

Laura Fruggeri

**Dalla individuazione di resistenze alla costruzione di differenze.
Riflessione sui processi di persistenza e cambiamento in
psicoterapia**

Psicobiettivo, X(3), 1990, pp. 29-46

Introduzione

Non e' infrequente che i terapisti riconoscano di essere cambiati grazie all'incontro coi propri pazienti. Questo riconoscimento, anche nelle sue espressioni piu' generiche, getta una luce positiva, ritengo, sui terapisti stessi, dal momento che li mostra consapevoli di non occupare soltanto la posizione di chi, il cambiamento, lo provoca.

Ognuno di noi ha dei casi di questo tipo da raccontare. Fra quelli che nella mia esperienza sono stati in questo senso significativi, ce n'e' uno, che risale a parecchi anni fa, dal quale vorrei partire per questa mia riflessione. Per la verita' non ne rammento se non in modo sfumato i dettagli, quale famiglia fosse, quale la sintomatologia. Ricordo tuttavia con una certa vividezza un episodio, un momento del processo terapeutico che ha profondamente scosso alcune certezze del mio bagaglio di terapeuta.

La famiglia, attesa per la seduta (la quarta, forse la quinta), non si presenta. L'equipe terapeutica (ed io in essa) si interroga sul significato di questo comportamento nel contesto della terapia. Rianalizza le sedute precedenti e gli interventi effettuati e "vede con chiarezza" che il non venire in seduta e' "una mossa omeostatica della famiglia in risposta ai cambiamenti che l'intervento terapeutico aveva innescato".

Come l'equipe ben sapeva, e come tutti i testi di psicoterapia relazionale recitavano, di fronte alla resistenza al cambiamento non ci si oppone, anzi, la si connota positivamente e la si prescrive. E cosi' l'equipe fece, infatti, attraverso una lettera inviata immediatamente alla famiglia. Nella lettera l'equipe si diceva d'accordo con la decisione del gruppo familiare di non venire in seduta poiche' la seduta avrebbe provocato cambiamenti (e i cambiamenti venivano accuratamente descritti) che al momento erano inopportuni.

Il giorno successivo, nelle pagine di cronaca di un giornale locale era riportata la notizia di un incidente stradale piuttosto grave in cui la famiglia che stava per ricevere la lettera con la connotazione positiva delle sue mosse omeostatiche, era stata coinvolta.

Non credo sia necessario descrivere che cosa ho provato e come mi sono sentita, nel pensare al senso di estraneita' che la lettera in arrivo avrebbe suscitato in quelle persone,

rispetto alla loro storia ed esperienza in quel momento. Forse ancor oggi non trovo le parole per farlo.

Ingenuità e spregiudicatezza da parte dell'equipe, qualcuno potrebbe commentare. Ma non è così che io ho letto/vissuto questo episodio. Certo, esso mi ha anche insegnato che una maggiore cautela e una più attenta verifica delle informazioni è sempre opportuna. Ma, soprattutto, mi ha indotto a interrogarmi a fondo sui riferimenti concettuali agiti nell'intrattenere relazioni interpersonali entro il contesto di terapia.

Il concetto di \resistenza\, ovviamente, ha costituito il nucleo intorno a cui il mio interrogarmi ha preso corpo. Mi chiedevo, quanto il riferimento a questa nozione aiutasse, e quanto invece ostacolasse, un processo evolutivo interpersonale quale la psicoterapia. Non avevo io stessa sperimentato che poteva essere fuorviante? La mia riflessione si è poi via via intrecciata con una più ampia revisione concettuale che ha investito l'ambito complessivo della terapia sistemica. Le domande che mi venivano ponendo non potevano ormai più limitarsi alla sola nozione di resistenza. Esse investivano altri concetti quali controllo, omeostasi, potere, simmetria, ecc., fino al concetto stesso di sistema. Nuovi interrogativi conducevano ad ulteriori domande che venivano aprendo prospettive ancora diverse.

Oggi mi appare inconcepibile impiegare acriticamente la nozione di resistenza in psicoterapia, anche i tentativi di ridefinirla mi sembrano mere operazioni di facciata. Il rifiuto d'altra parte rischia di eludere il nodo che il concetto di resistenza ha, seppur inadeguatamente, cercato di affrontare. Il termine resistenza è infatti un atto di classificazione di fenomeni che i terapeuti hanno osservato e continuano ad osservare. Ignorarli o esorcizzarli non serve. Ad essi sono infatti connesse problematiche pratiche e teoriche che i terapeuti hanno il dovere scientifico, sociale ed etico di affrontare, descrivere e spiegare. Mi riferisco a quei fenomeni che hanno a che fare con la irriducibile interconnessione di stabilità e cambiamento che caratterizza ogni processo evolutivo e quindi anche la psicoterapia. La spesso denunciata inadeguatezza del concetto di resistenza a spiegare questi fenomeni, d'altra parte, non è avulsa dalla correlata inadeguatezza delle teorie del cambiamento a cui i terapeuti spesso si riferiscono per spiegare il processo terapeutico.

In questo senso ritengo che sia necessario affrontare i nodi teorici legati a quei fenomeni che sono stati tradizionalmente classificati come resistenza, ma penso che lo si dovrebbe fare senza ricorrere a questa nozione. Credo anche che ciò non sia possibile senza articolare una teoria del cambiamento che sia adeguata a descrivere e spiegare i processi complessi a cui i terapeuti partecipano.

Resistenza: un concetto trasversale

Un aspetto interessante del concetto di resistenza è che non trova una definizione all'interno di un quadro teorico specifico, ma fa parte dell'apparato concettuale di diversi approcci psicoterapeutici. Non si può ovviamente ignorare che tale nozione acquista accezioni o sfumature teoriche differenti nei diversi modelli. Nell'ambito psicoanalitico è un termine tecnico usato per designare "l'opposizione che si incontra durante il trattamento psicoanalitico al processo di rendere consci i processi inconsci" (Rycroft, 1968, 155). Per i terapeuti cognitivisti resistenza, nella definizione di Guidano, è "l'espressione delle continue oscillazioni comunemente riscontrabili in qualsiasi sistema complesso durante un processo di trasformazione" (Guidano, 1988, 248). Ripercorrendo la letteratura relazionale sistemica ci si accorge che resistenza è una nozione spesso usata e criticata, ma più raramente definita. Il termine tuttavia viene solitamente utilizzato in riferimento alla nozione di tendenza omeostatica del sistema, la tendenza cioè a mantenere un equilibrio raggiunto.

Le differenze fra le definizioni teoriche di resistenza in questi tre modelli, svaniscono però sul piano pragmatico. Infatti, così come per gli psicoanalisti resistenza è l'opposizione del paziente ad accettare le interpretazioni fatte dall'analista (Reber, 1985), per i cognitivisti essa include le obiezioni più o meno esplicite alle prescrizioni e spiegazioni del terapeuta, le ricadute che insorgono subito dopo il raggiungimento di cambiamenti desiderati e i resoconti relativi a difficoltà temute o previste all'interno di alcune relazioni interpersonali significative (Liotti, 1984 cit. in Guidano, 1988). Analogamente, per i terapeuti sistemici sono classificabili come resistenza la intensificazione del pattern relazionale che è ritenuto alla base del problema, la sostituzione del sintomo, la non esecuzione di un compito da parte della famiglia, la negazione o il rifiuto delle prescrizioni o spiegazioni del terapeuta.

