisco che non bisogna attribuire a priori significati negativi a ciò che non conosciamo. Quando le vicende della vita degli altri vengono narrate con dolore esprimono motivazioni così profonde che il giudizio, seppur c'è, viene a cadere. Tutto ha una sua ragion d'essere, ognuno di noi segue un cammino che ci porta inevitabilmente a commettere errori in modo più o meno consapevole. Un aborto provocato, la paura di prendere qualsiasi decisione, una violenza subita, l'assenza dei genitori, l'incapacità di soffrire davanti alla morte, un matrimonio per errore sono esperienze di vita che nel gruppo si mescolano e si rapportano grazie agli interventi del terapeuta, rassicurando ognuno sulla possibilità di sbagliare, ma anche di cambiare per chi lo desidera. L'errore non è più uno sbaglio oggettivo, ma una strada come le altre percorrendo la quale abbiamo sofferto.

- “Tu sei una che scende a compromessi” mi ha detto un giorno Antonella, una donna che m'inquieta perché la trovo subito “rozza” in quanto duramente disincantata. Lei però ha colto nel segno: il mio MATRIMONIO è un compromesso tra la mancanza di amore e la certezza di un rapporto stabile, la voglia di retrocedere e la promessa mantenuta, il desiderio di sentirmi libera e l'idea di una famiglia strutturata e calorosa. Antonella però non conosce le vie di mezzo, riduce tutto a “dentro o fuori”, “bianco o nero”, “sì o no”. Invece nella mia via di mezzo ci sono due desideri che coesistono faticosamente: *vorrei* sta bene io, ma *voglio* che stiano bene anche gli altri. Il gioco dell'inconscio che la dottoressa propone a persone che si incontrano per la prima volta è un po' imbarazzante perché

ognuno teme di esprimere impressioni negative su di un'altra persona che potrebbe rimanere ferita. Allo stesso tempo, però, è un modo per allentare la tensione, perché, poi, tutto ciò che viene detto si nasconde dietro le fantasie di un gioco. Accade spesso che l'attenzione si concentri su un componente del gruppo. E' il mio turno, la sensazione di irrigidimento è così forte che diventa tremore. Mi sento smascherata: mi si accusa di non voler accettare complimenti che io stessa mi vado a cercare; ed è proprio così: desidero che altri notino alcuni aspetti di me, ma non voglio che colgano il mio intento di farlo. Mi dispiace, però, che F., una ragazza che studia psicologia e partecipa alle sedute, scambi la mia imposta modestia per ingratitudine di fronte al fatto che respingo i suoi apprezzamenti. E' solo che mi sembra doveroso farlo. Ed è proprio la mia riconoscenza nei suoi confronti la molla che mi spinge, allorquando la dottoressa ci chiede di pensare ad una situazione fantastica dove si muovono i membri del gruppo, a rendere F. protagonista. Immagino che soltanto lei termini la terapia trovando la "felicità", che io vedo nella possibilità di rendersi libera dalla presenza invadente dei genitori, anche in vista della professione a cui aspira. Scrivendo, ho trovato il modo di dirglielo. Ma forse anche questa volta F. rimane offesa da un finale a sorpresa che allontana dalla sua vita i propri familiari. Intanto, oggi, ho provato a dire *grazie* quando ricevo un complimento e soprattutto ho riconosciuto a me stessa la libertà di crederci.

Col passare del tempo trovo forza nel gruppo, non conosco i meccanismi della terapia e non voglio conoscerli, so però che parlare mi fa star bene e quando ad ascoltare sono più persone fa bene che

io senta la mia voce come amplificata, è una sfida che lancio a me stessa: ho paura di parlare e per dispetto (fatto a chi non saprei) parlo lo stesso, tanto se mi sento male posso dirlo e posso fermarmi in qualsiasi momento. Non so se a mandarmi in tilt sia più l'attenzione degli altri che mi ascoltano e rendono sgradevole la mia voce, o il contenuto delle mie parole che passa al vaglio di chi ascolta o addirittura una piacevole sensazione di protagonismo da celare a tutti i costi. Così facendo, però, mi sono allenata e dunque abituata all'idea che qualcuno possa disapprovare ciò che penso e, perché no, anche giudicarmi; non importa, la sua attenzione mi serve per andare avanti, per farmi forza tra gli altri, per liberarmi di loro. Ce la metto tutta per applicare ciò che ho imparato nel gruppo al di fuori di esso, sono meno timorosa perché più consapevole delle mie possibilità ma anche più disposta ad ammettere i miei limiti. Il confronto è inevitabile, ma non più doloroso.

