

**Laura Fruggeri**

## **Rischio iatrogeno e livelli di responsabilità terapeutica\***

***Psicobiiettivo*, 3, 1995, pp. 11-22.**

### **Premessa**

La problematica relativa al rischio iatrogeno nella psicoterapia si inserisce nel più vasto ambito di riflessione sugli esiti della psicoterapia stessa. Discutere di rischio iatrogeno significa infatti inevitabilmente ragionare sulla possibilità del fallimento dell'intervento psicoterapeutico. Ma la valutazione degli esiti delle psicoterapie é un ambito tematico tanto evocato, quanto poco praticato. Mentre infatti si registra una completa condivisione sulla necessità di procedere a valutazioni degli esiti dei processi terapeutici, ci si scontra anche con un quasi generale disaccordo sui criteri da adottare nella valutazione. Risultato: gli esiti dei processi terapeutici sono poco indagati. Appartenendo allo stesso ambito di riflessione, anche il rischio iatrogeno é, per effetto di trascinamento, poco indagato. Recentemente però su questo tema si é destato un certo interesse che é testimoniato, tra l'altro, dalla iniziativa di questa rivista di dedicargli un nucleo monotematico e dalla recentissima pubblicazione del volume "Ammalarsi di psicoterapia" (Bianciardi, Telfener, 1995). I terapeuti dunque incominciano a confrontarsi pubblicamente (privatamente, nel chiuso dei propri studi, lo hanno sempre fatto) anche con l'esperienza del fallimento.

Di fronte ad un esito infausto dell'intervento di cura, i terapeuti hanno a disposizione due ordini di spiegazioni che ruotano intorno ai due diversi soggetti dell'intervento: il paziente e il terapeuta. Don Jackson in proposito non aveva dubbi: egli sosteneva che "non ci sono casi insolubili, ma soltanto terapeuti incapaci" (Segal, Watzlawick, 1985, 74). Ma é una posizione radicale che non trova molto seguito nel mondo clinico. Parlare genericamente di insuccesso lascia ampi margini ai terapeuti di ricorrere a concetti più o meno scientifici, ma decisamente tutti più rassicuranti, quali quelli di gravità diagnostica, resistenza, omeostasi, che tendono ad attribuire al paziente la responsabilità del non

---

\* Il presente articolo costituisce una parziale rielaborazione delle tematiche contenute in Fruggeri (1995)

cambiamento. D'altra parte tradizionalmente la stessa concezione di psicoterapia rinvia ad una teoria del cambiamento che, dualisticamente, descrive il terapeuta come polo dell'evoluzione e il paziente come polo della stabilità (cfr. Fruggeri, 1990b).

Con il termine iatrogenesi e suoi derivati, però, si fa riferimento, per definizione, a quelle situazioni in cui si verifica un peggioramento nelle condizioni della persona in cura a seguito delle operazioni del curante (cfr. Bianciardi, Telfener, 1995). Affrontare allora il problema specifico del rischio iatrogeno in psicoterapia non lascia scampo: i terapeuti sono chiamati a riflettere su come essi possono contribuire a innescare processi di mantenimento e di attivazione di dinamiche patologiche.

La risposta più immediata a questo interrogativo è quella dell'errore terapeutico. Se infatti si parte dal presupposto che i terapeuti sono in possesso di strumenti validi per la cura, un esito dell'intervento diverso non può che derivare da un errore che il terapeuta compie nell'utilizzo di tali strumenti.

E tuttavia associare il rischio iatrogeno all'eventualità dell'errore, senza discutere di che cosa si intenda per errore terapeutico, può essere riduttivo, dal momento che peggioramenti nelle condizioni della persona in cura possono occorrere, non solo a seguito di operazioni del curante che si configurano come errate rispetto alle prescrizioni del modello tecnico di riferimento, ma anche a seguito di operazioni del terapeuta che invece si configurano come assolutamente aderenti ai dettati del modello di riferimento.

Nel primo caso l'uso del termine errore è perfettamente in sintonia col significato che il senso comune attribuisce a questo termine, e possiamo esplicitamente parlare di errori del terapeuta. Ma che dire del secondo caso? L'ipotesi del rischio iatrogeno esclude, per definizione, la possibilità di usare i concetti classici che attribuiscono al paziente la responsabilità dell'insuccesso e chiama, anzi, in causa la responsabilità del terapeuta. Ma che responsabilità ha il terapeuta di un fallimento che si verifica in presenza di una conduzione "corretta" della terapia?

Per poter rispondere a questa domanda è necessario distinguere diversi tipi di responsabilità del terapeuta, a cui, se vogliamo, possiamo fare corrispondere diversi tipi di errore: responsabilità tecnica, epistemologica e relazionale.

### **Le responsabilità dei terapeuti**

La **responsabilità tecnica** fa riferimento al dovere da parte dei terapeuti di acquisire ed applicare correttamente un determinato modello di intervento. Un terapeuta che fallisce in questi obiettivi incorre in errori tecnici che possono

avere conseguenze negative rispetto all'esito della terapia. Gli errori di applicazione delle regole tecniche hanno molto verosimilmente l'effetto di non modificare la situazione, di mantenere attivamente le dinamiche patologiche che ci si propone di modificare attraverso l'intervento, oppure di innescare ulteriori dinamiche che hanno l'effetto del peggioramento.