Da un punto di vista pragmatico, dunque, "resistenza" connota, fra tutti i comportamenti dei pazienti, quelli che non sono attesi dai terapeuti in risposta a interventi che essi ritengono favorire il cambiamento. Il termine resistenza viene cioè utilizzato per connotare la persistenza. Ma esso non descrive in modo neutro il non cambiamento. Non è, infatti, un sinonimo di stabilità. Esso include una spiegazione del non cambiamento, implicando, in particolare, l'attività dei soggetti nel mantenere la stabilità.

Tutti i terapeuti, per definizione interessati a promuovere il cambiamento, si trovano a fare i conti con la persistenza. E in questo senso stabilità e mutamento costituiscono il binomio intorno a cui ruotano tutte le teorie psicoterapeutiche. Ma dobbiamo essere consapevoli che proprio nel momento in cui la stabilità è connotata in termini di resistenza, il rapporto fra i due processi complementari dell'evoluzione viene affrontato all'interno di un quadro concettuale dualistico che considera il terapeuta artefice del cambiamento e il paziente arroccato sul polo della stabilità.

È in questa cornice concettuale che l'approccio sistemico ha tradizionalmente affrontato la tematica della resistenza al cambiamento, ed è anche a partire da una critica a questa impostazione che nuove prospettive si sono aperte.

Resistenza e onnipotenza

Il concetto di resistenza ha avuto il suo periodo fulgido negli anni in cui il modello terapeutico genericamente definito relazionale-sistemico era dominato dall'approccio strategico fondato sulla commistione della teoria dell'informazione e della teoria generale dei sistemi.

Resistenza non era neppure la parola piu' frequentemente usata. Il vocabolario dei terapisti relazionali-sistemici includeva preferibilmente termini quali "mossa omeostatica" e "contromossa" per indicare i comportamenti resistenti e "omeostasi", "capacita' autocorrettiva del sistema", "simmetria" per definire il meccanismo di cui quei comportamenti erano espressione. La tendenza dei sistemi a conservare l'equilibrio o a riguadagnarne uno perduto era il principio teorico in base al quale si giustificava l'assegnazione di determinati comportamenti dei pazienti in psicoterapia alla categoria "mossa omeostatica". Ma c'era anche un altro presupposto teorico: la distinzione fra cambiamento 1 e cambiamento 2 (Watzlawick et al. 1974). Essendo il primo un cambiamento all'interno di un dato equilibrio e il secondo un mutamento nel tipo di equilibrio, si finiva coll'attribuire ad ogni comportamento classificato come cambiamento 1 una funzione, in ultima analisi, omeostatica: un cambiamento allo scopo di non cambiare.

A partire da questo generale e comune quadro di riferimento, il concetto di resistenza ha assunto colorazioni differenti nelle riflessioni dei diversi autori. Mentre per alcuni (Haley, 1963, 1973; Watzlawick et al. 1967) l'attivita' del paziente a mantenere un equilibrio tendeva ad assumere forti tinte di intenzionalita' e di controllo, per altri (Hoffman, 1971) le spinte omeostatiche non erano che il bilanciamento a spinte evolutive, connotate come difesa naturale nei confronti dell'ignoto che il cambiamento - si supponeva - sempre comporta. La tendenza omeostatica del sistema, in questo secondo caso, era considerata come complementare rispetto a quella evolutiva. Per Selvini Palazzoli e coll. (1975) i comportamenti resistenti non erano solo o tanto da controllare o neutralizzare, ma da utilizzare da parte del terapeuta nello svolgimento del suo compito di agente di cambiamento. I comportamenti cosiddetti resistenti erano infatti da questi autori considerati come informazioni che aiutano il terapeuta a conoscere meglio la famiglia e quindi ad individuare le strategie piu' adeguate per ottenere il cambiamento. Unanimemente si indicava nella accettazione della resistenza la mossa terapeutica per superare la resistenza stessa.

Al di la' delle differenze o delle sfumature, l'idea di resistenza si colloca in una visione di psicoterapia che appare come una lotta in cui il terapeuta si assume il carico (anche attraverso l'accettazione della resistenza) di cambiare la famiglia e la famiglia si difende per mantenere l'equilibrio raggiunto.

La teoria del cambiamento terapeutico sottostante e' meccanicistica e si regge su alcuni presupposti essenziali:

- 1) Il disturbo psichico e' l'espressione di un equilibrio retto da regole che non permettono il cambiamento;
- 2) il terapeuta individua accuratamente queste regole e, ricorrendo a strumenti adeguati, le incrina;
- 3) distrutto l'equilibrio alla base del disagio, il disagio sparisce.

E' una teoria che non contempla, e quindi non spiega, il processo evolutivo. La domanda fondamentale "che cosa e' che fa si' che il sistema cambi?" trova, all'interno di questi presupposti, l'unica risposta possibile nell'onnipotenza del terapeuta che diventa cosi' l'altra faccia della resistenza del paziente.

Ma una risposta piu' pertinente e puntuale a questa domanda richiede l'introduzione di diverse e piu' adeguate categorie esplicative, di cui negli ultimi anni la riflessione sistemica si e' infatti arricchita.

L'evoluzione per salti discontinui

Una prima critica di inadeguatezza delle categorie utilizzate dai terapisti sistemici per descrivere e spiegare il processo terapeutico e' stata formulata da Speer (1970), che ha messo in discussione l'opportunita' di continuare a leggere i processi evolutivi implicati nella psicoterapia alla sola luce della omeostasi ovvero della persistenza. In seguito, altri autori (Hoffman, 1981; Elkaim, 1981; Fivaz et al, 1980; Dell, Goolishian, 1980), facendo riferimento al paradigma evolutivo dei sistemi (Prigogine, Stengers, 1979), hanno sollecitato a spostare l'attenzione dalla persistenza al cambiamento. La virata e' di 360 gradi; vedremo poi se questa abbia riportato il discorso al livello di partenza, o abbia innescato un nuovo tipo di riflessione.

A partire dalla sottolineatura della opportunita' di considerare i processi evolutivi a fianco ed in relazione con quelli di persistenza, questi autori hanno finito spesso con l'enfatizzare i soli processi di cambiamento. La considerazione delle caratteristiche di irreversibilita' della dimensione temporale ha infatti condotto alla conclusione che ogni evento e' evolutivo. Questa impostazione, qui estremamente schematizzata per ragioni di spazio, ha portato a dei mutamenti significativi nella descrizione del processo terapeutico. La contrapposizione terapeuta-agente-di-cambiamento/paziente-difensore-della-stabilita' viene a cadere. Si riconosce che il paziente ha in se stesso la possibilita' di trasformarsi. Il terapeuta non controlla, ne' puo governare il processo evolutivo che avviene comunque per salti discontinui. Il terapeuta e' soltanto un elemento che favorisce il processo. Si assiste anche ad una riconcettualizzazione di nozioni quali crisi, sintomo, disagio e altre analoghe che, anziche'

espressioni di rottura di un equilibrio vengono considerate espressioni di una fase di transizione verso un diverso equilibrio. In questo quadro il concetto di resistenza non viene neanche criticato: viene ignorato.

Tutto questo ha una ripercussione significativa sul modo di leggere gli eventi in terapia. L'approccio prevalente, da strategico, diventa evolutivo: la terapia è sempre più concepita come un processo graduale composto di fasi successive, ognuna delle quali costituisce un nuovo equilibrio a partire dal quale il terapeuta opera allo scopo di impedire o bloccare l'instaurarsi di meccanismi retroattivi ripetitivi tendenti al circolo vizioso (Elkaim, 1981).