Maria è l'amica che ho cercato per anni e che la terapia mi ha permesso di incontrare perché mi ha insegnato a cedere una parte di me, quella più importante, quella ricca di emozioni che si sono serenamente liberate da una gabbia di convenzioni. Ed è proprio Maria a cui confesso i miei segreti e che è pronta ad ascoltare, a capire, a proteggermi che mi chiede che cosa mi offre in più la terapia. Difficile rispondere subito, facile se rifletto: è la capacità della dottoressa di accogliere tutto, di avere una visione delle cose piena di sfumature che allargano i miei orizzonti provocando in me nuove considerazioni, ed è la stessa terapeuta che mi invita a sostituirla con una figura diversa, dopo avermi indicato la strada per trovarla.

Oggi vivo libera dall'ansia, da quella patologica; svolgo le attività di sempre senza più provare sensi di affaticamento e soffocamento; dormo serenamente; non vivo più dolorose e mortificanti sensazioni. Cosa c'è di straordinario? Nient'altro che la normalità.

Insomma grazie alla dottoressa Celia la mia vita si è ripresa le sue emozioni e anche la psicologia ha acquistato il suo lato affascinante.

Appendice

Tab 1: Prescrizioni suddivise per tipologia

| Dirette | Indirette | Paradossali |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Errare umanum est | Prescrizione della vasca da bagno | Cineserie |
| La strega | Doppio disegno | Il senso del limite |
| Buona la prima | Dalla parte del paziente | La mosca cieca |
| Il libretto degli orrori | Palloncini ad acqua | Come Eleonora Duse |
| Il funerale dei miei | Dorian Grey | Il piatto preferito |
| Il block notes dei complimenti | Le marachelle | Dialogo post mortem |
| Desidera | Lasciare andare | Cena di famiglia |
| Specchio delle mie brame | La posizione del letto | La pagella |
| | Come Leopardi | Sportelli aperti |

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Una quota d'amore | Utile, inutile e caro | La scarpetta di Genoveffa |
| Il romanzo della storia d'amore | Tiro a segno | |
| Lo shopping immaginario | Il cuscino | |
| Lo shopping per me | Un film in ungherese | |
| | Istantanea emotiva | |
| | Prescrizione della separazione | |
| | L'album dei ricordi | |

Tabella 2: Prescrizioni da usare in base alla fase della terapia

| Fase iniziale | Fase centrale | Fase finale |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Prescrizione della vasca da bagno | La strega | Il funerale dei miei |
| Prescrizione della separazione | Il libretto degli orrori | Una quota d'amore |
| La mosca cieca | Istantanea emotiva | Dialogo post-mortem |
| Palloncini ad acqua | La posizione del letto | Il block notes dei complimenti |

| | | |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Il romanzo della storia d'amore | Dalla parte del paziente | Lo shopping per me |
| Le marachelle | Cineserie | Lasciarsi andare |
| Specchio delle mie brame | Desidera | Il senso del limite |
| Doppio disegno | Tiro a segno | |
| Come Eleonora Duse | Utile, inutile e caro | |
| Un film in ungherese | La pagella | |
| Buona la prima | Sportelli aperti | |
| Dorian Grey | Lo shopping immaginario | |
| L'album dei ricordi | Errare humanum est | |
| La scarpetta di genoveffa | Il piatto preferito | |
| | Come Leopardi | |

Durante la fase iniziale di una terapia, come vedete da questa tabella, sono prevalenti le prescrizioni indirette e paradossali in quanto sarà bene aggirare

le difese e le resistenze del soggetto. Il paziente potrà sperimentare delle emozioni nuove in modo semplice: ciò lo aiuterà ad affidarsi maggiormente alla terapia e a proseguire con più coraggio nel suo processo di cambiamento. Nella fase centrale ci sono delle prescrizioni che attivano dimensioni molto profonde, e soprattutto lavorano, attraverso la relazione terapeutica, sugli schemi affettivi più primitivi e viscerali del paziente. Nella fase di chiusura invece il paziente ha oramai introiettato nuovi schemi di comportamento e non ha bisogno di molte prescrizioni, se non di quelle che lo aiutano nella separazione dalla terapia e che rafforzano la sua autonomia e fiducia in sé.

