

Master di formazione

Teorico – Pratico:

**Valutazione Psicologica
e Psicodiagnostica**

Processi di decisione clinica

Maggio 2010 - Novembre 2010

**QUALI DOMANDE
QUALI RISPOSTE**

Venerdì 25 giugno 2010

L'OGGETTO DELLA VALUTAZIONE

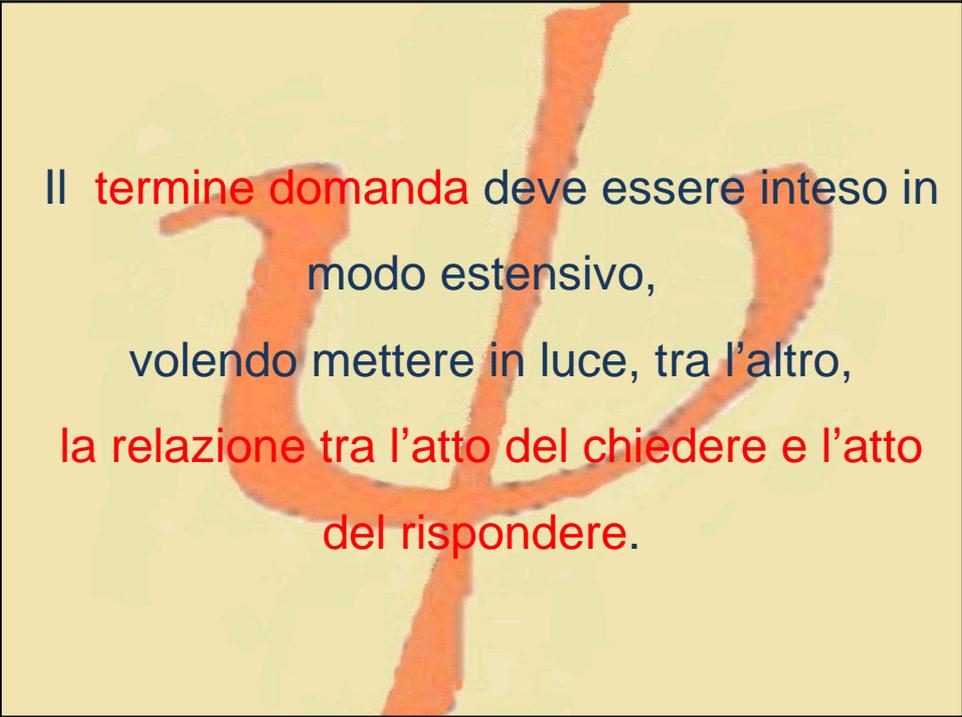
Il soggetto

Il contesto

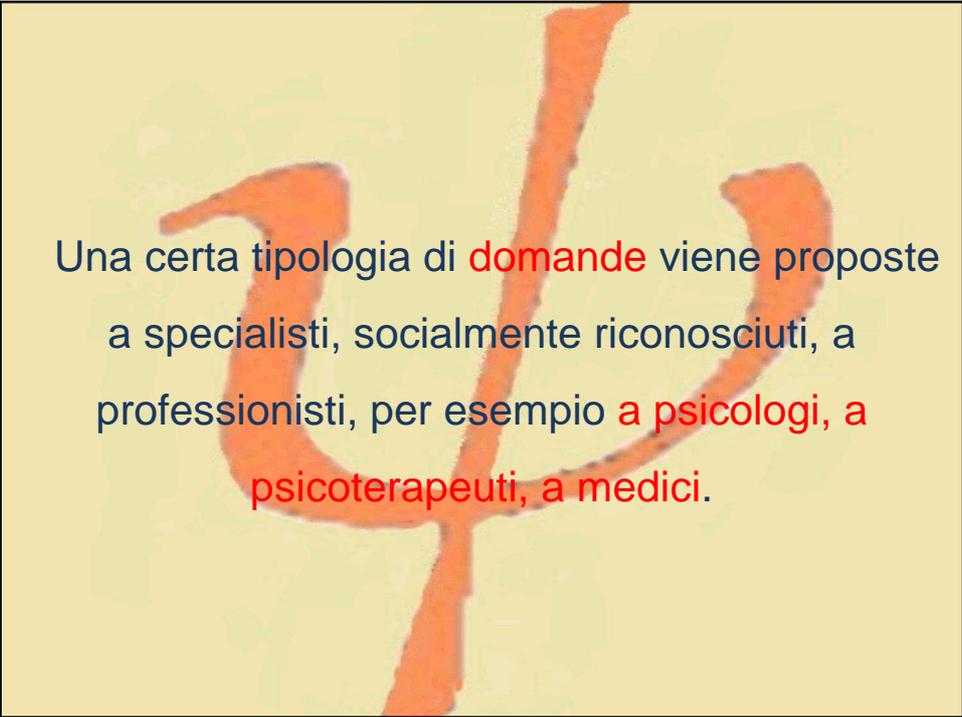
**La ricorsività tra il soggetto - il
contesto – la domanda – la risposta
terapeutica**

La domanda allo psicoterapeuta

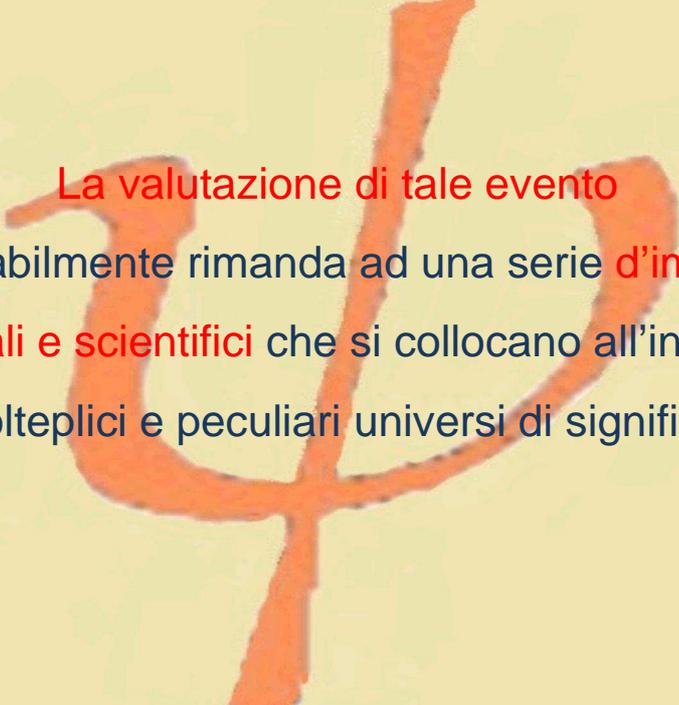
Alcune persone si rivolgono ad altre persone
ponendo domande.



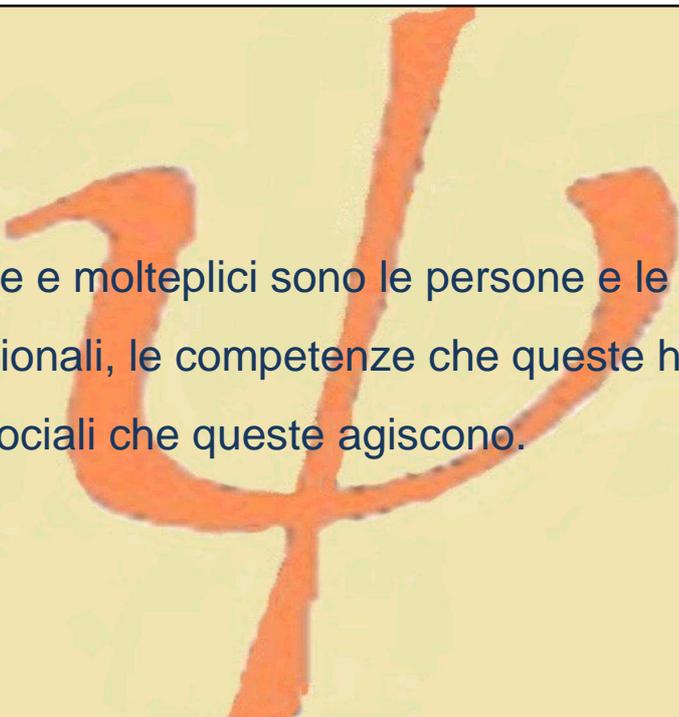
Il **termine domanda** deve essere inteso in modo estensivo, volendo mettere in luce, tra l'altro, **la relazione tra l'atto del chiedere e l'atto del rispondere.**