Da un punto di vista teorico si può osservare che la domanda "come avviene il cambiamento?" continua ad essere elusa. Se le categorie di onnipotenza e resistenza sembrano semplicistiche per descrivere i processi evolutivi, quelle che le hanno sostituite rischiano di essere troppo generiche. Riconoscere che l'evoluzione procede per salti discontinui e per percorsi complessi non può infatti costituire una risposta; può soltanto considerarsi la base di partenza per una ricerca che affronti la problematica del cambiamento senza ricorrere a scorciatoie o semplificazioni meccanicistiche.

Sul piano epistemologico, l'approccio evolutivo costituisce un quadro concettuale che non si differenzia sostanzialmente da quello strategico in precedenza descritto. Il dualismo fra persistenza e mutamento rimane. C'è soltanto una sostituzione di focalizzazione. Ci si sposta dalla considerazione e concettualizzazione dei processi di persistenza alla enfaticizzazione ed amplificazione di quelli di cambiamento: "nuovo equilibrio" continua, come "resistenza", ad essere considerato uno stato del sistema (individuo o famiglia). In questo senso, quella evolutiva è una prospettiva che non si traduce in una pratica terapeutica diversa. Persistenza/resistenza e cambiamento/nuovo equilibrio sono entrambe categorie diagnostiche usate per definire il paziente separatamente dal terapeuta. Infatti, come inizialmente il terapeuta si propone di individuare/diagnosticare le regole della famiglia, il pattern relazionale o il gioco alla base del disagio ed applica rispetto a questi lo strumento terapeutico adeguato a sconfiggerli, così, dopo l'intervento, egli si propone ancora di individuare lo stato della famiglia. Il terapeuta che ricorre all'idea di persistenza/omeostasi e quello che invece parte dal presupposto della inevitabile evoluzione possono diagnosticare lo stato della famiglia, rispettivamente, in termini di resistenza e di nuovo equilibrio, ma il passo successivo li riaccomuna. In entrambi i casi adotteranno lo strumento adeguato, quello cioè che il modello di riferimento sancisce come adeguato ad abbattere la resistenza o a impedire che il nuovo equilibrio si avviti in circoli viziosi. Infatti, così come il modello strategico afferma che la resistenza si sconfigge attraverso lo strumento della prescrizione, il modello evolutivo sostiene che il terapeuta, dopo aver individuato di volta in volta i nuovi equilibri, aiuta la famiglia ad evolvere bloccandone, con il ricorso al paradosso, i comportamenti ripetitivi. Mentre a partire dal modello strategico si teorizza che il terapeuta cambia la famiglia, nella prospettiva evolutiva si sostiene che il terapeuta può solo impedire alla famiglia di ricorrere a

modelli ridondanti di comportamento e di relazione. Ma lo schema terapeutico non cambia: c'è sempre un terapeuta che individua un meccanismo e lo sconfigge con strumenti dettati dal suo modello di riferimento. Nel momento in cui la sostituzione della categoria "resistenza" con quella di "nuovo equilibrio" non sposta il quadro concettuale dentro cui il terapeuta si muove, anche i criteri in base ai quali egli agisce nella relazione col paziente non cambiano .

Un esempio può meglio chiarire questo punto.

La famiglia C. si rivolge al Centro di Terapia Familiare per un problema di encopresi del figlio maggiore di 12 anni. I componenti della famiglia sono 4: oltre ai genitori c'è anche un secondo figlio di 7 anni. La terapia è stata condotta con successo e la famiglia è stata dimessa. Dopo poco meno di un anno, i genitori si ripresentano e chiedono un colloquio a causa di un nuovo problema che riguarda, questa volta, il secondo figlio che da qualche tempo manifesta una preoccupante balbuzie. Ne avevano parlato al pediatra e questo aveva confermato la loro preoccupazione avanzando ipotesi di difficoltà psicologiche del bambino o forse di relazione con i genitori o col fratello. Il pediatra aveva incominciato a fare domande: "quanto era il tempo che i genitori passavano col figlio?" (entrambi lavoravano e il padre aveva una professione che lo fa rientrare spesso tardi alla sera), e a dare spiegazioni: "forse il bambino vi chiede maggiore attenzione!"

I genitori, dopo l'incontro col pediatra, avevano incominciato ad interrogarsi sul da farsi, a mettersi in discussione, a pensare di cambiare lavoro. Per il bene del bambino erano disposti a tutto, ma non sapevano che decisione prendere. Avevano così risolto di chiederci un incontro, "visto che li avevamo già tanto aiutati a risolvere il problema del figlio maggiore".

È facile immaginare come potrebbe leggere questa situazione un terapeuta che avesse nel suo bagaglio concettuale la nozione di resistenza. Vedrebbe il classico "spostamento del sintomo", il segno che la famiglia non è in realtà cambiata. Il terapeuta riprenderebbe la terapia elaborando strategie di connotazione positiva del sintomo.

Un terapeuta più orientato in senso evolutivo, a cui come si è visto è estraneo il concetto di resistenza, considererebbe la situazione presentata dalla famiglia come un nuovo equilibrio raggiunto, a partire dal quale "il terapeuta continua ad aiutare il gruppo familiare a tenersi lontano da nuovi meccanismi retroattivi che la porterebbero in un vicolo cieco, finché i suoi membri non si riterranno soddisfatti dei loro scambi col mondo esterno." (Elkaim, 1981, 111). Molto verosimilmente entrambi questi terapeuti opterebbero dunque per una ripresa o continuazione delle sedute.

L'equipe terapeutica che ha condotto il caso del nostro esempio ha invece espresso ai genitori il seguente parere:

La balbuzie e' l'espressione di un po' di difficolta' che il bambino sta incontrando nella sua fase di crescita (nuovi compiti da affrontare, il cambio della maestra, ecc.). Non vediamo nessun problema relazionale. Noi che vi abbiamo conosciuti bene nel corso della terapia che insieme abbiamo fatto, riteniamo che avete come genitori, cosi' come siete, tutte le risorse per affiancare vostro figlio nel superamento di questo periodo, cosi' come gia' avete fatto col figlio maggiore e cosi' come siamo certi che farete di fronte a tutte le altre eventuali difficolta' che i ragazzi inevitabilmente incontreranno nella loro crescita."

E' chiaro che l'equipe terapeutica ha elaborato questo intervento a prescindere dalla definizione dello stato in cui la famiglia si trovava. Se fosse cambiata o meno non e' il criterio in base al quale i terapeuti hanno scelto il da farsi. I terapeuti hanno deciso l'intervento a partire dalla considerazione della relazione fra se stessi e la famiglia. In questa prospettiva la domanda principale non riguarda il cambiamento o meno della famiglia, ma il contesto interpersonale che l'equipe terapeutica contribuisce a costruire e quanto esso costituisca un contesto di apprendimento, cioe' di evoluzione.

Il terapeuta del nostro esempio non abdica alla responsabilita' che gli compete. Si muove piuttosto all'interno di un quadro concettuale in cui la terapia emerge come un processo di costruzione interpersonale e sociale, anziche' come una applicazione di tecniche di intervento. La persistenza o il cambiamento non sono considerati stati del paziente, ma processi; e processi che non riguardano soltanto il paziente, ma la costruzione a cui terapeuta e paziente partecipano.

Dato il modo in cui i genitori concepivano il contesto terapeutico (i terapeuti sono gli esperti, noi non sappiamo affrontare i problemi dei nostri figli), i terapeuti hanno considerato che continuare o riprendere le sedute avrebbe potuto contribuire a costruire una relazione all'interno della quale i genitori sarebbero emersi come genitori che per risolvere i problemi dei figli devono ricorrere a degli esperti. Si sarebbero confermati nell'idea di non essere in grado di aiutare i propri figli, se non di essere la causa dei problemi dei propri figli. Un terapeuta che, a partire o dalla idea del non cambiamento o da quella di un nuovo equilibrio, avesse comunque continuato ad incontrarli, avrebbe potuto contribuire a costruire questi genitori come genitori incompetenti, creando cosi' il presupposto per futuri circoli viziosi.