Alla luce dell'impostazione strategica ed omeostatica che ha caratterizzato il modello sistemico ai suoi esordi, il rischio iatrogeno veniva soprattutto identificato con il rischio di familiarizzazione, cioè con la possibilità che il terapeuta diventasse parte del "gioco" interattivo della famiglia. La nozione di familiarizzazione poneva al centro della riflessione e dell'attenzione dei terapisti l'eventualità che la relazione terapeutica si possa configurare come un contesto di insorgenza o mantenimento di dinamiche patologiche, nel momento in cui si viene a configurare come una interazione ripetitiva rispetto a quella già sperimentata dalla famiglia. Tale eventualità era concepita come esito di una cattiva applicazione della normativa tecnica a cui i terapisti avrebbero dovuto attenersi.

La famiglia era infatti descritta come un sistema che attivamente opera per il mantenimento del suo equilibrio, foss'anche patologico; di conseguenza, il terapeuta che si accingeva a condurre la terapia doveva innanzitutto saper far fronte a tutte le insidie (Selvini, Prata, 1981) e a tutte le manovre di coalizione (Sluzki, 1977) che i membri della famiglia inscenavano per irretirlo nelle loro dinamiche. Il terapeuta familiare che non aveva un bagaglio tecnico adeguato a sventare i trabocchetti poteva diventare un terapeuta familiarizzato, cioè un terapeuta che, anziché aiutare la famiglia ad uscire dalle modalità interattive che si pensavano essere alla base del problema, ne rimaneva irretito e quindi le manteneva e le alimentava.

Le spiegazioni meccanicistiche e il linguaggio guerresco dell'approccio strategico sono oggi inaccettabili. Questo non dovrebbe tuttavia offuscare l'idea centrale della nozione di familiarizzazione, consistente nel segnalare che, a seguito di un errore tecnico del terapeuta, la situazione terapeutica può venire a configurarsi come ripetitiva di quella che la famiglia sperimenta quotidianamente. Si pensi ad esempio ad un terapeuta che non rispettando il principio di neutralità contribuisce a rafforzare alleanze o coalizioni che risultano problematiche per una famiglia. Oppure si pensi anche ad un terapeuta che, ignorando sistematicamente le modalità di invio del paziente, favorisce il mantenimento di pregiudizi sulla relazione o sul contesto terapeutico che impediscono una costruzione condivisa di significati relativamente al "che cosa terapeuta e famiglia stanno facendo insieme".

Dal punto di vista della responsabilità tecnica, il rischio iatrogeno é associabile ad un errore che possiamo definire oggettivo, cioè individuabile secondo criteri prefissati, stabili ed universali; é un errore che é indipendente dal paziente e dallo svolgersi del processo terapeutico. Esso risiede nella relazione fra il terapeuta e il proprio modello. Il rischio iatrogeno é, da questo punto di vista, inversamente proporzionale al grado di adesione del terapeuta al proprio modello di riferimento.

La **responsabilità epistemologica** fa riferimento al dovere da parte del terapeuta di riflettere sul proprio modo di pensare, sui propri "pregiudizi", teorie implicite ed esplicite di riferimento, in modo tale da valutare le conseguenze che sul piano sociale ed interattivo hanno le operazioni conoscitive che esso effettua nei confronti del paziente e del suo sistema significativo.

Se da un punto di vista tecnico si individua nel bagaglio teorico del terapeuta la via di uscita dal rischio della familiarizzazione, altri autori hanno sottolineato come proprio le categorie diagnostiche, il linguaggio e i principi euristici utilizzati dai terapeuti possono essere alla base dei processi di costruzione sociale della psicopatologia.

E' del 1973 la nota ricerca di David Rosenhan pubblicata col titolo "Essere sani in luoghi insani". Essa descrive come certe diagnosi psichiatriche, piuttosto che definire, creano la condizione patologica. Attraverso il meccanismo della "profezia che si autoavvera", Watzlawick (1985) ha descritto come le modalità di etichettamento dei comportamenti contribuiscono a costruire i processi interattivi che producono tali comportamenti. Paul Dell (1980a) illustra come i tradizionali approcci psichiatrici alla schizofrenia svolgano un ruolo attivo nello stesso gioco schizofrenico. Lynn Hoffman sollecita i terapeuti a "...considerare quanto la nostra preoccupazione di trovare la causa o il luogo di un problema in qualche unità esterna a noi contribuisce alla costruzione del problema" (1985, 390). Goolishian e coll. (1986) coniano l'espressione "Sistema Determinato dal Problema" per indicare quella rete di familiari, operatori sociali, giudici, terapeuti e altri che si esprimono sulla natura del problema e che quindi, attraverso il linguaggio, contribuiscono a crearlo. Tutte queste posizioni trovano una sintesi nelle parole di Boscolo e Cecchin quando affermano che "la frase 'ci vogliono tre generazioni per fare uno schizofrenico' andrebbe modificata così: ci vogliono tre generazioni più uno psichiatra che lo etichetti come schizofrenico" (1983, 93).