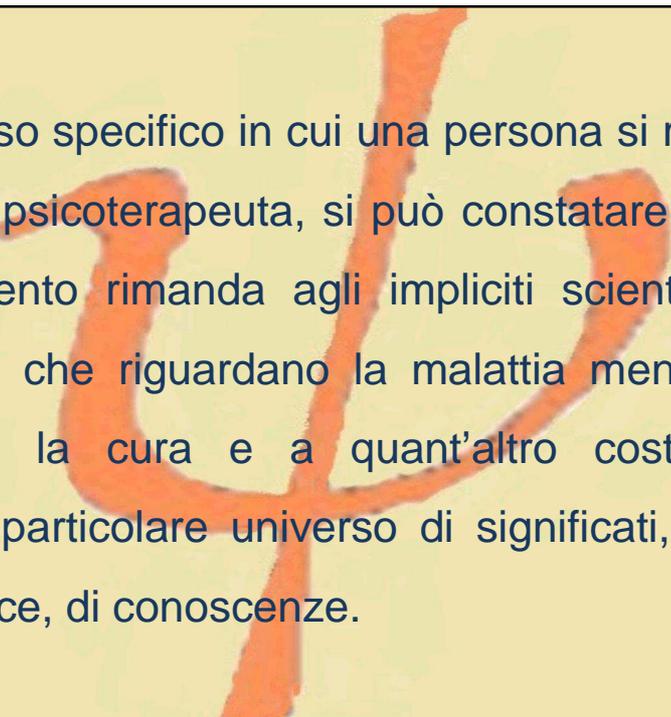
Una certa tipologia di **domande** viene proposte a specialisti, socialmente riconosciuti, a professionisti, per esempio **a psicologi, a psicoterapeuti, a medici.**



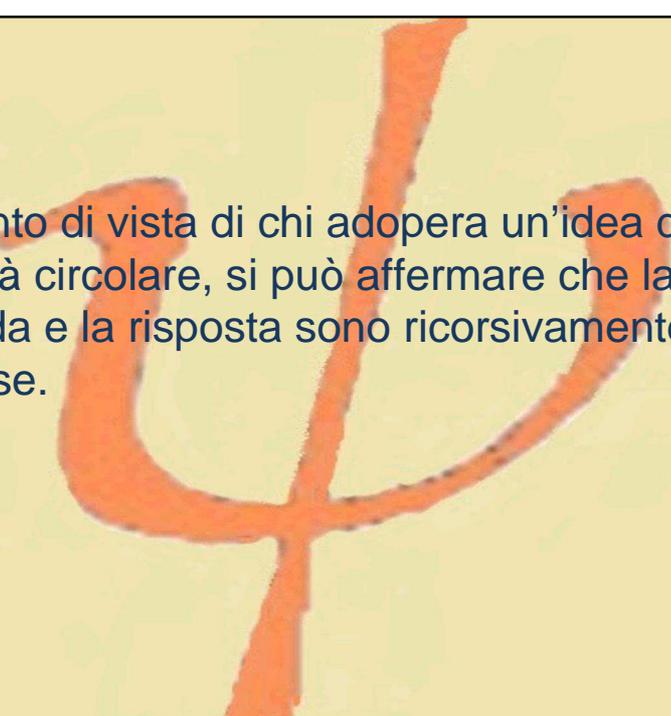
La valutazione di tale evento
inevitabilmente rimanda ad una serie d'impliciti
culturali e scientifici che si collocano all'interno
di molteplici e peculiari universi di significati.



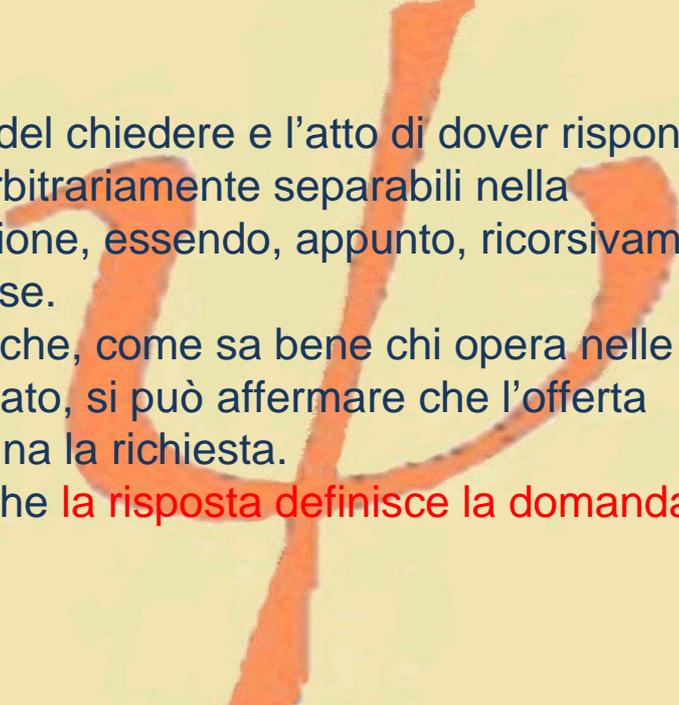
Diverse e molteplici sono le persone e le figure
professionali, le competenze che queste hanno,
i ruoli sociali che queste agiscono.



Nel caso specifico in cui una persona si rivolga ad uno psicoterapeuta, si può constatare come tale evento rimanda agli impliciti scientifici e culturali che riguardano la malattia mentale, i sintomi, la cura e a quant'altro costruisce questo particolare universo di significati, se si preferisce, di conoscenze.



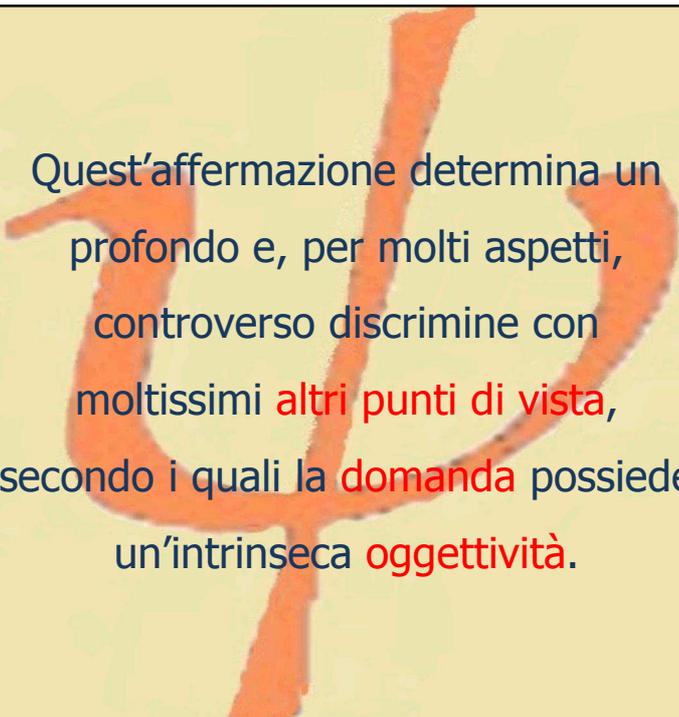
dal punto di vista di chi adopera un'idea di casualità circolare, si può affermare che la domanda e la risposta sono ricorsivamente connesse.



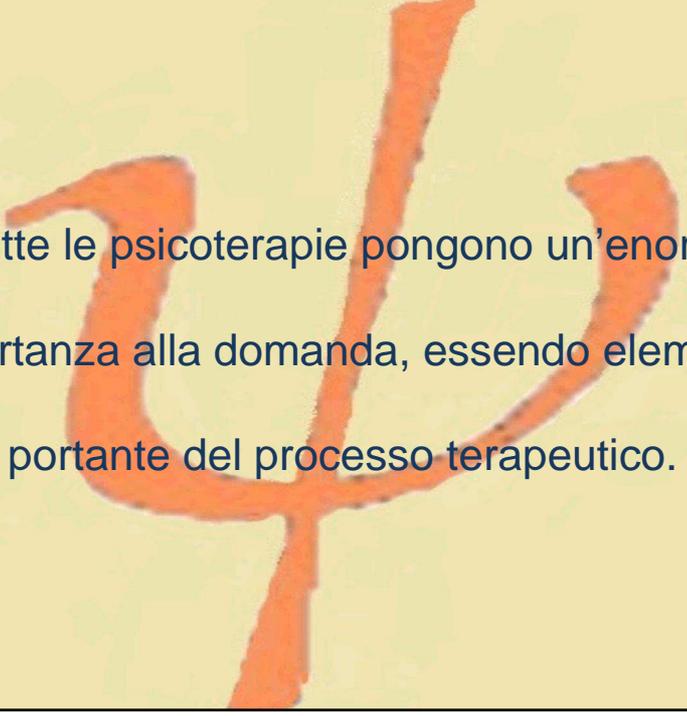
L'atto del chiedere e l'atto di dover rispondere sono arbitrariamente separabili nella descrizione, essendo, appunto, ricorsivamente connesse.

Tanto che, come sa bene chi opera nelle leggi di mercato, si può affermare che l'offerta determina la richiesta.