Tabella 3: Prescrizioni utili nelle terapie di coppia

| |
|--------------------------------------|
| Prescrizione della separazione |
| Doppio disegno |
| Prescrizione della vasca da bagno |
| L'album dei ricordi |
| Lo shopping per me |
| Sportelli aperti |
| Buona la prima |
| Palloncini ad acqua |
| La posizione del letto |
| Utile, inutile e caro |
| Un film in ungherese |
| La pagella |
| La prescrizione della vasca da bagno |
| Il libretto degli orrori |
| Il romanzo della storia d'amore |

Lasciarsi andare

Il block notes dei complimenti

La pagella (ognuno segue le istruzioni ma verso l'altro)

Nelle terapie di coppia comunicherete le istruzioni della prescrizione ad entrambi chiedendo loro di effettuarla in momenti diversi e soprattutto senza parlarne né prima né durante né dopo con il partner, ma direttamente in seduta. Sarà molto importante per la coppia sentire le riflessioni e le esperienze che le prescrizioni avranno attivato nell'uno e nell'altro. In questo modo i protagonisti usciranno dalla loro incomunicabilità e distanza per entrare, all'improvviso, in uno spazio intimo e profondo che susciterà in loro maggiore disponibilità ed empatia. Sarà come deporre le armi e denudarsi, per poi scegliere l'abito più giusto per continuare la propria storia.

Tabella 4: Prescrizioni utili nelle terapie di gruppo

Lo shopping immaginario

La scarpetta di Genoveffa

Un film in ungherese

L'album dei ricordi

Prescrizione della separazione

Errare umanum est

La strega

Utile, inutile e caro

Buona la prima

La pagella

Desidera
Cineserie
Il block notes dei complimenti
Il cuscino
Doppio disegno
Palloncini ad acqua
Come Eleonora Duse
La mosca cieca

Queste prescrizioni velocizzano il processo di trasformazione personale. Il setting di gruppo, già di per sé potente attivatore di cambiamento, sarà ancora più profondo attraverso queste esperienze emozionali correttive. Ognuno sperimenterà l'estrema diversità di vivere la stessa esperienza e ciò aiuterà a relativizzare il proprio punto di vista e il proprio malessere, imparando anche dalle esperienze altrui.

Ringraziamenti

Questo libro raccoglie le prescrizioni che ho maturato nell'arco di venti anni di lavoro come psicoterapeuta e docente. Nel mio lavoro clinico ho sperimentato queste prescrizioni con una grande quantità di pazienti e in seguito ho addestrato centinaia di allievi psicologi in formazione, presso le scuole che ho diretto e che dirigo tutt'ora, affinché se ne giovassero nel loro lavoro clinico. Quello della loro sistematizzazione e pubblicazione rappresenta l'ultimo tassello per consentire, anche ai colleghi non strategici, di conoscere e di utilizzare nuovi ed efficaci strumenti terapeutici. Ho realizzato questo testo in un periodo difficile della mia vita, tra due lutti importanti, e non sarei riuscita nel mio intento se non avessi ricevuto l'aiuto di persone importanti che quindi voglio ringraziare. Innanzitutto mio marito, il professore Mauro Cozzolino, che ha sempre sostenuto il mio lavoro ed è sempre stato un collega pregevole e un compagno unico. Vorrei ringraziare Valeria Mari, Arianna Specchio e Valentina Nikil che mi hanno affiancato e aiutato nella correzione delle bozze e nell'impegnativo compito di rintracciare i refusi che spero abbiamo "debellato" per sempre dal testo, se

non è così siate clementi. A Ginevra de Majo le cui capacità di analisi e di lettura mi sono sempre state preziose. Un grazie particolare a Sara Velardi che è stata una compagna solidale, sempre di grande incoraggiamento e supporto: non avrei potuto avere collaboratrice migliore. Dopo la morte di mio padre avevo bisogno di generare qualcosa, sentivo la necessità, dopo una fine così dolorosa, di un nuovo inizio, qualcosa che restasse a testimonianza di una storia, e questo volume è il risultato. Voglio ringraziare tutti i miei pazienti che nel farsi aiutare da me sono stati la grande enciclopedia umana da cui ho appreso una infinità di cose preziose. In assoluto i miei pazienti sono state le migliori persone che abbia conosciuto. Infine voglio ringraziare ognuno di voi che avrà avuto il tempo, la curiosità, l'apertura di studiare il testo e fidarsi di me nell'utilizzare esercizi e prescrizioni che sono di grande aiuto per i pazienti.

Bibliografia

Alexander F., French T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*, Ronald Press, New York.

Alexander F. (1963). *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*. Firenze: Sansoni.

Bandler R., Grinder J. (1975). *La struttura della magia*. Roma: Astrolabio.

Bandler R., Grinder J. (1975). *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*. Roma: Astrolabio.

Celia G. (2014). *Il gruppo strategico integrato: Teoria, metodi e strumenti per una conduzione efficace*. Milano: Franco Angeli.

Celia G. (2016). *L'approccio strategico integrato: L'evoluzione in psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.