Gli elementi centrali intorno a cui l'equipe terapeutica dell'esempio qui riportato organizza la sua riflessione e il suo intervento sono: la dimensione temporale della relazione, il contesto dei significati al cui interno le figure coinvolte costruiscono i reciproci ruoli e il ruolo costruttivo del terapeuta. Infatti il tipo di intervento che e' stato effettuato avrebbe avuto un significato completamente diverso se i terapeuti e questi genitori non avessero gia' condiviso nella storia della loro relazione una terapia. D'altro canto, la costruzione della competenza dei genitori da parte del terapeuta ha un senso solo in quanto si connette alla costruzione che i genitori fanno

dei terapisti come esperti. Infine i terapisti non si limitano a considerare il problema presentato e la sua eventuale soluzione, ma tengono conto dei possibili significati che la soluzione stessa può creare; quei significati attraverso cui i soggetti riflessivamente costruiscono la realtà sociale in cui sono immersi.

E' dunque questo un quadro concettuale in cui i processi di persistenza e cambiamento non vengono presi in considerazione o non costituiscono criteri del fare terapia? Certamente no, su questi processi si continua a riflettere, ma in modo diverso.

Persistenza e cambiamento come processi sociali

Negli anni recenti, e' stato elaborato un nuovo paradigma scientifico, all'interno del quale emerge un modo diverso di concettualizzare e spiegare il come gli individui agiscono e si rapportano fra di loro. Il riconoscimento del ruolo costruttivo dell'osservatore in rapporto alla realtà circostante e l'individuazione dell'autonomia o chiusura organizzativa come caratteristica del vivente hanno comportato una vasta revisione dei concetti ispiratori del fare terapia.

E' a partire da questi presupposti e dal quadro teorico-epistemologico che essi tracciano che vorrei riflettere sui processi di persistenza e cambiamento. Ma prima di procedere in questa direzione desidero esplicitamente prendere le distanze da ogni lettura mentalistica ed a-sociale che e' stata fatta nel campo clinico di questi presupposti. Ho avuto modo di farlo più organicamente in altre sedi (Fruggeri, 1990; 1991); qui mi limiterò a precisare che la prospettiva teorica a cui faccio riferimento delinea l'individuo come costruttore della realtà circostante a partire da processi cognitivi a cui presiedono strutture mentali che sono a loro volta costruite nel contesto delle interazioni quotidiane a cui l'individuo partecipa e che quindi hanno natura sociale. Le relazioni interpersonali si configurano dunque come processi di costruzione di realtà sociali attraverso un coordinamento di azioni e significati o rappresentazioni e la conoscenza emerge come un processo di costruzione con caratteristiche sociali ed autoreferenziali. "In ogni momento, scrive Varela, l'osservatore si rapporta al sistema attraverso una comprensione che modifica la sua relazione col sistema stesso" (1979, 57). Ma l'osservatore, nel suo processo di costruzione del sistema, e' vincolato dalle sue mappe, premesse, sistemi di credenze, tagli metodologici (Bateson, 1972) che, come la tradizione psico-sociale europea ci insegna (Tajfel, 1981; Moscovici, 1984; Palmonari, 1989), a loro volta si originano, si mantengono e mutano attraverso i processi dell'interazione sociale¹.

Il riconoscimento della natura autoreferenziale, costruttiva e sociale dei processi di conoscenza determina una profonda revisione nel modo di concepire l'attività

¹Per una panoramica della prospettiva psico-sociale europea si veda: Ugazio, 1988.

dell'osservatore, nelle sue vesti di scienziato, di ricercatore, e dunque anche di terapeuta; al tempo stesso costringe ad una riconsiderazione della posizione del paziente rispetto all'intervento terapeutico. Alla luce di queste premesse, la psicoterapia emerge infatti come un processo in cui la relazione tra terapisti e pazienti non costituisce semplicemente l'ambito o lo sfondo dell'intervento terapeutico, ma costituisce il processo stesso di costruzione dell'intervento. Quest'ultimo non può venire dunque considerato come l'esito di una applicazione di protocolli tecnici o di procedure operative, ma neanche come un viaggio solipsistico di individui accidentalmente presenti l'uno nella sfera dell'altro. L'intervento terapeutico si configura come il risultato di un processo interattivo di cui i sistemi di rappresentazione di tutti i soggetti coinvolti sono elementi costitutivi.

In questo quadro la persistenza non può più essere studiata e definita avendo come riferimento le leggi del sistema (la prima legge dei sistemi di Haley²), o le tipologie di patterns relazionali (simmetria), o i meccanismi sistemici (omeostasi). Essa è considerata in rapporto ai processi e alle dinamiche interpersonali e sociali a cui gli individui partecipano. Il non cambiamento non è più ascrivibile alla resistenza, alla volontà di non cambiare, alla paura di farlo o alla assenza di risorse per farlo. La persistenza viene piuttosto ad identificarsi con l'esito di circuiti riflessivi che possono emergere dalla reciproca determinazione che intercorre fra credenze e comportamenti nella esperienza individuale e sociale.

Tuttavia il circuito riflessivo fra comportamenti e sistemi di rappresentazione simbolica non è un cerchio chiuso. Esso si realizza, si mantiene e cambia attraverso un rete di relazioni interpersonali che hanno luogo in contesti sociali.

La nozione di coerenza con cui Dell (1982) suggerisce di sostituire quella di resistenza trova un fondamento in questa impostazione. E, come sostiene l'autore, la coerenza non ha cause: spiega se stessa. Tuttavia queste osservazioni non possono costituire delle limitazioni alla riflessione sui processi terapeutici, ma soltanto la base per l'elaborazione di diverse teorie esplicative. Selvini Palazzoli (1990) ha recentemente sottolineato che quello da lei definito slogan riduzionistico, "il sistema è la sola spiegazione di se stesso", finisce con l'indurre "una grave perdita di potenzialità esplicativa". Non si può certo negare che è così nel momento in cui questo principio diventa superficialmente e semplicisticamente una riedizione del divieto pragmatico di aprire la scatola nera. Affermare che la coerenza di un sistema non ha cause rintracciabili o un preciso ed identificabile punto di inizio, non significa disconoscere che essa si origina, si mantiene e cambia in processi interpersonali e sociali, e dunque non può implicare una rinuncia a descrivere e spiegare questi processi. Non rinunciarci infatti significa incominciare ad articolare una teoria dei processi di coevoluzione, inclusi quelli psicoterapeutici, senza ricorrere a schemi meccanicistici e ad altrettanto meccanicistici principi euristici.

²Quando un organismo produce un cambiamento in relazione ad un altro, quest'ultimo retroagisce in modo da diminuire o modificare quel cambiamento (Haley, 1972).

Descrivere infatti le concatenazioni fra comportamenti e sistemi di rappresentazioni che danno origine ai processi sociali attraverso cui le concatenazioni sono mantenute, significa anche riconoscere che i processi di persistenza non riguardano soltanto i pazienti. Non si può cioè prescindere dalla funzione di amplificazione e di mantenimento dei circuiti riflessivi esercitata dalla comunità sociale e scientifica per mezzo dei valori culturali, da una parte, e delle pratiche specialistiche (diagnostiche e curative), dall'altra.