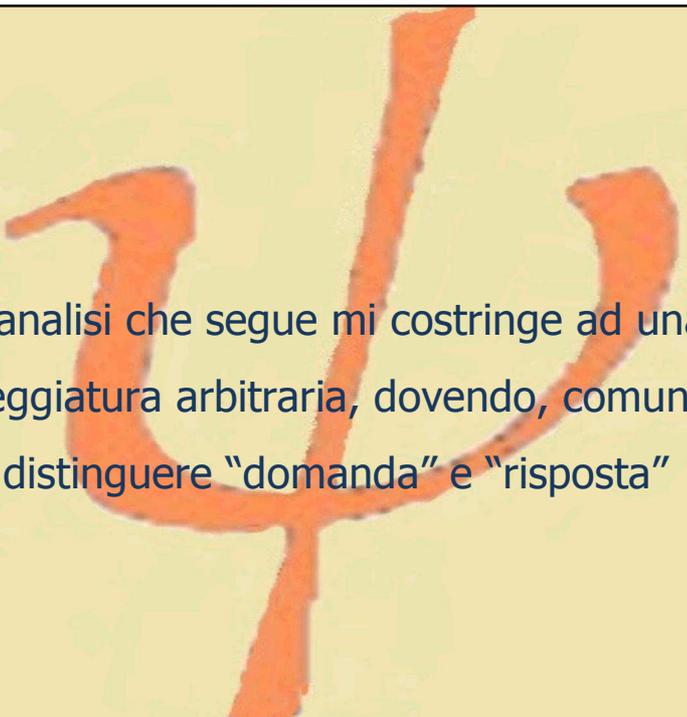
Cioè che **la risposta definisce la domanda.**



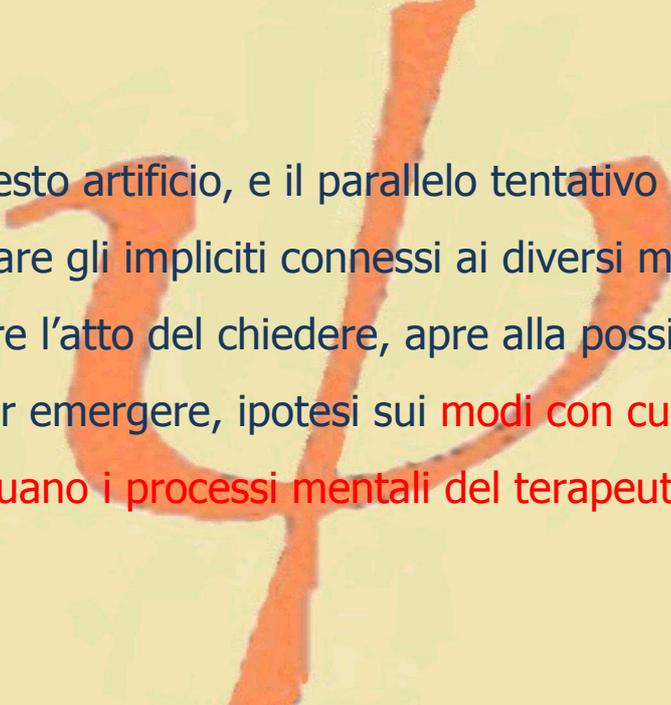
Quest'affermazione determina un profondo e, per molti aspetti, controverso discrimine con moltissimi **altri punti di vista**, secondo i quali la **domanda** possiede un'intrinseca **oggettività**.



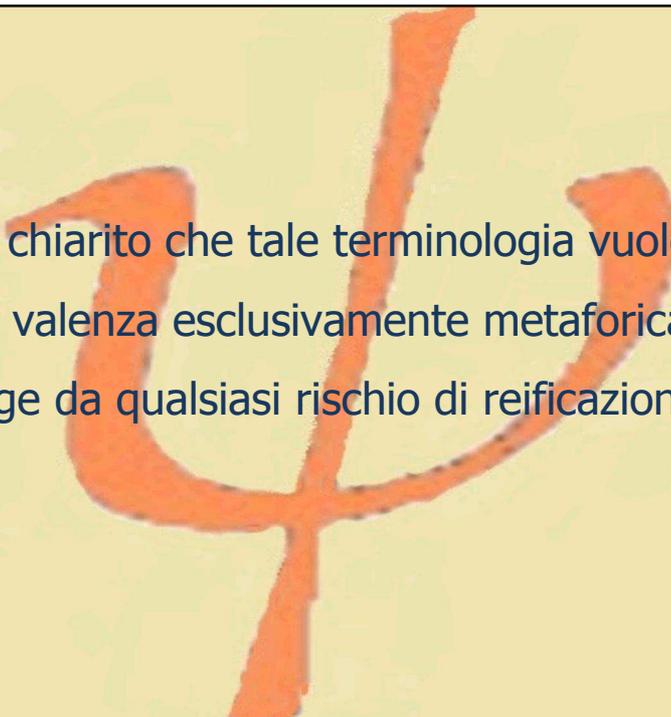
Tutte le psicoterapie pongono un'enorme
importanza alla domanda, essendo elemento
portante del processo terapeutico.



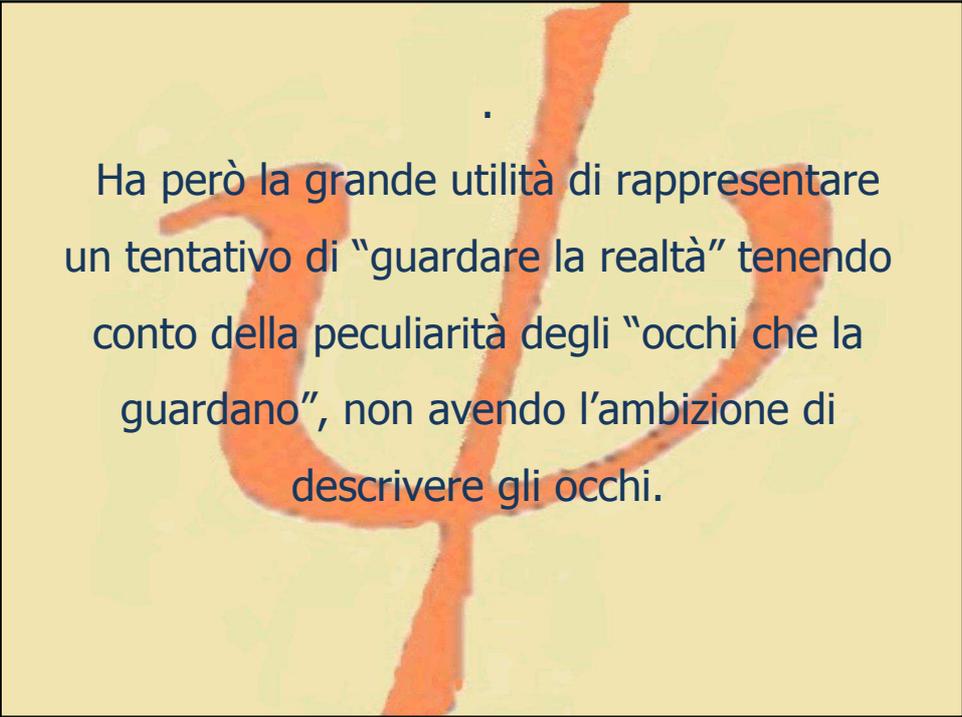
L'analisi che segue mi costringe ad una
punteggiatura arbitraria, dovendo, comunque,
distinguere "domanda" e "risposta"



Questo artificio, e il parallelo tentativo di esplicitare gli impliciti connessi ai diversi modi di valutare l'atto del chiedere, apre alla possibilità di far emergere, ipotesi sui **modi con cui si attuano i processi mentali del terapeuta**



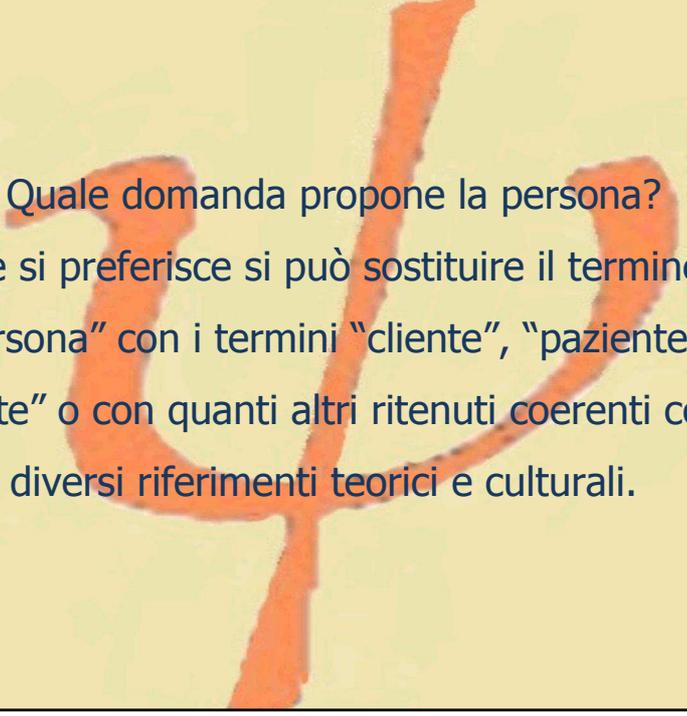
Va chiarito che tale terminologia vuole avere valenza esclusivamente metaforica e rifugge da qualsiasi rischio di reificazione.