Celia G., Cozzolino M. (2007). Il gruppo di dinamica: dal modello psicoanalitico al modello strategico-integrato, estratto da "*Quaderni del Dipartimento 2006-2007*". *Università degli Studi di Salerno*. Lecce: Pensa Editore.

Celia G., Cozzolino M. (2008). Gli stili narrativi del gruppo come indicatori di cambiamento, estratto da "*Quaderni del 185 Dipartimento 2007-2008*". *Università degli Studi di Salerno*. Lecce: Pensa Editore.

Celia G., Savi A., Serafino A., Cozzolino M. (2010). Lo stile narrativo nel gruppo AMA "Insieme per non fumare più" una sperimentazione secondo il modello strategico-integrato, estratto da "*Quaderni del Dipartimento 2009-2010*". *Università degli Studi di Salerno*. Lecce: Pensa Editore.

De Jong P., Hopwood L. (1996). Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1993-3. In Miller S., Hobbie M., Duncand B. (a cura di), *Handbook of Solution Focused Brief Therapy*. San Francisco: Josset Bass.

Erickson M. H., (1964). *Le nuove vie dell'ipnosi*. Roma: Astrolabio.

Erickson M.H., (1965). L'uso dei sintomi come parte integrale dell'ipnoterapia. Tr. it. In: Haley J. (a cura di). *Le nuove vie dell'ipnosi*, cit., pp. 789-801.

Erickson M. H., (1980). *Opere. Vol. 1. La natura dell'Ipnosi e della suggestione*. Roma: Astrolabio.

Erickson M. H., (1982). *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici*. Roma: Astrolabio.

Erickson M. H. (1982). *Opere*. Roma: Astrolabio.

Erickson M.H., Rossi E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington (trad. it. *Ipnoterapia; una ricerca clinica*, Roma, Astrolabio, 1982).

Erickson M. H., Rossi E. L., Rossi S. I. (1979). *Tecniche di suggestione ipnotica*. Roma: Astrolabio.

Foerster H. Von (1973). *Costruire una realtà*. (Tr. it. in: Watzlawick P., a cura di, *La realtà inventata*. Feltrinelli, Milano 1988).

Foerster H. Von (1974). Note su un'epistemologia delle cose viventi. (Tr. it. in: Foerster, H. Von, *Sistemi che osservano*. Roma, Astrolabio, 1987, pp. 153-167).

Foerster, H. Von (1991) Las semillas de la cibernética. Obras escogidas. In: Pakman, M. (a cura di) Gedisa, Barcelona, pp. 9-11.

Freud S. (1899). L'interpretazione dei sogni. In *Opere, vol. III*, Torino: Boringhieri, 1966.

Gallizioli E., Celia G. (2005). Gli stili narrativi nei gruppi dinamici. Teoria, metodo, fasi. In G. De Leo, B. Dighera e E. Gallizioli (a cura di), *La narrazione nel lavoro di gruppo. Strumenti per l'intervento psicosociale*, Roma: Carocci Faber.

Gordon D. (1992). *Metafore terapeutiche*. Roma: Astrolabio.

Gordon D., Meyers-Anderson, M. (1984). *La psicoterapia ericksoniana*. Roma: Astrolabio.

Gulotta G. (1997). *Lo psicoterapeuta stratega*. Milano: Franco Angeli.

Haley J. (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy selected paper on Milton Erickson M. D.*, Grune and Stratton, New York/London; (tr. it., *Le nuove vie dell'ipnosi*, Roma: Astrolabio, 1978).

Haley J. (1974). *Le strategie della psicoterapia*. Firenze: Sansoni.

Haley J. (1976). *Terapie non comuni*. Roma: Astrolabio.

Haley J. (1973), *Terapie non comuni*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.

Haley J. (1985), *Problem Solving Theraphy*, San Francisco: Jossey-Bass. (trad it. La terapia del problem solving, Milano: Franco Angeli, 2010).

Haley J. (2010). *La terapia del problem solving*. Milano: Franco Angeli.

Jackson D.J. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

Jung C. J. (1916). *The psychology of dreams*. (trad. it. “Considerazioni generali sulla psicologia del sogno (1916/1948)” in *La dinamica dell'inconscio*, vol. 8, Torino: Boringhieri, 1976).

Jung C. J. (1928). Psicoanalisi e direzione spirituale. In *Psicologia e religione, Opera*, vol. 11, Torino: Boringhieri, 1979.

Jung C.J. (1928/1930). *The Seminars: Dreams Analysis*, London and New York

Jung C. J. (1955-1956), *Mysterium coniunctionis*, in *Opere*, vol. XIV, t. 2, Torino: Boringhieri, 1990, p. 285.