Di esempi a questo proposito ne esistono parecchi nel campo clinico, ma non solo.

Da una ricerca condotta sul burn-out degli operatori socio-sanitari (Fruggeri, McNamee, 1991) è emerso che lo stress denunciato dagli intervistati era originato in patterns interattivi che i soggetti contribuivano a mantenere attraverso il processo di conservazione dell'identità professionale, determinata a sua volta da un sistema di credenze che si era strutturato attraverso la loro storia ed esperienza interpersonale e che veniva alimentato dalle spiegazioni che gli esperti danno dello stress.

In una analisi sistematica delle relazioni fra famiglia e servizi (Fruggeri, 1991), il ricorrente pattern "più l'operatore interviene, più il problema persiste e si amplifica", tradizionalmente spiegato in termini di simmetria o di soluzione che crea il problema, emergeva chiaramente come il risultato di un coordinamento di azioni e significati attribuiti alle azioni da parte dei soggetti coinvolti nella situazione, in virtù di sistemi di credenze che l'interazione continuava a perpetuare.

L'esempio di una delle situazioni analizzate in questa ricerca può essere utile ad illustrare la complessità dei processi.

Quando è iniziato il processo di deistituzionalizzazione di alcuni pazienti ricoverati presso il manicomio, le famiglie di questi sono state convocate per spiegare loro le finalità dell'intervento che stava per incominciare e per rassicurarle che l'uscita del paziente dall'O.P. non era necessariamente condizionata al ritorno in famiglia.

Questo per fugare quelle diffidenze, timori e ostilità che potevano essere legate alla riammissione in famiglia di persone da tempo lontane. Le retroazioni prevalenti delle famiglie sono state tali da rendere necessaria una riflessione da parte degli operatori. Mentre infatti alcuni nuclei familiari, quando hanno avuto chiaro che gli scopi dell'intervento non erano quelli di "scaricare" in famiglia il parente, hanno mantenuto la delega alla istituzione rispetto ai nuovi obiettivi; un altro gruppo di famiglie si è presentato agli incontri con atteggiamenti di opposizione, spesso neppure impliciti, ad ogni eventuale ipotesi di collocazione del congiunto all'esterno dell'istituzione: "X non può uscire, se non fosse malato lo prenderemmo a casa, ma è malato, allora non può andare a vivere da solo." È facile di fronte a tali incomprensibili reazioni assumere un atteggiamento moralisticamente valutativo nei confronti della famiglia, o optare per una più tecnica interpretazione di questi comportamenti nei termini di resistenza.

Ma nel corso di incontri condotti con queste stesse famiglie sono emersi elementi molto piu' illuminanti.

Nella cultura di queste famiglie la permanenza del loro congiunto in manicomio non era considerata una separazione di questi dal nucleo, ma un allontanamento che la famiglia stessa aveva dovuto accettare per il bene del paziente che era "malato" (e che era malato lo aveva confermato per anni e anni l'istituzione stessa). Di fronte alle ridefinizioni del paziente come soggetto del proprio processo di autonomizzazione, i famigliari si interrogavano e interrogavano gli operatori: " ma allora questo cosa vuole dire, che noi siamo cattivi?"

La logica era senza via di uscita: se non era vero che il paziente era incapace di provvedere a se stesso, motivo per cui la famiglia aveva per il suo bene accettato il ricovero in O.P., ma era, come sostenevano gli operatori, un soggetto attivo e responsabile dei propri processi evolutivi, allora la famiglia era "cattiva" visto che lo aveva lasciato segregato per tanti anni. In questo quadro, il paziente, per parte sua, oscillava fra il rifiuto della dimissione e l'adesione al programma di reinserimento.

Se connettiamo fra loro le logiche con cui i soggetti si danno spiegazioni delle rispettive azioni, emerge che piu' gli operatori fanno cose per dimostrare che il paziente puo' farcela da solo, piu' i familiari si sentono cattivi, piu' il paziente oscilla fra autonomia e pazzia, e piu' gli operatori sentono di dover fare qualcosa per mostrare che il paziente puo' essere autonomo. Così, l'intervento dell'operatore che nel contesto della relazione operatore-paziente e' finalizzato a risolvere il problema presentato, diventa, nel contesto della relazione fra operatore, famiglia e paziente, una affermazione, convalida, alimentazione della "incapacita'", "inadeguatezza", "cattiveria" della famiglia. Che questo significato attribuito dalla famiglia all'intervento dell'operatore non sia marginale, irrilevante o eliminabile in quanto estraneo, ma che sia invece un elemento costruttivo di relazioni, emozioni, comportamenti e, quindi, dell'esito stesso dell'intervento lo riscontriamo dalle oscillazioni del paziente, che esprimono una denuncia della impossibilita' di concepire un benessere personale costruito sul malessere delle persone significative.

Sarebbe tuttavia riduttivo considerare il senso di inadeguatezza espresso dai familiari di questi pazienti un effetto dell'intervento dell'operatore. Sarebbe questa una spiegazione deterministica e lineare che porterebbe ad indebite generalizzazioni. Altri familiari, come si e' visto, erano stati disposti a confermare la delega alla istituzione per un reinserimento sociale del parente come avevano dato in precedenza carta bianca sulla segregazione.

D'altra parte sarebbe anche riduttivo considerare l'inadeguatezza che questi famigliari esprimono il risultato di una sbagliata interpretazione della situazione, piuttosto, parafrasando Moscovici (1982), potremmo dire che esso e' il risultato di una interpretazione corretta a partire pero' da un certo tipo di rappresentazione sociale del problema in cui si trovano coinvolti.

Il senso di inadeguatezza emerge cioè dai significati attribuiti all'intervento da parte dei familiari, in virtù delle rappresentazioni che essi si sono costruiti attraverso la propria esperienza o storia, attraverso l'appartenenza ad una determinata cultura o gruppo sociale, di se stessi o meglio di se stessi come famiglia con un membro problematico.

La storia culturale degli ultimi anni ha molto enfatizzato la violenza subita dai degenti di O.P. e ha posto il problema del loro reinserimento sociale come un fatto di giustizia. Le famiglie che aprono l'alternativa fra la pazzia del congiunto e la propria cattiveria, segnalano che condividono proprio questa rappresentazione sociale.

Affermare che il senso di inadeguatezza che questi familiari esprimono è collegato alle loro rappresentazioni sociali significa allora che non ha niente a che vedere con gli operatori? che è qualcosa nelle loro menti?

No, perché ha una correlazione con l'impasse in cui l'intervento degli operatori finisce col naufragare e perché queste rappresentazioni si convalidano ed alimentano proprio nella relazione con gli operatori; sono infatti i comportamenti di questi che le amplificano, anche se non le producono.

La persistenza qui appare come un processo, come una serie di concatenazioni non causali di azioni, attribuzioni di significato e sistemi di credenze che tendono a confermarsi reciprocamente in un contesto interattivo. Il processo che caratterizza l'evoluzione non è di tipo diverso. Esso avviene, in un contesto interattivo, entro i vincoli costituiti dai sistemi di rappresentazione, credenze e significati e questi, a loro volta, generano azioni che li modificano ricorsivamente. Il cambiamento è dunque la produzione sociale dell'ampliamento delle possibilità di scelta che si verifica nell'incontro evolutivo fra diverse coerenze. In questo senso la terapia può essere vista come un contesto di deuteroapprendimento, cioè un contesto di cambiamento dell'insieme delle premesse entro cui sono possibili le scelte di azione e di attribuzione di senso.