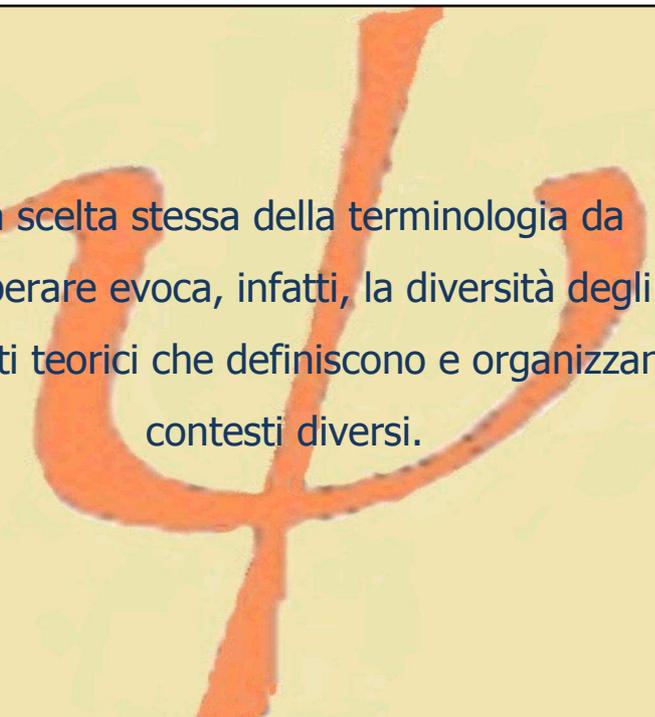
Ha però la grande utilità di rappresentare un tentativo di "guardare la realtà" tenendo conto della peculiarità degli "occhi che la guardano", non avendo l'ambizione di descrivere gli occhi.



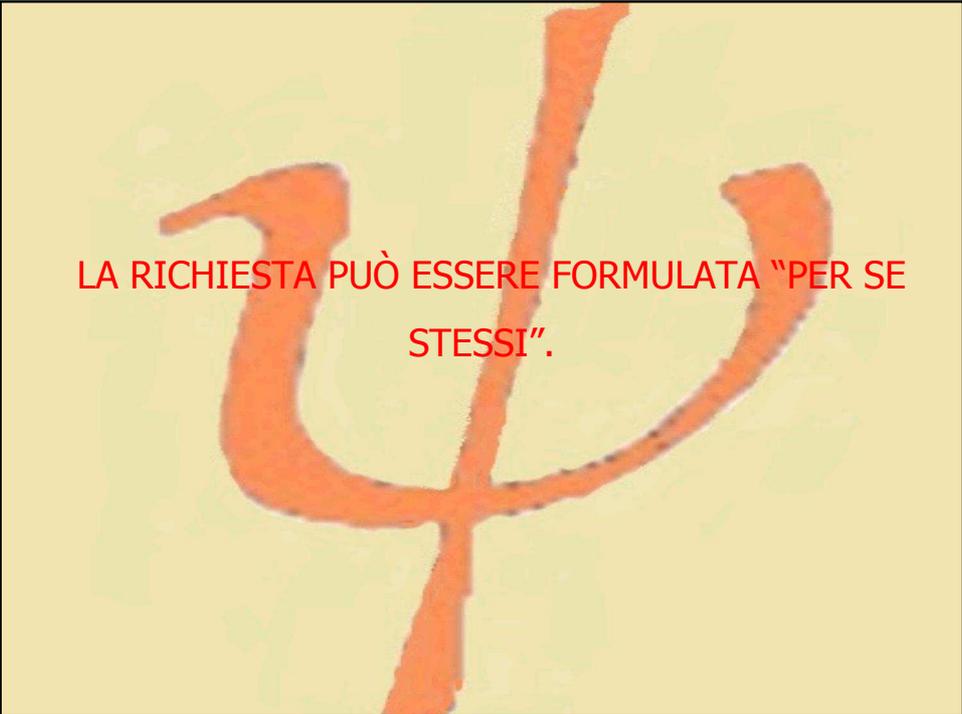
Quali domande?



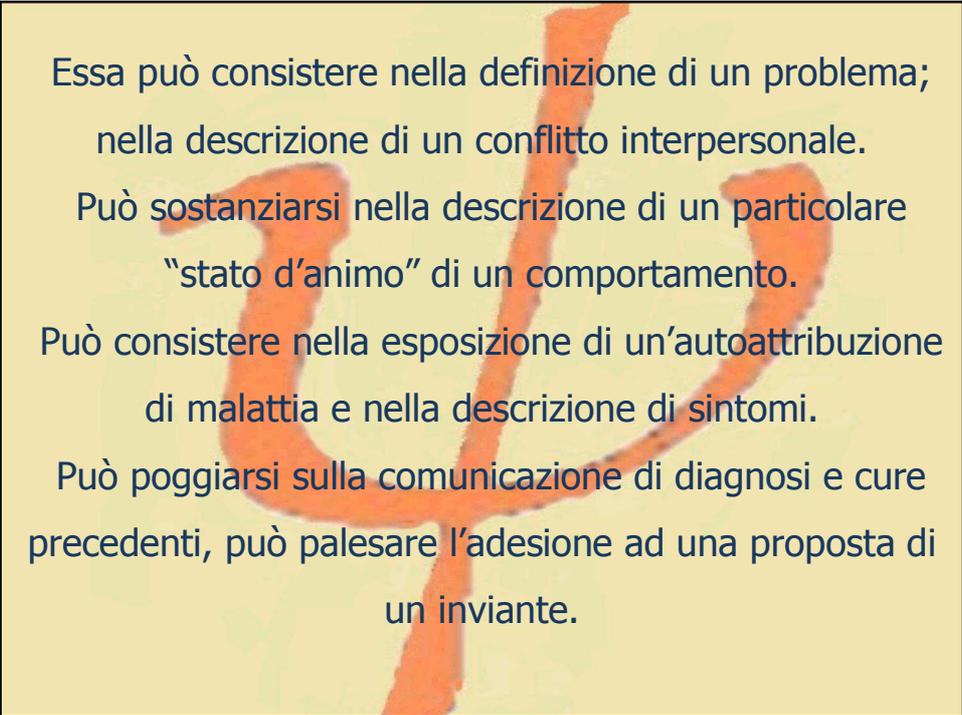
Quale domanda propone la persona?
Se si preferisce si può sostituire il termine
"persona" con i termini "cliente", "paziente",
"utente" o con quanti altri ritenuti coerenti con i
diversi riferimenti teorici e culturali.



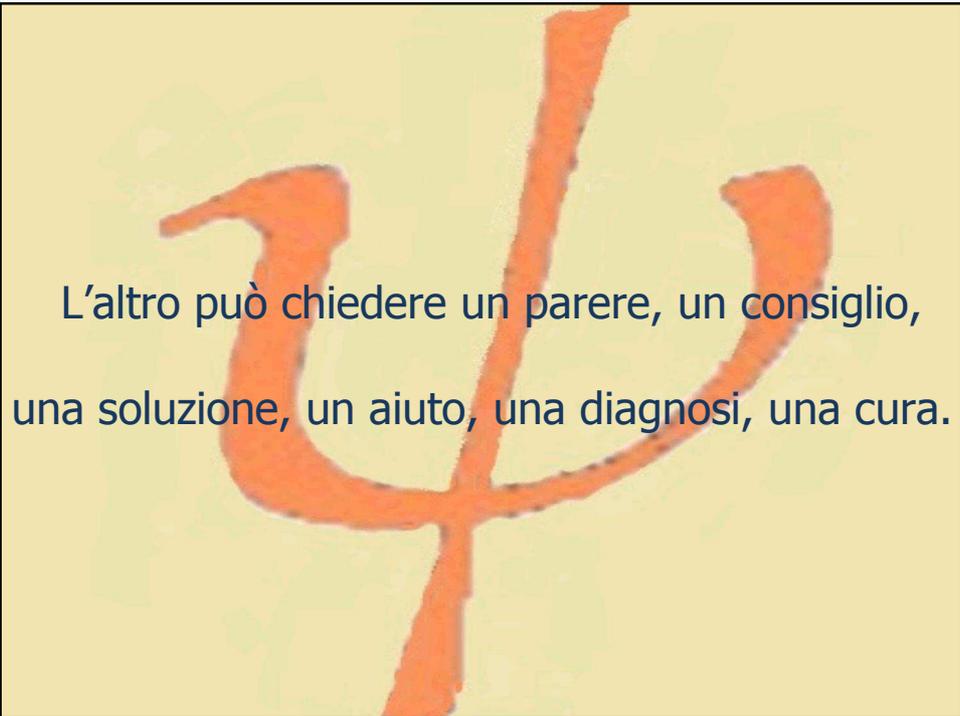
La scelta stessa della terminologia da
adoperare evoca, infatti, la diversità degli
impliciti teorici che definiscono e organizzano
contesti diversi.



LA RICHIESTA PUÒ ESSERE FORMULATA "PER SE
STESSI".