Jung C. J. (1961). *Erinerrugen, Traume, Gedanken*. (trad. it. Carl Gustav Jung, *Ricordi, Sogni, Riflessioni raccolti* editi da A. Jaffé, Milano: Rizzoli, 1992 (ristampa 2007).

Kernberg O. (1985), *Mondo interno e realtà esterna*, Milano: Raffaello Cortina.

Makover R.B. (1999). *La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia*. Roma: Libreria Ateneo Salesiano LAS.

Mecacci L. (1992). *Storia della psicologia del Novecento*. Roma-Bari: Laterza (16a ed., 2006).

Mona A. (2000). “Ipnosi e narrazioni: il costruttivismo nella psicoterapia strategica”. *Quale Psicologia*, giugno 2000. Roma: Franco Angeli.

- Nardone G. (1999). *L'arte del cambiamento*. Milano: Ponte Alle Grazie.
- Nardone G., Salvini A. (2004). *Il dialogo strategico*. Milano: Ponte Alle Grazie.
- Nardone G., Watzlawick, P. (1990). *L'arte del Cambiamento*. Prima edizione TEA, Milano, 2010
- Norcross J.C., Prochaska J.O. (1982). "A national survey of clinical psychologists: views on training, career choice, and APA". *The Clinical Psychologist*, 35(4), 4-8.
- Norcross J.C., Goldfried M. R. (a cura di). (2005). *Manuale di integrazione psicoterapia (2a ed.)*. New York, Oxford.
- O'Connell B. (1998). *La Terapia centrata sulla soluzione*. Salerno: Ecomind.
- O'Hanlon B., Fantechi C. J. (2005). *Dire, fare, cambiare: guida pratica al cambiamento in terapia e nella vita quotidiana*. Roma: Franco Angeli.
- Richardson G.E. (2002). "La metateoria di resilienza e la resilienza" *Journal of Clinical Psychology*., 58 (3), 307-321.
- Rogers, C. (1994). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli.
- Secci E.M (2005). *Manuale di psicoterapia strategica*. Roma: Edizioni Carlo Amore
- Secci E.M. (2016). *Tattiche Del Cambiamento*. Manuale di Psicoterapia Strategica, Lecce: Youcanprint.
- Secci E. M. (2011), Workshop "Tecniche di Psicoterapia Strategica", Scuola di Psicoterapia Strategica Integrata, 16-27 aprile 2011, Roma.
- Secci E. M., Duò C. (2009). Workshop "La formazione strategica: la nuova prospettiva tattico-focale", Human Resources Solutions, Cagliari.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1977). *La prima seduta di una terapia familiare sistemica*. In *Terapia Familiare*, 2.

Selvini, M. (2004). *Reinventare la psicoterapia. La Scuola di Mara Selvini Palazzoli*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Semi A. A. (2002). *Tecnica del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Skorjanec B. (2000). *Il linguaggio della terapia breve. Retorica e logica del cambiamento terapeutico*, Firenze: Ponte delle Grazie.

Talmon M. (1996). *Psicoterapia a seduta singola. Migliorare l'efficacia del primo e (spesso unico) colloquio clinico*. Gardolo, Trento: Centro Studi Erickson.

Telfener U. (1992), *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, in White M, Roma: Astrolabio, 1994.

Trimarchi P. (1982). *Esercizi di diritto privato: Casi pratici e soluzioni ragionate*. Milano: Giuffrè.

Watzlawick P. (1980). *Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica*. Milano: Feltrinelli.

Watzlawick P., Nardone G. (a cura di). (1997). *Terapia breve strategica*. Milano: Raffaello Cortina.

Watzlawick P. (2007). *Guardarsi dentro rende ciechi*. Milano: Ponte Alle Grazie.

Watzlawick P., Beavin J. H., Haley J. (1967). *Le nuove vie dell'ipnosi*. Roma: Astrolabio.

Watzlawick P. (a cura di). (2006). *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*. Milano: Feltrinelli.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D.D. (1961). *Pragmatica della comunicazione umana: studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio.

Watzlawick, P. Nardone G., (2005). *Brief Strategic Therapy*. Northvale, NJ: Jason Arosn.

Watzlawick P., Nardone G. (1997). *Terapia breve strategica*. Milano: Raffaello Cortina.

Watzlawick P., Weakland J., Fish R. (1974). *Change. La formazione e la soluzione dei problemi umani*. Roma: Astrolabio.

White M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.

Wolman D. "The split brain: a tale of two halves". *Nature* 483, 260- 263 (2012)

-