Dal punto di vista metodologico che tipo di implicazioni ne derivano?

Per il terapeuta non è più sufficiente interrogarsi sulla validità o meno delle sue teorie e sulla efficacia o meno dei suoi strumenti. Validità ed efficacia non trovano più riscontri esterni alla co-costruzione della relazione tra terapeuta e paziente. L'indagine è principalmente orientata alla analisi delle rappresentazioni, dei sistemi di credenze e significati attraverso cui il paziente costruisce la sua realtà sociale (e quindi anche la terapia). Ma soprattutto, il terapeuta, che si propone di contribuire a costruire processi evolutivi, si interroga costantemente sulla propria collocazione. Si interroga cioè su come il proprio modo di osservare e analizzare i processi in atto contribuisca alla co-costruzione della relazione col paziente, nella consapevolezza che le sue azioni si collocano irriducibilmente in quella

concatenazione di comportamenti, credenze e significati che puo' generare persistenza o cambiamento.

Tuttavia questo non risponde ancora alla domanda inizialmente formulata "che cosa fa si' che un sistema cambi?". Alla fine di questo percorso di riflessione essa risulta pero' precisata nei seguenti termini: "qual e' il processo attraverso cui le azioni modificano i contesti entro cui le azioni acquistano senso?". Ovvero "che cosa rende un processo interattivo un processo di deuteroapprendimento?" ; "qual e' lo specifico di una conversazione (quella terapeutica) che cambia i tipi di conversazione gia' in atto?"

Il cambiamento, nei processi vitali, e' la norma. E' il percorso seguito dalle idee nella produzione di differenze. Indagare sul cambiamento, per un osservatore-terapista, significa seguire questo percorso attraverso le modificazioni che si verificano nella relazione, a livello di contesti di significato. A questo livello e' opportuno ed auspicabile un lavoro di ricerca che connetta le modificazioni alle azioni del terapeuta, che valorizzi l'importanza delle microconnessioni operate ed ospitate nel processo terapeutico. E' a livello micro che "si vede" il "cambiamento in azione": piu' allarghiamo il campo, piu' usciamo dalla considerazione del ruolo costruttivo del terapeuta nel processo, piu' rischiamo di "vedere" di nuovo persistenza e modelli relazionali "dati".

Per seguire il filo delle concatenazioni fra credenze, attribuzioni, sistemi di spiegazioni e azioni in un contesto interattivo occorre analizzare gli scambi comunicativi attraverso cui il processo terapeutico (di deuteroapprendimento) si svolge.

A questo scopo vediamo un altro esempio. Quello che segue e' un brano stralciato da una prima seduta con una famiglia composta dai genitori, un figlio, Enrico, di 17 anni e una figlia, Maria, di 14 anni diagnosticata anoressica dai medici del locale ospedale e da questi inviata per una terapia familiare. Durante la prima parte della seduta, Maria ha esplicitamente introdotto un collegamento fra le difficolta' di rapporto della coppia genitoriale e il suo star male. Le reazioni dei genitori sono state immediate. Il padre, sottolineando che "di problemi ne esistono in tutte le famiglie", si e' scagliato contro le teorie che assegnano sempre ai genitori le colpe dei problemi dei figli, la madre, dicendosi confusa, informava che "problemi ce ne erano un tempo ora la situazione e' piu' tranquilla".

Terapista: Il problema non e' se ci sia o no un collegamento fra la magrezza di Maria e il disaccordo fra voi. Ma e' interessante che Maria pensi che ci siano dei problemi fra babbo e mamma e che lei debba fare qualcosa per cambiare la situazione. Anche lei (al fratello) sente di dover fare qualcosa per cambiare il rapporto di babbo e mamma.

Enrico: Si', mi sono sentito in passato, ma adesso...

T: In passato l'ha sentito? Quanto tempo fa?

Enrico: Tre o quattro anni fa, ma desso devo pensare anche a me, a divertirmi.

T: Ma Maria continua a pensare quello che lei pensava qualche anno fa

Enrico: Secondo me fa male

T: Lei ha provato a dirlo a Maria che non sono affari suoi?

Enrico: No perche' lei non e' disposta a un dialogo

T: Ma lei ha provato a dire a Maria che lei la capisce, perche' anche lei ha ha sentito l'impulso a fare qualcosa per i suoi genitori, ma poi ha capito che quello che succede ai genitori dipende solo dai genitori. Maria continua a pensare quello che lei pensava anni fa. Lei ha provato a spiegarglielo?

Enrico: Ma io non capisco lei, perche' io non ho smesso di mangiare o fare cose del genere.

T: Maria, suo fratello non riesce a capirla, perche' da una parte ci si e' trovato anche lui a provare l'impulso che adesso prova lei, pero' poi lui ha lasciato andare, quindi lui non capisce perche' lei insiste. E io mi chiedo c'e' qualcuno che le chiede di insistere?

Maria: No

Enrico: Qui rispondo io. Forse e' la chiesa.

T: Le idee?

Enrico: Si', lei ha delle idee molto religiose

T: Lei Maria e' d'accordo?

Maria: Che siano le mie idee, forse si'. La chiesa non so. Io sono stata sempre molto idealista. io vedo molto... cerco sempre il meglio delle persone, io sono ottimista, mi lascio anche fregare delle volte. Io faccio sempre la figura della fessa, me ne accorgo dopo che tutti gli altri ci sono arrivati.

T: Infatti suo fratello sono quattro anni che ci e' arrivato . Senta (al padre) da dove viene questa idea che Maria ha, di doversi occupare degli affari suoi e di sua moglie?

Padre: Perche' ha fantasia da vendere.

T: C'e' qualcuno che glielo chiede?

Padre: Puo' darsi anche il fatto religioso. Sta di fatto che il tracollo fisico e mentale l'ha fatto dopo una settimana di pellegrinaggio a Lourdes.. E' venuta a casa che era pelle e ossa, e' cambiata da cosi' a cosi'...

T: Cioe' lontano da casa.

*Padre: Non un lontano da casa qualunque, un lontano da casa particolare
Quando e' tornata a casa da Lourdes, sembrava di aver messo una santa in casa.
Sparecchiava, parlava con un tono di voce che..., lavava i piatti. Era diventata buonissima,
anche troppo. A me faceva quasi paura.*

In questo brano, il terapeuta, attraverso commenti e domande, traccia e sollecita connessioni fra i comportamenti e gli eventi di cui i membri della famiglia riferiscono. Il punto di vista che il terapeuta adotta nel tracciare le connessioni e' relazionale. Maria, il fratello e il padre rispondono alle sollecitazioni del terapeuta con spiegazioni lineari di causa-effetto, in cui la causa e' un elemento (la chiesa, le idee religiose, il pellegrinaggio a Lourdes) che riguarda esclusivamente Maria, che e' dunque esterno alla famiglia, la quale ne subisce soltanto gli effetti.

Le risposte di queste persone sono comportamenti resistenti? Il terapeuta non sta facendo le domande giuste? All'interno di un quadro in cui il cambiamento e la persistenza sono rigidamente assegnati rispettivamente al terapeuta e al paziente, questi sono gli interrogativi che nascono. E delle due, una: o il terapeuta sbaglia o la famiglia resiste.