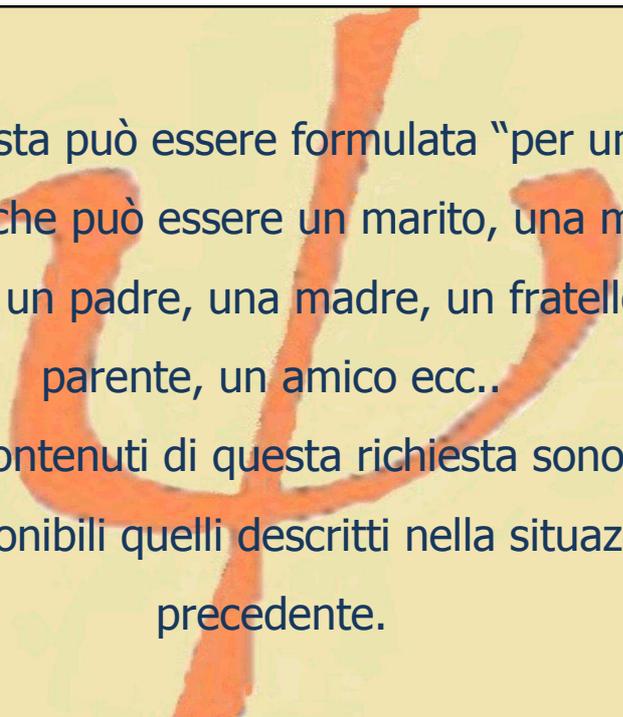
Essa può consistere nella definizione di un problema;
nella descrizione di un conflitto interpersonale.
Può sostanziarsi nella descrizione di un particolare
"stato d'animo" di un comportamento.
Può consistere nella esposizione di un'autoattribuzione
di malattia e nella descrizione di sintomi.
Può poggiarsi sulla comunicazione di diagnosi e cure
precedenti, può palesare l'adesione ad una proposta di
un inviante.



L'altro può chiedere un parere, un consiglio,
una soluzione, un aiuto, una diagnosi, una cura.



LA RICHIESTA PUÒ ESSERE FORMULATA "PER
UN'ALTRA PERSONA".

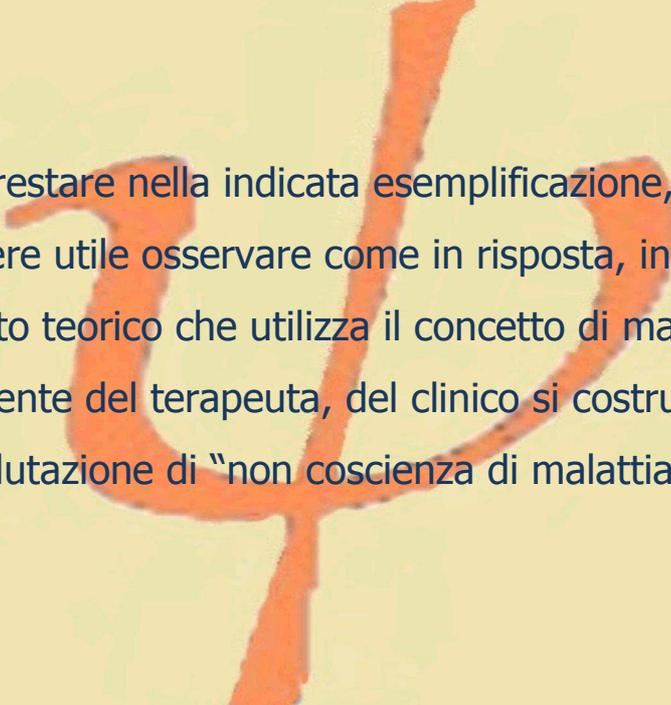


La richiesta può essere formulata "per un'altra persona" che può essere un marito, una moglie, un figlio, un padre, una madre, un fratello, un parente, un amico ecc..

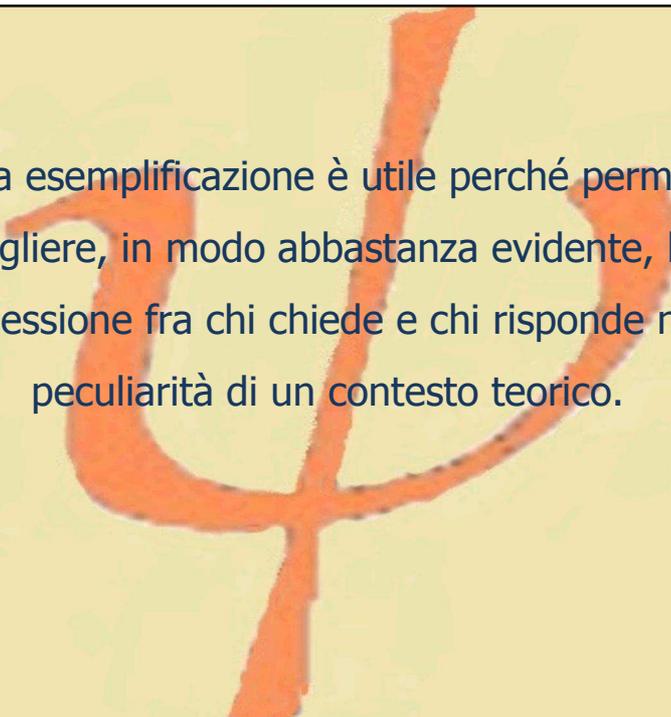
I contenuti di questa richiesta sono sovrapponibili quelli descritti nella situazione precedente.

Tra la prima situazione e la seconda si possono individuare peculiari differenze.

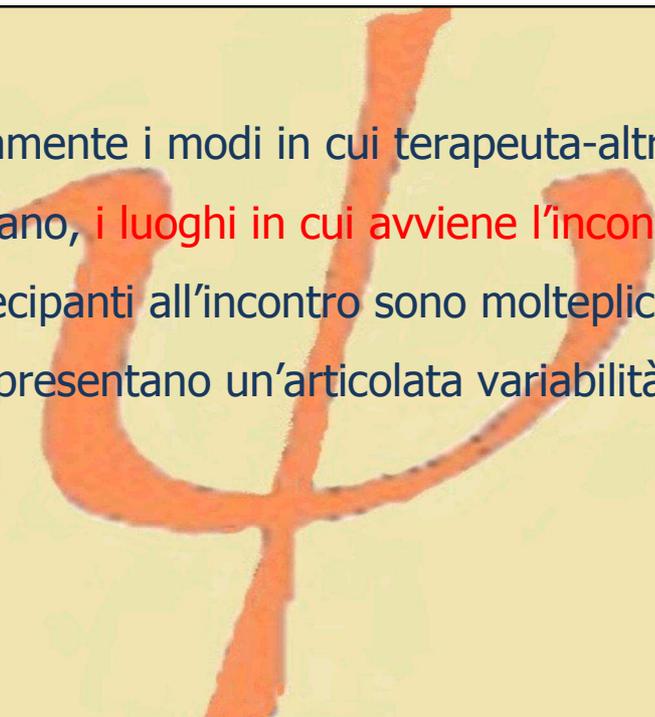
Ad esempio, si può sottolineare come spesso nella seconda situazione venga riferito il rifiuto da parte della persona per la quale si chiede dell'aiuto, della cura ecc..



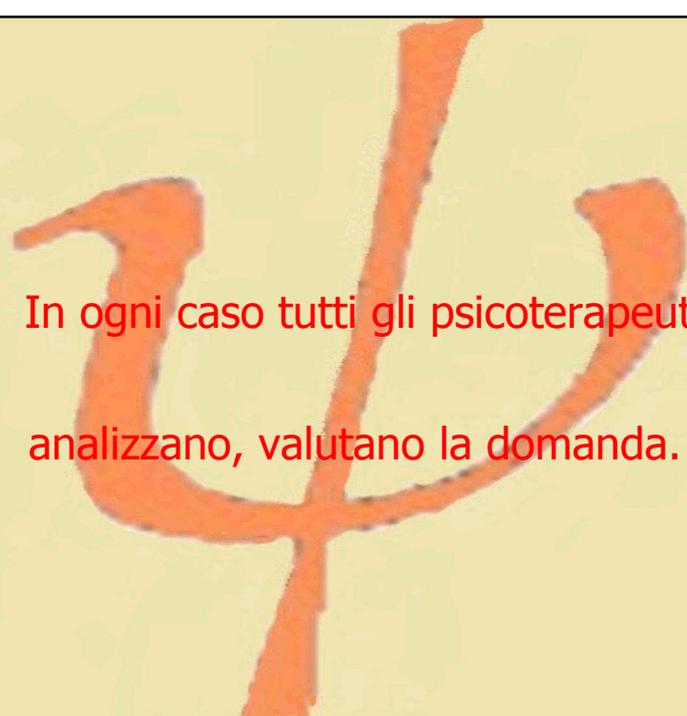
Per restare nella indicata esemplificazione, può essere utile osservare come in risposta, in un contesto teorico che utilizza il concetto di malattia, nella mente del terapeuta, del clinico si costruisca la valutazione di "non coscienza di malattia".