Questi contributi, spostando l'attenzione dalla famiglia o dal paziente al terapeuta, al suo linguaggio e ai suoi modelli di riferimento, ridefiniscono il rischio iatrogeno da problema tecnico a problema epistemologico. Non

sarebbe, cioè, soltanto la cattiva applicazione di un modello che crea la stabilizzazione, ma il tipo di modello di riferimento: il terapeuta che adotti un approccio lineare, dualistico, oggettivante contribuisce a mantenere o a creare le situazioni patologiche. Al contrario, il terapeuta che assolve alla sua funzione evolutiva è quello che oppone alla visione "aristotelica" che ha la famiglia, una epistemologia cibernetica (Dell, 1980b), alle ipotesi diadiche, ipotesi triadiche (Ugazio, 1984), ad una concezione oggettivistica della realtà, una concezione costruttivista (Maturana, 1988), al dualismo, la complementarità (Fruggeri, Matteini, 1987).

Se il concetto di familiarizzazione precedentemente illustrato considera la possibilità che la terapia inneschi processi non evolutivi ogni volta che il terapeuta diventa parte del sistema di alleanze e coalizioni della famiglia, in questo secondo caso il rischio iatrogeno è collegato con l'eventualità che il terapeuta condivida il modo di pensare e di organizzare la realtà della famiglia.

Tuttavia, entrambe le impostazioni si reggono su uno schema dualistico rigido: nel primo caso, la tendenza omeostatica è attribuita alla famiglia e quella evolutiva al terapeuta; nel secondo caso, il dualismo riguarda la rigida assegnazione del fondamento della organizzazione patologica ad una epistemologia lineare (quella familiare) e dell'effetto curativo ad una epistemologia circolare (quella che il terapeuta deve adottare). In questo senso, anche dal punto di vista della responsabilità epistemologica, il rischio iatrogeno finisce coll'essere associato ad un errore oggettivo, cioè individuabile secondo criteri prefissati, stabili ed universali. Si tratta infatti anche in questo caso di un errore che è considerato indipendente dal paziente e dallo svolgersi del processo terapeutico; esso riguarda la "tipologia" del modo di pensare del terapeuta. Il rischio iatrogeno è, da questo punto di vista, inversamente proporzionale alla purezza sistemica del modello di riferimento del terapeuta.

E' nella pratica della relazione coi pazienti che ho imparato a riconoscere un terzo tipo di responsabilità, oltre a quelle tecnica ed epistemologica ora discusse. Mi riferisco a un tipo di **responsabilità** che definisco **relazionale**, poiché fa riferimento al dovere, da parte del terapeuta, di rendere conto del processo di costruzione di realtà sociali che si realizza nell'interazione col paziente e il suo sistema significativo. E' infatti nella pratica della relazione coi pazienti che ho imparato che la funzione evolutiva di un modello sistemico-circolare è solo presunta, che anche un terapeuta che applichi "correttamente" il modello "appropriato", può partecipare alla costruzione di un processo non evolutivo. E' nell'incontro con i pazienti che ho imparato, cioè, che anche quando il terapeuta si mette al riparo da errori oggettivi, attraverso un rigoroso addestramento o una costante riflessione sulla propria teoria, può ancora

incorrere in un altro tipo di errore, un errore che risiede nella contingenza del processo interattivo a cui terapeuta e paziente danno corpo.

Il caso che segue è per me particolarmente significativo, perché mi ha permesso di comprendere -o dovrei dire, data la tempesta emotiva che si è accompagnata al comprendere, mi ha permesso di sentire- che non c'è bagaglio tecnico né modello epistemologico che possa di per sé dare una direzione evolutiva o stabilizzante all'intervento terapeutico: il significato di ciò che un terapeuta fa è negoziato attraverso un processo interattivo di cui il paziente è coautore.

Sandro (anni 32) inizia, insieme alla madre, una terapia familiare in seguito all'invio fatto da un collega psichiatra. Sandro si era rivolto a quest'ultimo a causa di una sintomatologia depressiva che lo portava a condurre una vita tutta chiusa all'interno dello spazio della propria casa. Usciva raramente, non aveva amici, non aveva lavoro. Dopo alcuni colloqui e un trattamento farmacologico senza esiti positivi, lo psichiatra consiglia una terapia familiare che, a suo parere, risultava particolarmente indicata, data la relazione strettissima ed esclusiva che il paziente intratteneva con la propria madre.