Ma altri sono gli interrogativi che possono essere formulati. Quali sono le risposte giuste? Esistono risposte giuste che i membri della famiglia conoscono e nascondono? Se usciamo dalla metafora del gioco a rimpiazzino, non e' difficile riconoscere che le risposte che queste persone danno sono, in questo momento, le uniche che conoscono e le uniche che possono dare all'interno del loro sistema di spiegazioni. Non ci sono risposte diverse che un terapeuta possa scoprire. Ma neanche risposte diverse che un terapeuta possa suggerire. Ci sono soltanto risposte diverse che il terapeuta insieme alla famiglia possono costruire. Ma questo apre un nodo teorico importante. La letteratura indica nella introduzione di diverse descrizioni e di diversi modi di connettere comportamenti ed eventi il metodo per costruire risposte

diverse. Ma come puo' qualcuno, che noi ipotizziamo chiuso nelle proprie premesse o sistemi di spiegazione, vedere o sentire la differenza che il terapeuta introduce? Nell'esempio qui riportato le connessioni che il terapeuta fa sono certamente relazionali nelle sue intenzioni. Ma i membri della famiglia partono da presupposti lineari ed e' in questa chiave che "sentono" le domande che il terapeuta propone.

La resistenza in psicoterapia puo' essere considerata un modo che i terapeuti hanno trovato per ridurre questa contraddizione. Anche se oggi si sostiene che "resistenza" e' una spiegazione semplicistica, inadeguata e anche teoricamente poco fondata, questo nodo non si puo' eludere.

Una teoria del cambiamento coerente con le premesse sopra delineate deve poter dare una risposta a questo interrogativo; altrimenti si potra' anche rinunciare all'idea di resistenza, ma si rischia di finire con lo spiegare i processi terapeutici con superficiali e sbrigativi slogans. D'altra parte una risposta a questo interrogativo puo' emergere soltanto da una ricerca che possa rendere conto di come i circuiti riflessivi fra azioni e significati si originano, si mantengono e mutano, sia a livello del processo di costruzione dell'interazione, sia al livello dei singoli scambi comunicativi. Le ricerche precedentemente citate ci danno indicazioni sulle concatenazioni fra sistemi di significato e comportamenti nella costruzione delle realta' sociali e su come queste mantengono o mutano i primi. Ma e' soltanto una sistematica microanalisi delle sedute terapeutiche che ci puo' dare qualche illuminazione su come avviene il processo di cambiamento, cioe' su come le azioni (il conversare terapeutico e' una azione) modificano i contesti di significato. Una indagine avviata a questo scopo ha fornito indicazioni che pur nella loro parzialita' risultano interessanti (Fruggeri, Matteini, 1990). Da una preliminare analisi di un seppur limitato numero di sedute di terapia familiare, emerge che gli interventi del terapeuta a cui i membri della famiglia rispondono con diversi tipi di spiegazione, descrizione o attribuzione di significato, sono le domande o i commenti che mettono in discussione la *coerenza* fra le loro descrizioni, spiegazioni, attribuzioni e mappe, premesse, credenze. Viceversa, ogni volta che il terapeuta offre una diversa spiegazione o descrizione, i membri della famiglia tendono ad assimilare ed omologare tali interventi all'interno dei loro sistemi di credenze. Sembra, in sintesi, che in una relazione terapeutica, la messa in discussione della coerenza fra sistemi di credenze e spiegazioni o descrizioni costituisca una perturbazione che porta gli individui a generare una nuova coerenza.

Un esempio di questo processo lo troviamo nella continuazione dell'ultima conversazione menzionata:

T: Pero' quello che mi colpisce e' che anche Enrico, che non ha idee religiose, a un certo punto della sua vita ha sentito che doveva fare qualcosa per voi due.

Padre: C'e' stato un periodo un po' burrascoso in casa nostra ed e' stato lui che ha ricucito un pochino le fila.

T: E come ha fatto?

Enrico: Loro, pareva che si volessero dividere e io ho detto "No,no, voi state insieme".

Madre: Tutti e due l'hanno detto.

Padre: Si' anche lei (indicando Maria).

Madre: Quella volta io l'ho visto come un fatto egoistico. E' logico che due figli non vogliano sentirsi.... mercoledi' da babbo,giovedi' da mamma...cambiare casa, cambiare ambiente. E' logico dal loro punto di vista, pero' e' egoistico. Loro non hanno pensato a ricucire le cose fra me e mio marito, loro hanno pensato a se'..

T: Quindi non e' soltanto Maria che magari ha le sue idee religiose, ma anche Enrico che religioso non e'... tutte e due insomma vi chiedono di stare insieme.

Madre: Si', per me e' un fatto di comodo.

Maria: Insomma!...

Padre: Un momento. Ce lo chiedevano, io sarei curioso di farla adesso questa domanda. Pensate che dobbiamo stare insieme?

Enrico: Si'. Anche perche'....si'.

T: E lei Maria?

Maria: Beh... si'.

T: Maria mi sembra un po' piu' indecisa.

Maria: Io delle volte vorrei che lui (indica il padre) andasse via. Io delle volte vorrei che lui non fosse li'. Pero' tante volte... i momenti che io ricordo con piu' nostalgia, i momenti felici sono i momenti in cui siamo tutti insieme. Anche se sono rari, per Natale o quando andavamo a

sciare. Mi piaceva avere tutta la famiglia intorno. Quindi , poi, a essere solo io, mia madre e mio fratello, manca qualcosa.

(La madre ha incominciato a piangere)

T: Anche perche' la mamma non sarebbe contenta se non ci fosse il babbo.

Padre: Oh dio...

Maria: Anche perche'... mio fratello diceva "io non lo so se babbo vuole cambiare le cose". Secondo me c'e' in tutti e due una spinta a voler cambiare. A nessuno va bene cosi'. Saro' orgogliosa io...ma anche loro... e poi ormai c'e'... ormai da tanti anni e' cosi' e si continua cosi'... orami loro non sanno piu' che cosa dirsi. Non hanno il coraggio di dire "proviamo a cambiare qualcosa". Pero' si vede da tante cose che loro vorrebbero cambiare.

T: Maria, neanche lei ha lasciato la speranza che qualcosa possa cambiare?

Maria: Secondo me, sarebbe possibile, si'.

T: Quindi ce l'ha ancora la speranza. Maria lei pensa di avere piu' probabilita' di riuscire a cambiare i suoi genitori da magra, emaciata, anoressica o con qualche chilo in piu'?

Maria: Non lo so.

T: E' questo il suo dubbio eh?

Maria: Non so se arrivando a quel determinato peso, le cose tornano come prima e non se ne parla piu' oppure se arrivando a quel peso riusciremo tutti insieme a stare con una certa armonia e quindi mettere le basi per costruire qualcosa di migliore.

(Durante questa parte del colloquio fra Maria e la terapeuta, la madre piange, il padre e Enrico ascoltano sbigottiti e commossi)

La seduta continua, e a questa altre ne seguono. Il processo evolutivo di queste persone non si limita a questo momento, ne' e' circoscritto all'interno del contesto terapeutico. Il tempo e la rete di interazioni entro cui il cambiamento si struttura, includono i momenti e le interazioni della psicoterapia, ma non solo. Tuttavia il brano sopra riportato documenta una fase di

questo processo, quella fase in cui queste persone partecipando ad una interazione generano un modo diverso di costruire se stesse.

Considerazioni finali

Rinunciare a considerare la persistenza e il cambiamento come stati o eventi, ed accettare una prospettiva in cui essi emergono come processi interattivi, comporta che si apra una riflessione teorica e metodologica sui processi terapeutici. E' infatti, questo, un passaggio che non puo' esaurirsi in una sostituzione di termini con altri o nel ricorso ad una tecnica invece che ad altre. Esso segna l'inizio di un percorso di ricerca che ha per oggetto i pazienti, i loro disagi, i loro modi di costruire le realta' che vivono, e anche i terapeuti, i loro modi di osservare e di agire; ma soprattutto ha per oggetto il processo a cui entrambi partecipano attraverso un coordinamento di azioni e significati.