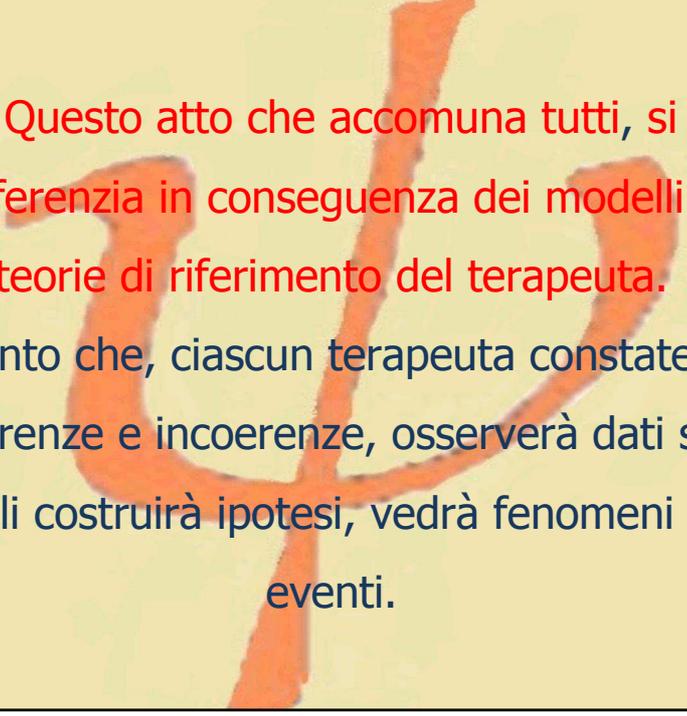
Questa esemplificazione è utile perché permette di cogliere, in modo abbastanza evidente, la connessione fra chi chiede e chi risponde nella peculiarità di un contesto teorico.



Ovviamente i modi in cui terapeuta-altro si incontrano, i luoghi in cui avviene l'incontro, i partecipanti all'incontro sono molteplici e rappresentano un'articolata variabilità.

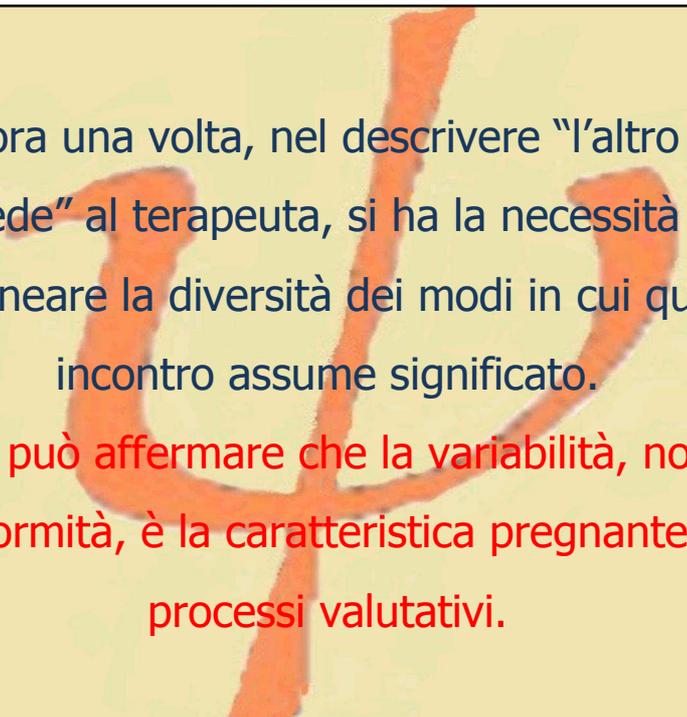


In ogni caso tutti gli psicoterapeuti analizzano, valutano la domanda.



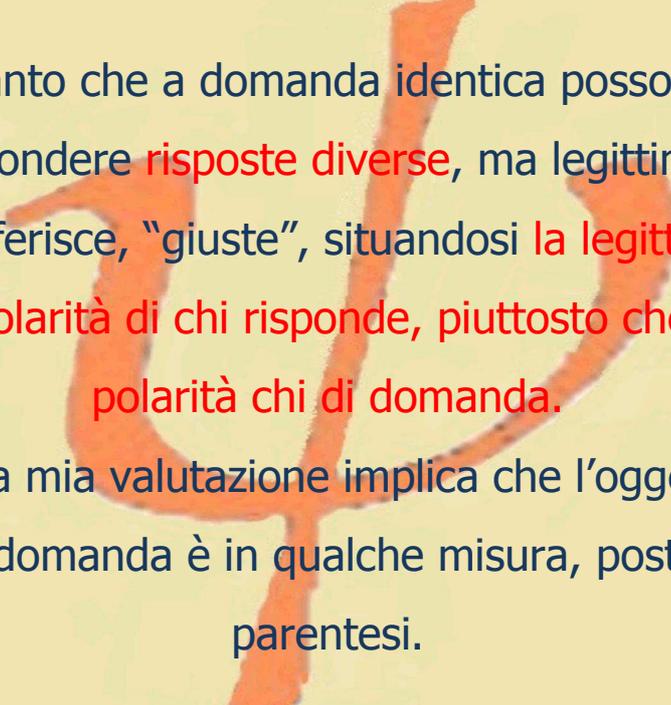
Questo atto che accomuna tutti, si differenzia in conseguenza dei modelli e teorie di riferimento del terapeuta.

Tanto che, ciascun terapeuta constaterà coerenze e incoerenze, osserverà dati sui quali costruirà ipotesi, vedrà fenomeni ed eventi.



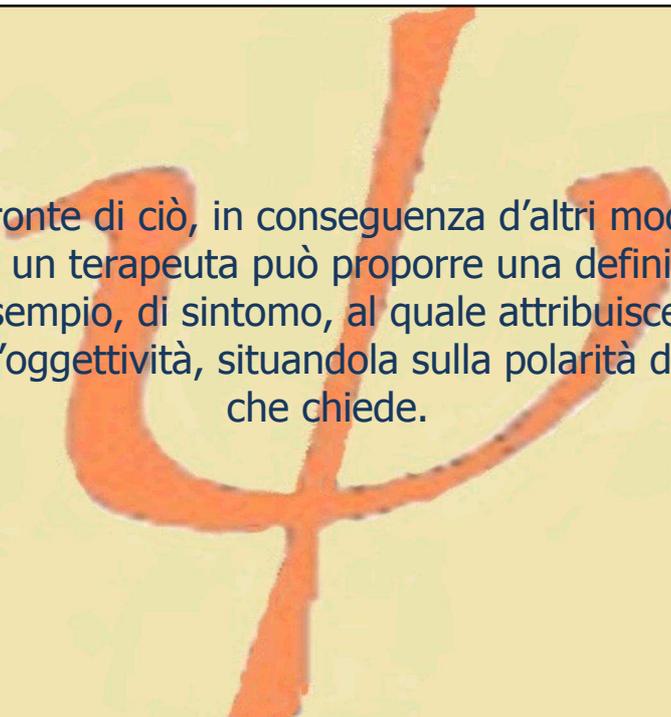
Ancora una volta, nel descrivere "l'altro che chiede" al terapeuta, si ha la necessità di sottolineare la diversità dei modi in cui questo incontro assume significato.

Si può affermare che la variabilità, non l'uniformità, è la caratteristica pregnante dei processi valutativi.

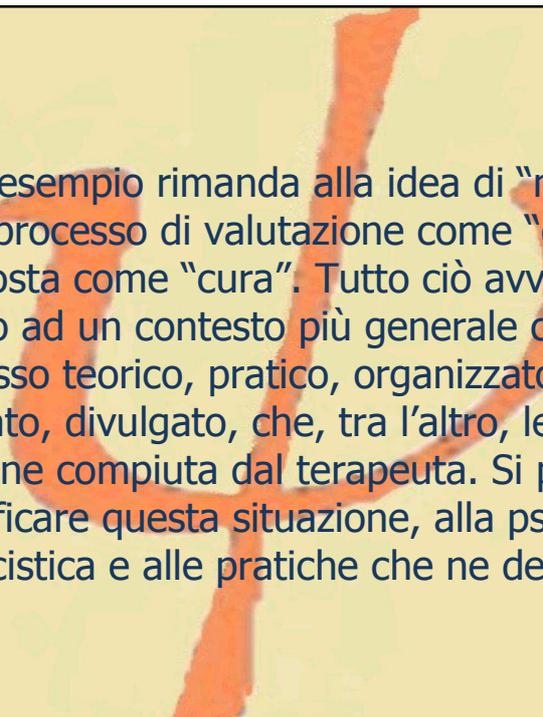


Tanto che a domanda identica possono corrispondere **risposte diverse**, ma legittime, se si preferisce, "giuste", situandosi **la legittimità sulla polarità di chi risponde, piuttosto che sulla polarità chi di domanda.**

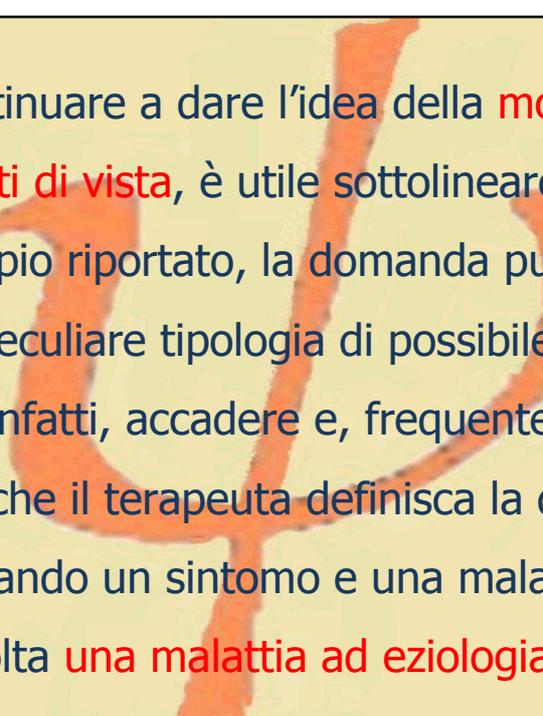
Questa mia valutazione implica che l'oggettività della domanda è in qualche misura, posta fra parentesi.