Sandro, che aveva poco più di un anno quando il padre è morto, è stato allevato dalla madre, che pur svolgendo un lavoro a basso reddito, non gli ha mai fatto mancare niente e, con sacrifici, lo ha fatto studiare fino al conseguimento della laurea. La madre ha dedicato la propria vita al figlio, rinunciando anche ad amicizie e tempo libero. Sandro è descritto da lei come un figlio modello, affettuoso, responsabile e fonte di grande soddisfazione: ha studiato con profitto, si è laureato col massimo dei voti e non l'ha mai lasciata sola; e quindi non si spiegava come mai non riuscisse a trovare un impiego e a fare una vita come tutti i ragazzi della sua età. Sandro, dopo la laurea, ha svolto alcuni lavori che ha in breve sistematicamente abbandonato, perché si trattava di impieghi non adeguati al suo titolo di studio. Non ha mai avuto esperienze sentimentali significative: le poche donne con cui è entrato casualmente in contatto sono state regolarmente scartate, fin dall'inizio, a causa di una qualche mancanza che la partner di turno presentava: una era intelligente ma brutta, l'altra bella ma poco colta, un'altra ancora poco vivace. Sandro trascorreva ormai tutta la sua vita in casa con la madre, con questa andava saltuariamente al cinema e, in estate, in vacanza. Egli riferiva di questa situazione con fastidio, ma denunciava contemporaneamente l'impossibilità di uscirne; manifestava a volte toni di recriminazione nei confronti della madre per il tipo di vita che insieme conducevano. La madre, da parte sua, avrebbe aspirato ad una vita diversa per il figlio, lo stimolava a cercarsi amici e amiche della sua età, ma quando lo vedeva così solo, accettava di fargli da compagna.

I terapisti osservano che Sandro ha sostituito il padre nel rapporto con la madre, la loro vita si è nel tempo strutturata come la vita di una coppia; se il figlio se ne andasse, la madre rimarrebbe completamente sola e come può un figlio abbandonare la propria

madre dopo che questa ha sacrificato tutta la vita per lui? I terapisti conducono la terapia con questa idea guida: formulano domande circolari, prestano attenzione a non incorrere in colpevolizzazioni, fanno connotazioni positive, offrono riformulazioni relazionali, propongono rituali.

Sandro e la madre, da parte loro, partecipano ai colloqui con intensità e collaborazione, diventano riflessivi di fronte alle connessioni relazionali proposte dai terapisti, collaborano tentando di assumere il punto di vista circolare proposto nel corso dell'intervista. Ad ogni nuova seduta Sandro riprende, commentandole, le idee introdotte dal terapeuta nel corso del colloquio o dell'intervento precedente. Tuttavia il tono dei commenti è larvatamente valutativo, come se stesse dando un voto all'attività dei terapisti.

Questo modo di agire di Sandro è stato colto, non senza fastidio, dai terapisti, ed è da questi interpretato come un segnale della non sufficiente risonanza emotiva che i propri interventi suscitavano in Sandro, e quindi della necessità di una maggiore precisione e specificità nel connettere gli aspetti relazionali più rilevanti, obiettivo che essi si sforzavano di raggiungere. I "voti" che Sandro dava erano cioè stimoli per i terapisti ad autocorreggersi, a precisare sempre più le proprie ipotesi, a creare nuovi e più complessi interventi, a..."essere sempre più sistemici". D'altra parte gli sforzi erano anche premiati, infatti la madre di Sandro nel corso della terapia ha riallacciato rapporti con antiche amicizie, quasi a rassicurare il figlio che se anche lui si fosse fatto la sua vita, ella non sarebbe stata sola.

In quarta seduta, tuttavia, niente è mutato nella vita che Sandro conduceva; inoltre il suo atteggiamento da larvatamente e benevolmente valutativo diventa esplicitamente squalificante. Da una parte attacca la madre, definisce "esibiti ed inutili" i suoi tentativi di autonomia, e li stronca con un secco "lo so che non te ne frega niente di uscire con le tue amiche, lo fai per me, ma io a te non chiedo niente." E, rivolto ai terapisti, sentenza: "Molto ingegnoso e particolarmente azzeccato il compito che ci avete chiesto di fare l'altra volta, ma inutile. Forse avete sbagliato il tempo, era troppo presto per noi!"

L'équipe terapeutica si riunisce e, dopo una salutare espressione di tutta la rabbia accumulata, tenta di capire "dov'è il problema". Sandro nel corso della terapia è diventato sempre più solo e sempre più immobilizzato; i movimenti, di per sé positivi, effettuati dalla madre nel corso della terapia, avevano avuto l'effetto di costringerlo in un sempre più isolato arroccamento.

E' sempre difficile escludere con certezza la presenza di errori nella gestione del processo terapeutico, ma la riflessione dei terapeuti sull'andamento della terapia non evidenziava nessuna incoerenza col modello teorico e tecnico a cui facevano riferimento. D'altra parte, la tentazione di ricorrere alla colpevolizzazione del paziente è forte per dei terapisti frustrati nel loro autentico desiderio di aiutare, tanto più quando si hanno a disposizione nozioni teoriche quali quelle di simmetria e di resistenza al cambiamento. Tuttavia è proprio nell'atteggiamento così evidentemente "resistente" e "simmetrico" di

Sandro, che i terapisti hanno intravisto l'indicazione per comprendere che il problema non era né in lui, né nei terapisti, bensì nella terapia.

Sandro sembrava squalificare ogni tentativo di aiuto messo in atto nei suoi confronti. Ma il nodo stava proprio in questo: squalificava ogni tentativo di aiuto o squalificava ogni tentativo di aiuto emergente dal contesto interattivo di terapia familiare?

Lo spostamento dalla eventuale mancanza di volontà o di capacità di Sandro a intraprendere un processo evolutivo e dagli eventuali errori commessi da parte dei terapisti, al contesto interattivo della psicoterapia lasciava trasparire un nuovo e diverso scenario: la terapia familiare non poteva configurarsi come ambito di evoluzione per Sandro.