I criteri che guidano l'agire terapeutico non sono, in questa ottica, fondati sulla validita' piu' o meno provata di un modello scientifico, ne' possono essere individuati in base ad una prefigurata efficacia di uno strumentario tecnico. L'agire del terapeuta puo' trovare riscontri soltanto all'interno della relazione interpersonale che le sue azioni contribuiscono a costruire.

Se un terapeuta attento ad applicare un modello in modo competente e scrupoloso, di fronte ad una impasse, sceglie fra l'ipotesi del paziente che resiste e quella del terapeuta che sbaglia, nell'ottica qui delineata il terapeuta si interroga su come l'uso del modello adottato ha contribuito a creare l'impasse. E' dunque attraverso l'auto-esplicitazione del proprio punto di vista che il terapeuta puo' osservare il proprio modo di costruire i processi che osserva e quindi la propria relazione con essi. Ma il terapeuta non determina unidirezionalmente la situazione in cui e' coinvolto. La storia del paziente, i suoi sistemi di credenze, le sue aspettative, le modalita' dell'invio e della richiesta di aiuto, le eventuali precedenti esperienze terapeutiche costituiscono il contesto dei significati entro cui le azioni del terapeuta vengono costruite da parte del paziente. Il significato che il suo modo di costruire i processi osservati viene ad assumere nella co-costruzione della relazione col paziente costituisce dunque l'altro criterio di azione.

Infine il terapeuta agisce per favorire il cambiamento. Come giudica se l'obiettivo e' raggiunto? Al di la' di ogni possibile ed opportuna elaborazione su questo tema, la scomparsa del disagio rappresenta per ogni terapeuta, in ultima analisi, il segno del successo della terapia. D'altra parte non si puo' ignorare che questa e' anche la definizione sociale di terapia riuscita. Tuttavia adottare la scomparsa del sintomo come unico criterio di definizione del cambiamento comporta un appiattimento del processo terapeutico. Se infatti in ogni momento il terapeuta confronta l'esito dell'intervento alla luce di questo unico criterio, tutto cio' che non e' "scomparsa del sintomo" diventa persistenza. In un'ottica processuale anche i criteri di definizione del cambiamento dunque mutano, si arricchiscono, si articolano,

diventano piu' locali. Essi infatti si collocano all'interno della costruzione interpersonale a cui terapeuta e paziente partecipano e riguardano gli aspetti comportamentali e simbolici attraverso cui la relazione si struttura. I sistemi di spiegazione, i modi di descrivere eventi e comportamenti, le attribuzioni di significato, le modalita' di espressione di sentimenti ed emozioni, costituiscono gli elementi a cui il terapeuta presta attenzione e la loro variabilita' viene assunta come il segnale dell'ampliamento delle possibilita' di scelta che e' condizione di una evoluzione. Descrivere come l'agire terapeutico contribuisce a costruire questa variabilita' e' la responsabilita' scientifica e sociale a cui i terapeuti non possono sottrarsi ed e' in questo vincolo che i terapeuti incontrano la possibilita' del loro cambiamento.

Riferimenti bibliografici

BATESON, G. (1972), *Steps to an ecology of mind*, Ballantine, New York. (Trad. it. *Ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.)

DELL, P. (1982), "Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence", *Family Process*, 21, 21-40. (Trad. it. "Al di la' dell'omeostasi: Verso un concetto di coerenza", *Terapia Familiare*, 1982, 12, 85-113.)

DELL, P., GOOLISHIAN, H. (1980), "Order through fluctuation", Annual Scientific Meeting of the A. K. Rice Institute, Houston.

ELKAIM, M., (1981), "Non equilibrio, caso e cambiamento in terapia familiare", *Terapia Familiare*, 9, 101-112.

FIVAZ, E., FIVAZ, R., KAUFMANN, L., (1980), "Terapie di famiglie a transazione psicotica: Un paradigma evolutivo", *Terapia Familiare*, 7, 63-80.

FRUGGERI, L. (1990), "Metodo, ricerca, costruzione", in M. INGROSSO (a cura di), *Itinerari sistemici nelle scienze sociali*, Angeli, Milano.

FRUGGERI, L. (1991), "The therapeutic process as social construction of change", in S. MCNAMEE, K. GERGEN (eds) *Social construction and the therapeutic process*, Sage, London.

FRUGGERI, L. (1991), Servizi sociali e famiglie: dalla risposta al bisogno alla costruzione delle competenze. *Oikos*, 4, pp. 175-190..

FRUGGERI, L., MATTEINI, M. (1990), "Struttura e livelli della narrazione terapeutica", in V. UGAZIO (a cura di), *Soggetto, emozioni, sistema*, Vita e Pensiero, Milano.

FRUGGERI, L., MCNAMEE, S. (1991), "Burn out as social process: A research study", in L. FRUGGERI, U. TELFNER, A. CASTELLUCCI, M. MARZARI, M. MATTEINI, *Systemic approaches to mental health services delivery*, D.C. Publications, London.

HALEY, J. (1963), *Strategies of psychotherapy*, Grune and Stratton, New York. (Trad. it. *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1974.)

HALEY, J. (1972), "Family experiments: A new type of experimentation", *Family Process*, 1, 265-293.

HALEY, J. (1973), *Uncommon therapy*, Norton, New York. (Trad. it. *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma, 1976.)

GUIDANO, V. (1988), *La complessita' del se'*, Boringhieri, Torino.

HOFFMANN, L. (1971), "Deviation-amplifying processes in natural groups", in J. HALEY (ed), *Changing families*, Grune and Stratton, New York. (Trad. it. *Fondamenti di terapia familiare*, Feltrinelli, Milano, 1980.)

HOFFMANN, L. (1981), *Foundations of family therapy*, Basic Books, New York. (Trad. it. *Principi di terapia familiare*, Astrolabio, Roma, 1985.)

MOSCOVICI, S. (1984), "The phenomenon of social representations", in R. FARR, S. MOSCOVICI (eds), *Social representations*, Cambridge University Press, Cambridge.

PALMONARI, A. (1989), *Processi simbolici e dinamiche sociali*, Il Mulino, Bologna.

PRIGOGINE, I., STENGERS, I. (1979), *La nouvelle alliance*, Gallimard, Paris. (Trad. it. *La nuova alleanza*, Einaudi, Torino, 1981.)

REBER, A. (1985), *Dictionary of psychology*, Penguin Books, Harmondsworth (England).

RYCROFT, C. (1968), *Dizionario critico di psicoanalisi*, Astrolabio, Roma.

SELVINI PALAZZOLI, M. (1990), "Commento all'articolo 'A proposito di anoressia: un studio di follow up', *Ecologia della Mente*, 9, 58-60.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1975), *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano.

SPEER, D.C. (1970), "Family systems: Morphostasis and morphogenesis, or: Is homeostasis enough?", *Family Process*, 9, 259-278.

TAJFEL, H. (1981), *Human groups and social categories*, Cambridge University Press, Cambridge. (Trad. it. *Gruppi umani e categorie sociali*, Il Mulino, Bologna, 1985.)

UGAZIO, V. (a cura di) (1988), *La costruzione della conoscenza*, Angeli, Milano.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D. (1967), *Pragmatic of human communication*, Norton, New York. (Trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.)

WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R. (1974), *Change*, Astrolabio, Roma.

VARELA, F. (1979), *Principles of biological autonomy*, North Holland, New York.