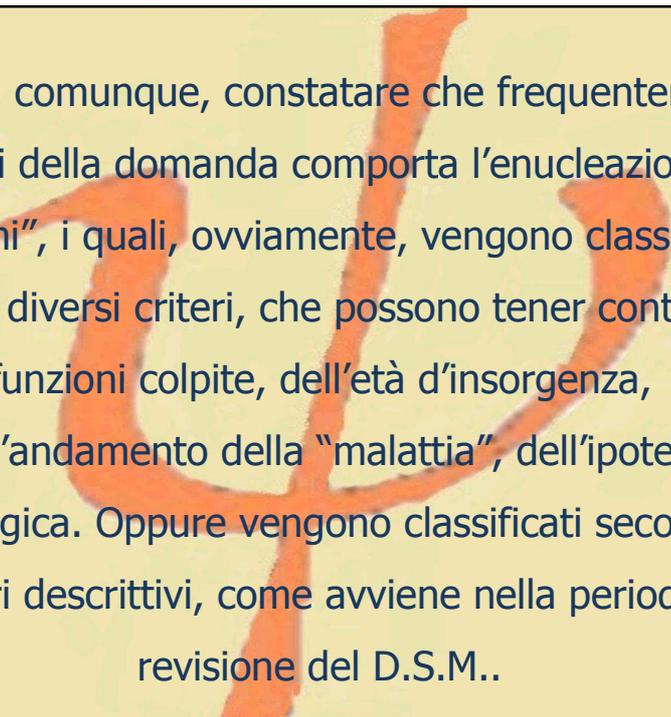
A fronte di ciò, in conseguenza d'altri modelli teorici, un terapeuta può proporre una definizione, per esempio, di sintomo, al quale attribuisce uno status d'oggettività, situandola sulla polarità dell'altro che chiede.



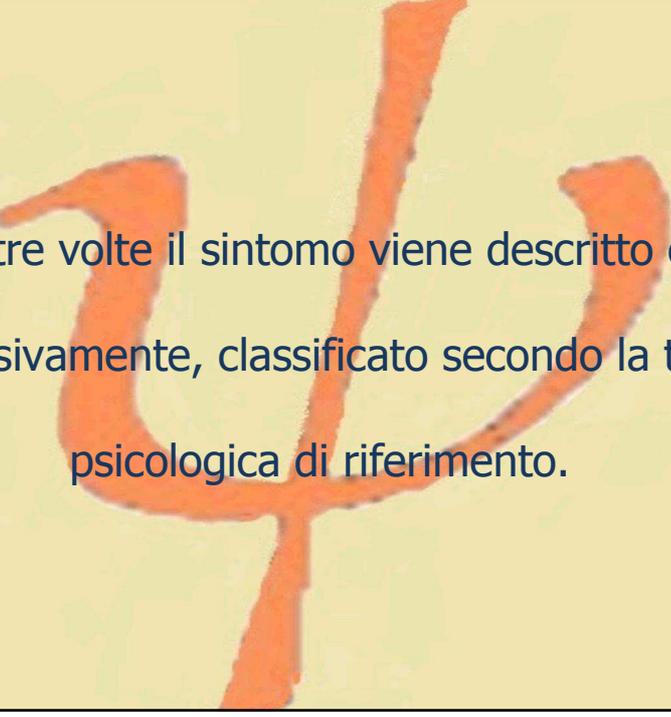
Questo esempio rimanda alla idea di "malattia", connota il processo di valutazione come "diagnosi" e la risposta come "cura". Tutto ciò avviene in riferimento ad un contesto più generale che implica un complesso teorico, pratico, organizzato, studiato, insegnato, divulgato, che, tra l'altro, legittima l'operazione compiuta dal terapeuta. Si pensi, per esemplificare questa situazione, alla psichiatria organicistica e alle pratiche che ne derivano.



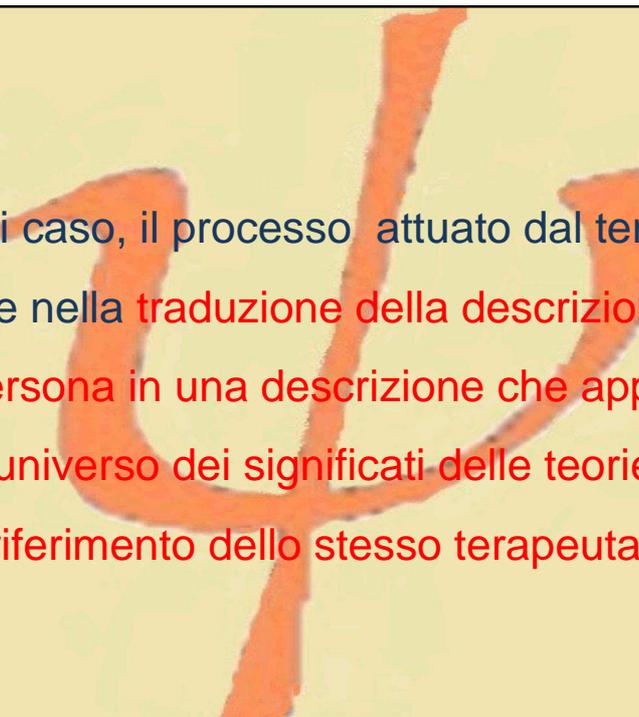
Per continuare a dare l'idea della **molteplicità dei punti di vista**, è utile sottolineare, come nell'esempio riportato, la domanda può trovare un'altra peculiare tipologia di possibile risposta. Può, infatti, accadere e, frequentemente accade, che il terapeuta definisca la domanda individuando un sintomo e una malattia, ma questa volta **una malattia ad eziologia psichica**.



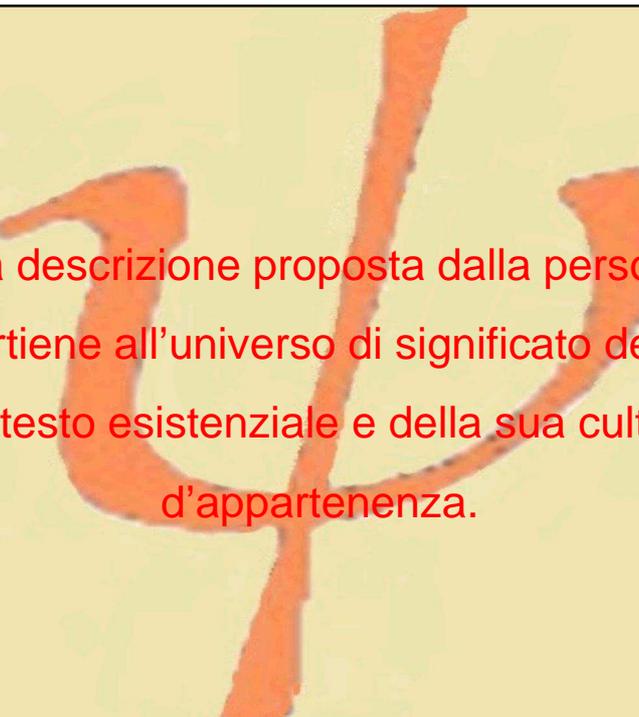
Si può, comunque, constatare che frequentemente l'analisi della domanda comporta l'enucleazione di "sintomi", i quali, ovviamente, vengono classificati secondo diversi criteri, che possono tener conto delle funzioni colpite, dell'età d'insorgenza, dell'andamento della "malattia", dell'ipotesi eziologica. Oppure vengono classificati secondo criteri descrittivi, come avviene nella periodica revisione del D.S.M..



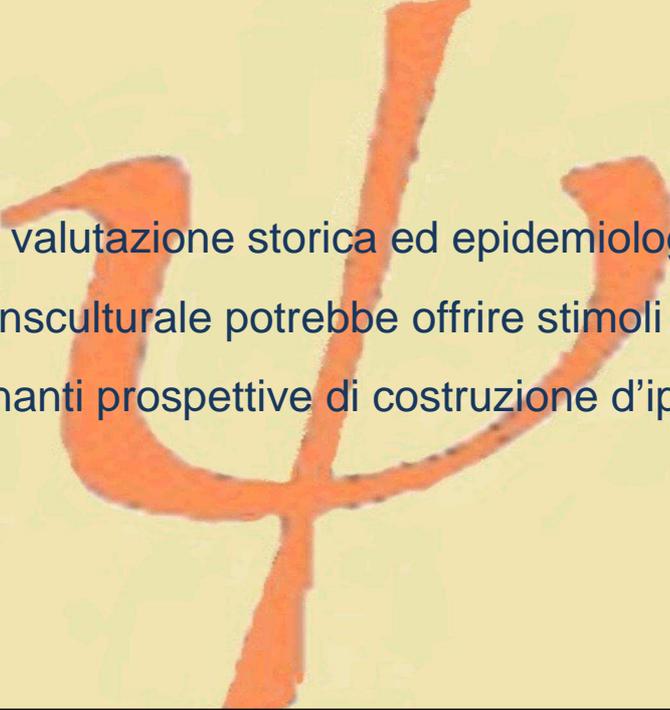
Altre volte il sintomo viene descritto e, successivamente, classificato secondo la teoria psicologica di riferimento.