Affrontando i problemi relativi al percorso di autonomia di Sandro attraverso una terapia familiare, si ricostruiva il circuito di interazioni e significati entro cui i problemi di autonomia di Sandro emergevano. Come avevano detto fin dall'inizio, madre e figlio condividevano l'idea che tutte le conquiste che Sandro aveva fatto erano da attribuirsi alla dedizione, ai sacrifici e agli sforzi della madre: se egli fosse diventato autonomo attraverso la terapia familiare, avrebbe sancito attraverso un'altra conquista la sua dipendenza dalla madre, avrebbe cioè affermato la propria non autonomia.

I terapisti decidono di concludere il colloquio comunicando quanto segue: "Lei ha ragione Sandro a dire che quello che fa sua madre è totalmente irrilevante per la sua vita. Sua madre ha fatto moltissimo per lei in passato, ma adesso lei sta lottando per una sua autonomia e in questo frangente sua madre non può aiutarla perché non c'entra niente. Il suo è un problema individuale che deve essere affrontato attraverso una terapia individuale, nella quale lei possa misurarsi con se stesso, con le proprie debolezze e le proprie forze. Ci pensi, se sente che ha voglia di fare i conti con se stesso in una terapia individuale, noi siamo disponibili a incontrarla a partire dal giorno X"

Sandro ha accettato ed ha incominciato nel giorno previsto la terapia individuale, nel corso della quale sono stati affrontati, non senza momenti di disagio da parte di entrambi (terapisti e paziente), ma globalmente con successo, le difficoltà che egli aveva ad intrattenere rapporti con altri, inclusi i terapisti.

Mi piace sintetizzare questo caso attraverso un gioco di parole: i terapisti sono diventati sistemici quando hanno adottato un'ottica lineare. E' un'affermazione contraddittoria e volutamente al limite dell'assurdo, il cui senso può essere colto ricorrendo alla nozione batesoniana di doppia descrizione (Bateson, 1979), che, rispetto alla tematica qui affrontata, suggerisce di adottare, nell'analisi del processo terapeutico, *un punto di vista che combini l'osservazione sulle relazioni del paziente con quella sulla relazione che si stabilisce fra terapeuta e paziente nel momento in cui essi comunicano sulle relazioni di quest'ultimo.*



La differenza fra una prospettiva metodologica che adotta un'ottica semplice e quella che invece si richiama alla doppia descrizione é già stata discussa in altri scritti (Fruggeri, Matteini, 1988; Fruggeri, 1990a), e sostanzialmente può essere espressa come segue. Per un verso il terapeuta utilizza un modello teorico per analizzare e comprendere il paziente, le sue relazioni e dinamiche interattive, su cui poi interverrà attraverso il ricorso agli strumenti tecnici che la sua preparazione gli mette a disposizione. Per l'altro verso il terapeuta fa riferimento ad un modello teorico per analizzare anche il processo interattivo che terapeuta e paziente costruiscono attraverso la comunicazione sulle dinamiche a cui il paziente partecipa.

Ed è da questo doppio punto di osservazione che il terapeuta sistemico può, come nel caso di Sandro, trovare opportuno fare interventi o proporre descrizioni lineari, se valuta che questi possono contribuire a costruire un contesto interattivo di significati all'interno del quale l'evoluzione diventa possibile. Così come è proprio da questo stesso punto di vista che, nel caso di Sandro, è diventato "visibile" che attenersi da parte del terapeuta ad un'impostazione circolare nell'analisi della situazione in oggetto, contribuiva a costruire un contesto interattivo di significati che rendeva l'evoluzione impossibile.

La prospettiva della doppia descrizione non é la versione "più astuta" della descrizione singola. Essa riconosce e assume come criterio metodologico l'imprevedibilità che é riconducibile alla natura costruttiva e sociale di ogni processo conoscitivo (Fruggeri, 1993). Riconosce cioè che i criteri o la guida d'azione non sono più rintracciabili nella validità più o meno oggettiva, ma comunque prefigurata, del modello tecnico-scientifico; così come il valore dell'azione non può essere unidirezionalmente predefinito dal terapeuta. Ogni decisione del terapeuta rispetto a quale comportamento, atteggiamento, posizione tenere, non ha, in ultima analisi, riscontri esterni alla relazione interpersonale che la decisione contribuisce a costruire.

### **Il rischio iatrogeno come problema di costruzione sociale**

Il caso illustrato, con le questioni che solleva, ci permette di definire meglio l'ambito del discorso entro cui collocare le problematiche attinenti al rischio iatrogeno o più in generale alla funzione non evolutiva che la psicoterapia può assumere.

La tematica della stabilizzazione, così come quella del cambiamento, chiama in causa non solo il paziente, le dinamiche relazionali a cui partecipa e la sua eventuale tendenza all'omeostasi, o il terapeuta, la sua competenza tecnica e le

sue opzioni epistemologiche. Sia stabilità che cambiamento chiamano soprattutto in causa la dinamica interattiva a cui terapeuta e paziente partecipano nel corso del processo terapeutico.

Le indicazioni che vengono dalla riflessione sul caso di Sandro trovano un supporto teorico che deriva da due distinti ambiti della ricerca psico-sociale: quello che ha indagato sul coordinamento di comportamenti e significati nei processi di comunicazione interpersonale (Pearce e Cronen, 1980) e quello che ha studiato i processi di determinazione reciproca fra rappresentazioni sociali e comportamento interattivo (Abric, 1989). Queste ricerche hanno messo in evidenza che il comportamento interpersonale è determinato dalle rappresentazioni che i soggetti hanno della situazione interattiva, più precisamente dalle rappresentazioni che essi hanno di se stessi, dell'altro, della relazione fra gli interlocutori e del contesto entro cui agiscono. Hanno inoltre messo in evidenza che il processo interattivo che ha luogo nelle situazioni di comunicazione interpersonale si configura come un processo di coordinamento dei diversi sistemi di significato a cui i soggetti aderiscono. Se, dunque, ogni interlocutore agisce a partire dai propri sistemi di rappresentazione, *l'esito finale del processo non è tanto legato ai singoli sistemi di rappresentazione, ma a come questi si coordinano nello svolgimento della dinamica interattiva.* A questo proposito, e per sottolineare la funzione strutturante del processo di interazione, numerosi sono gli studiosi della comunicazione che hanno, attraverso le loro ricerche, dato conto delle "conseguenze non volute" di ogni dinamica interpersonale e sociale (per una rassegna si veda Lannamann, 1991). Secondo Shotter (1987) le conseguenze non volute sono l'esito di una azione congiunta, non riferibile ai singoli individui, ma neanche causate da fattori esterni. I partecipanti all'interazione hanno un ruolo attivo nel formare il percorso dell'azione congiunta, ma il percorso stesso è contingente, processuale e storico.

Trasferiti all'ambito della psicoterapia i risultati di queste ricerche suggeriscono che i comportamenti del terapeuta non hanno un effetto costruttivo di per sé, né in positivo (cambiamento terapeutico), né in negativo (patologia). I comportamenti dei terapeuti hanno effetti all'interno delle definizioni o rappresentazioni condivise sul piano sociale di ciò che i terapeuti sono. Gli esiti degli interventi dei clinici emergono cioè da un gioco interattivo in cui essi non sono i soli soggetti attivi e in cui, peraltro, le rappresentazioni sociali che informano i comportamenti non hanno soltanto per oggetto la figura del terapeuta. I pazienti e i loro familiari o le persone a loro vicine, in quanto membri di una comunità e di gruppi specifici, hanno dei loro criteri attraverso cui distinguono i comportamenti in normali e patologici, così come hanno delle loro

spiegazioni (individuali, relazionali o accidentali) per quei comportamenti, e hanno anche una loro idea di ciò che si possono aspettare dall'aiuto di un terapeuta. Allo stesso modo i terapeuti, in quanto non solo membri di una comunità scientifica, hanno delle teorie *implicite* sui pazienti, sulle famiglie e sulle situazioni in cui operano che informano i loro comportamenti quanto le teorie scientifiche a cui fanno *esplicitamente* riferimento.

A partire da queste premesse è dunque possibile considerare l'esito di un intervento psicoterapeutico come il prodotto di un processo interattivo di coordinazione delle premesse epistemologiche e dei sistemi di significato e delle rappresentazioni di tutti i soggetti coinvolti (terapeuta, paziente e familiari).

**E' in questo contesto di coordinazione che si inserisce l'emergenza del rischio iatrogeno, il quale può dunque essere indipendente dalla correttezza tecnica o epistemologica con cui l'intervento viene condotto.**

Da questo punto di vista, infatti, la possibilità che un intervento terapeutico abbia effetti patogeni, non è tanto legata unicamente all'azione del terapeuta o al suo punto di vista, né unicamente al come è il paziente o come si pone nei confronti dell'intervento, ma piuttosto come tutti questi elementi si coordinano fra loro nello svolgimento del processo interattivo.

Una ricerca condotta su 37 casi trattati in diversi servizi con diverso esito (26 con evoluzione positiva, 11 in impasse) ha prodotto risultati coerenti con questa impostazione (cfr. Fruggeri, 1995).

Attraverso l'analisi di contenuto di colloqui clinici e interviste è stato possibile rilevare per ogni caso le seguenti variabili: il problema presentato, il tipo di intervento effettuato, il modello teorico di riferimento degli operatori, le teorie implicite di questi ultimi relative al rapporto operatore-utente-famiglia, l'approccio al problema da parte dei familiari, le modalità da parte di questi di rapportarsi al servizio, le teorie implicite dei familiari relative al comportamento problematico oggetto dell'intervento degli operatori.

L'analisi è stata condotta allo scopo di evidenziare quali fra le variabili considerate possano essere messe in relazione con l'esito dell'intervento condotto; in particolare ci si è proposti di individuare ciò che accomuna, sul piano del contenuto delle variabili considerate, i casi in impasse, da una parte, e i casi in evoluzione, dall'altra.

Il tipo di contesto operativo, di problema presentato e di intervento attuato non sono, come era ovvio attendersi, discriminanti rispetto all'esito dell'intervento. Ma non risulta discriminante neanche il modello teorico di riferimento degli operatori o il modo di affrontare il problema da parte dei familiari. Anche le differenze nel modo di rapportarsi al servizio risultano essere presenti in modo trasversale nei casi a diverso esito.

*Tutti i casi definiti in impasse* risultano invece analoghi fra loro e, allo stesso tempo, diversi da tutti quelli in evoluzione per il tipo di costruzione sociale a cui dà luogo il coordinamento delle teorie implicite condivise dai familiari sul comportamento problematico manifestato con le teorie implicite degli operatori relative al rapporto operatore-utente-famiglia. In particolare ciò che accomuna i casi in impasse e li differenzia da quelli in evoluzione è da una parte l'idea condivisa dai familiari della propria colpa rispetto al problema presentato dal paziente e dall'altra l'idea condivisa dagli operatori che il proprio intervento debba essere sostitutivo di quello della famiglia. In altre parole, l'operatore agisce a partire dal presupposto che la famiglia non possa o non debba avere un ruolo nell'intervento terapeutico attuato per il paziente, mentre i familiari partecipano alla dinamica interattiva a partire da una idea di una propria responsabilità nella condizione problematica del paziente.

*I casi definiti in evoluzione* presentano anch'essi delle analogie in riferimento alle stesse variabili, cioè alle teorie implicite dei familiari e degli operatori. Ma le teorie implicite dei familiari di tutti i casi in evoluzione, a differenza di quelli in impasse, non connettono il problema presentato dal paziente alla famiglia, e gli operatori condividono, come nei casi in impasse, una idea del proprio intervento come sostitutivo della famiglia.

Le teorie implicite dei familiari relativamente al comportamento problematico e le teorie implicite degli operatori relative al proprio rapporto con gli utenti e le loro famiglie risultano dunque essere le due variabili associate all'esito dell'intervento. Esse, tuttavia, incidono sull'esito dell'intervento non di per sé, cioè ognuna separatamente presa, bensì **per come si coordinano nell'interazione fra terapeuta, paziente e famiglia.**

Ad una conclusione analoga è pervenuta anche la riflessione che Cingolani (1995) ha condotto su una cinquantina di pazienti che hanno riferito di aggravamenti della sintomatologia come esito di terapie precedenti. L'analisi, in questo caso, mette in evidenza come una determinata concezione del sintomo, che si iscrive in determinati modelli di intervento di cui è stata anche rilevata in generale l'efficacia, può, nell'interazione con famiglie che presentano precise caratteristiche, dare luogo ad una coordinazione interpersonale che si configura come un processo schismogenetico.

## **Considerazioni finali**

Il rischio iatrogeno insito nella psicoterapia può essere dunque concepito come un problema tecnico, come un problema epistemologico oppure come un

problema di costruzione sociale. Ad ognuno di questi diversi modi di concettualizzare il rischio iatrogeno, corrisponde un diverso modo di concepire la responsabilità del terapeuta.

Secondo una impostazione tecnica, il terapeuta è soprattutto responsabile della acquisizione e della corretta applicazione del modello psicoterapeutico; secondo una impostazione epistemologica, è innanzitutto responsabile del proprio modo di pensare o del tipo di modello adottato; secondo l'impostazione interattiva qui suggerita, il terapeuta è responsabile dell'analisi e della comprensione del processo di costruzione di realtà sociali che si realizza nell'interazione col paziente e il suo sistema significativo.

La prospettiva teorica che considera l'esito di un intervento psicoterapeutico come il prodotto di un processo interattivo di coordinazione delle premesse epistemologiche e dei sistemi di significato e delle rappresentazioni di tutti i soggetti coinvolti (terapeuta, paziente e familiari), non implica, dunque, che la relazione fra terapeuta e paziente sia simmetrica.

La prospettiva interattiva qui proposta comporta, piuttosto, una ridefinizione della asimmetria che sempre connota la relazione terapeutica. La asimmetria, cioè, non è più ascrivibile ad una diversità di livelli gerarchici, ma ad una diversità di livelli di osservazione: mentre, infatti, il paziente è responsabile del proprio punto di vista e delle proprie azioni, attraverso cui partecipa alla costruzione del processo terapeutico, il terapeuta è anche responsabile del processo interattivo che emerge dal coordinamento del proprio e dell'altrui punto di vista, delle proprie e delle altrui azioni.

Quella che io definisco la responsabilità relazionale, o della doppia descrizione, non elimina le altre responsabilità, così come la definizione di psicoterapia come processo interattivo di costruzione sociale non nega la dimensione tecnica di un intervento psicoterapeutico o la funzione costruttiva dei pregiudizi del terapeuta.

La responsabilità relazionale non annulla cioè il dovere, per i terapeuti, di formarsi adeguatamente, di riflettere su se stessi, sui propri strumenti tecnici e teorici. Essa impone tuttavia di collocare se stessi e i propri strumenti in un contesto di azione congiunta il cui esito non è unilateralmente pilotato, ma costruito attraverso un processo interattivo.

## **Bibliografia**

- Abric, J.C. (1989) Un approccio teorico e sperimentale allo studio delle rappresentazioni sociali in una situazione di interazione. In M.R. Farr e S. Moscovici ( a cura di) *Rappresentazioni sociali*. Bologna, Il Mulino, 201-216
- Bateson, G. (1979) *Mind and nature*. New York, Dutton. (Trad. it. *Mente e natura*. Milano, Adelphi, 1984)
- Bianciardi, M. , Telfener, U. (a cura di) (1995) *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano, Angeli.
- Boscolo, L., Cecchin, G. (1983) La psicoterapia e le sue finalità. In M. Malagoli Togliatti, U. Telfener (a cura di) *La terapia sistemica*. Roma, Astrolabio, 89-97.
- Cingolani, S. (1995) Come compromettere il bene alla ricerca del meglio. Appunti sulla patologia iatrogena ed i suoi rimedi da un punto di vista relazionale-sistemico. In M. Bianciardi, U. Telfener (a cura di) *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano, Angeli, pp. 115-128.
- Dell, P. (1980a) Researching the family theories of schizofrenia: An exercise in epistemological confusion. *Family Process*, 19, 321-335.
- Dell, P. (1980b) Il terapeuta familiare Hopi e la famiglia aristotelica. *Terapia Familiare*, 8, 65-76.
- Fruggeri, L. (1990a) Metodo, ricerca, costruzione. In M. Ingrosso (a cura di) *Itinerari sistemici nelle scienze sociali*. Milano, Angeli, 247-264.
- Fruggeri, L. (1990b) Dalla individuazione di resistenze alla costruzione di differenze. Riflessione sui processi di persistenza e cambiamento in psicoterapia. *Psicobiiettivo*, 3, 29-46.
- Fruggeri, L. (1993) Fare ricerca...nel paese delle meraviglie. *Connessioni*, 3, 8-19.
- Fruggeri, L. (1995) Il coordinamento inerpersonale di azioni e significati nelle dinamiche di stabilizzazione. In M. Bianciardi, U. Telfener (a cura di) *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano, Angeli, pp. 141- 160.
- Fruggeri, L., Matteini, M. (1987) Dalla dualità alla complessità: considerazioni di metodo sull'azione delle strutture psichiatriche intermedie. *Fogli di Informazione*, 126, 141-147.
- Fruggeri, L., Matteini, M. (1988) Larger systems? Beyond a dualistic approach to the process of change. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 183-194.
- Goolishian, H., Anderson, H., Winderman, L. (1986) Problem determined system: transformations in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 4, 14-19.
- Hoffmann, L. (1985) Beyond power and control: Toward a second order family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 4, 381-396.

Lannamann, J. (1991) interpersonal communication. Research as ideological practice. *Communication Theory*, 3, 179-203.

Maturana, H. (1988) Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 25-82.

Pearce, B., Cronen, V. (1980) *Communication, action and meaning*. New York, Praeger.

Rosenhan, D. (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258. (Trad. it. Essere sani in luoghi insani. In P. Watzlawick (ed.) *La realtà inventata*. Milano, Feltrinelli, 1988).

Segal, L., Watzlawick, P. (1985) On window-shopping or being a noncustomer. In S. B. Coleman (ED.) *Failures in family therapy*. New York, Guilford, 73-90.

Selvini Palazzoli, M., Prata, G. (1981) Insidie della terapia familiare. *Terapia Familiare*, 10, 7-17.

Shotter, J. (1987) The social construction of an "us": Problems of accountability and narratology. In R. Burnett, P. McGhee, D. Clark (eds) *Accounting for relationships: Explanation, representation and knowledge*. London, Methuen, 225-247.

Sluzki, C. E. (1977) Il processo di coalizione nella formazione del sistema terapeutico. *Terapia Familiare*, 2, 93-104.

Ugazio, V. (1984) 'Ipotizzazione' e processo terapeutico. *Terapia Familiare*, 16, 27-45.

Watzlawick, P. (ed.) (1985) *The invented reality*. New York, Norton. (Trad. it. *La realtà inventata*. Milano, Feltrinelli 1988).

## **Riassunto**

Con il termine iatrogenesi e suoi derivati si fa riferimento a situazioni in cui si verifica un peggioramento nelle condizioni della persona in cura, non solo a seguito di operazioni del curante che si configurano come errate rispetto alle

prescrizioni del modello tecnico di riferimento, ma anche a seguito di operazioni del terapeuta che invece si configurano come assolutamente aderenti ai dettati del modello di riferimento.

Di fronte ad un insuccesso terapeutico, cioè, l'ipotesi del rischio iatrogeno, per definizione, chiama in causa la responsabilità del terapeuta. Ma che responsabilità ha il terapeuta di un fallimento che si verifica in presenza di una conduzione "corretta" della terapia?

A partire da questo interrogativo, l'A. riflette su diversi tipi di responsabilità del terapeuta: responsabilità tecnica, epistemologica e relazionale.

## **Summary**

The notion of iatrogenesis refers to cases in which a deterioration in the conditions of the client occurs in connection with both therapeutic interventions that appear as mistakes with respect to the prescriptions of the technical model, and therapeutic interventions that appear as coherent with the model.

Therefore, in case of unsuccessful therapies, the notion of iatrogenesis implies by definition the responsibility of therapists . But how can a therapist be responsible of a failure that occurs in case of a therapy correctly conducted?

Starting from this question, the A. discusses different types of therapeutic responsibility: technical, epistemological and relational responsibilities