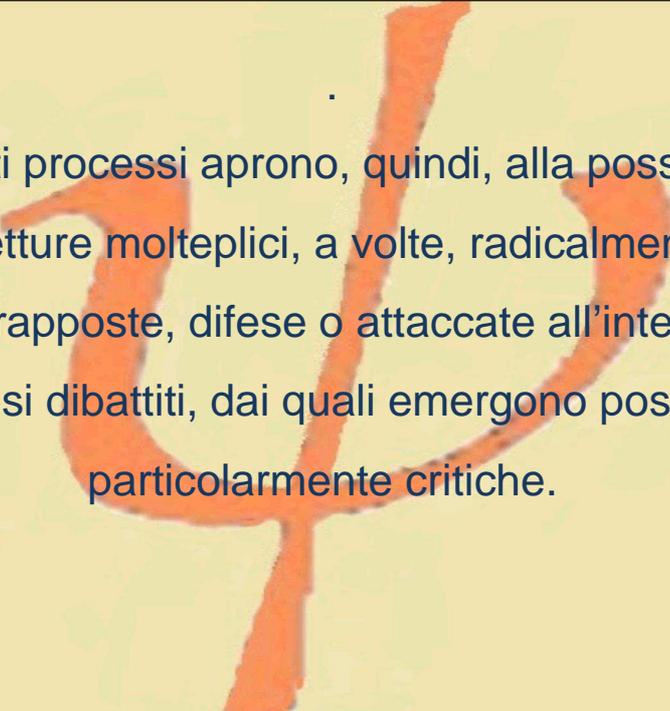
In ogni caso, il processo attuato dal terapeuta consiste nella traduzione della descrizione fatta dalla persona in una descrizione che appartiene all'universo dei significati delle teorie di riferimento dello stesso terapeuta.



La descrizione proposta dalla persona appartiene all'universo di significato del suo contesto esistenziale e della sua cultura d'appartenenza.



Una valutazione storica ed epidemiologica transculturale potrebbe offrire stimoli e affascinanti prospettive di costruzione d'ipotesi.

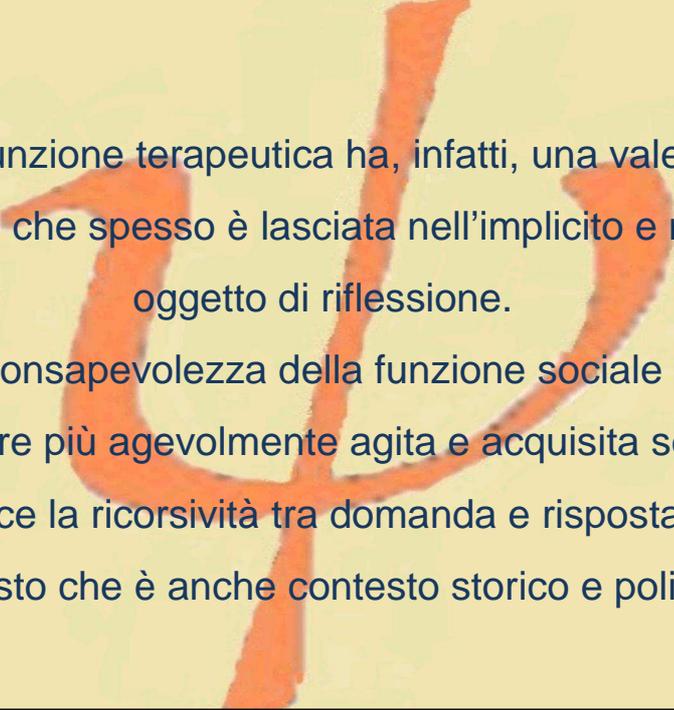


Questi processi aprono, quindi, alla possibilità di letture molteplici, a volte, radicalmente contrapposte, difese o attaccate all'interno d'accesi dibattiti, dai quali emergono posizioni particolarmente critiche.

Per esemplificare la radicalità del dibattito e il modificarsi nel tempo degli approcci teorici, facendo riferimento alla definizione di “depressione”, si riportano le affermazioni di Stefania Rossini che intervista Luigi Cancrini (1996): “Un tempo c’era un nome per ogni sfumatura, per ogni piccolo e grande abisso del normale mestiere di vivere. Oggi no, siamo tutti depressi, mai avviliti o accorati, mai afflitti o rammaricati, mai abbattuti o angustiati, mai infelici, solo depressi”.

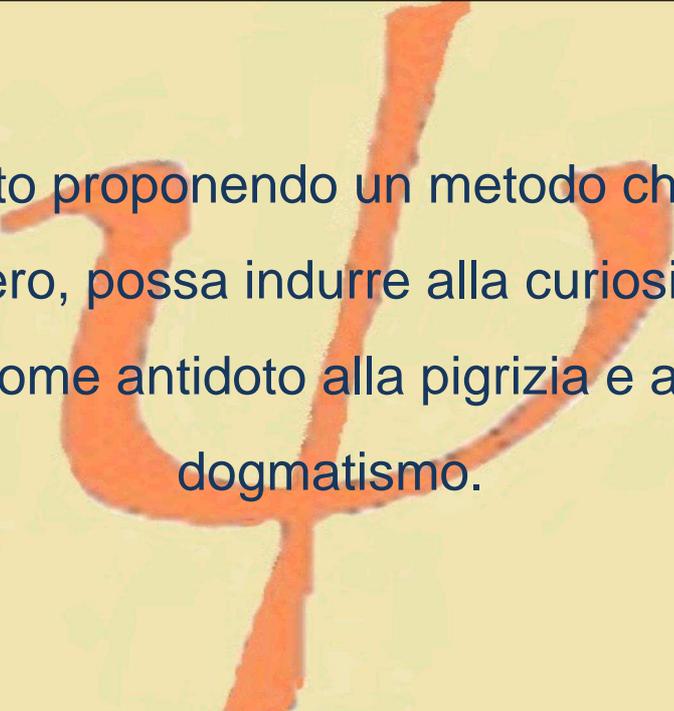
Basterebbe confrontare queste affermazioni, che hanno carattere divulgativo, con la letteratura, a carattere divulgativo, riguardante i farmaci che garantiscono la felicità, cioè la guarigione della depressione per avere testimonianza della citata contrapposizione.

Ovviamente il terapeuta deve saper guardare se stesso e interrogarsi sui meccanismi sociali che portano a costruire la risposta.



La funzione terapeutica ha, infatti, una valenza sociale che spesso è lasciata nell'implicito e non è oggetto di riflessione.

La consapevolezza della funzione sociale può essere più agevolmente agita e acquisita se si riconosce la ricorsività tra domanda e risposta in un contesto che è anche contesto storico e politico.



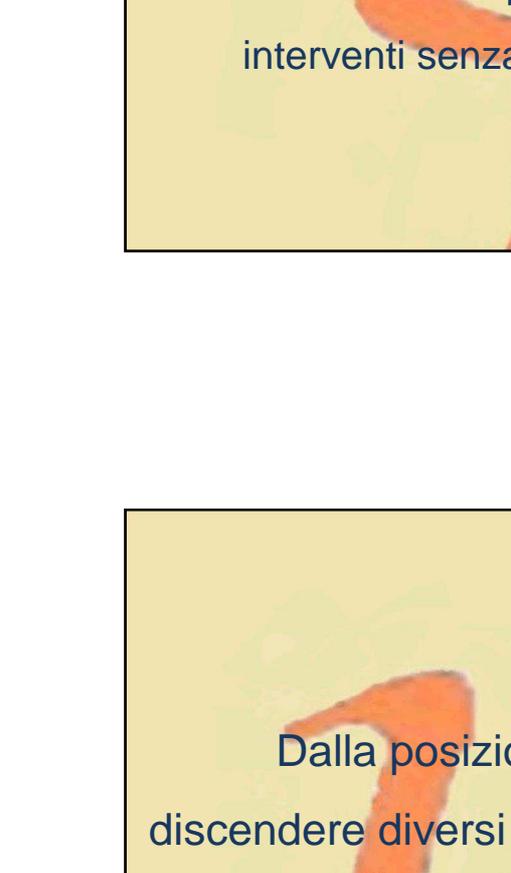
Sto proponendo un metodo che, spero, possa indurre alla curiosità, come antidoto alla pigrizia e al dogmatismo.



Per tenere sotto controllo i propri meccanismi mentali, credo che il terapeuta non debba farsi imprigionare dalla domanda: “che cosa ha la persona?”.



Doverosamente si sottolinea la questione della valenza euristica dell'uso di teorie comportanti la definizione di malattia, questione che, ovviamente, si lascia aperta.



anche perché, nell' incontro con l'altro occorre evitare il rischio di negare, di non vedere la sofferenza individuale e, d'altronde, quando si sceglie un livello di riflessione metateorico, bisogna valorizzare la capacità di formulare ipotesi e interventi senza atteggiamenti dogmatici.



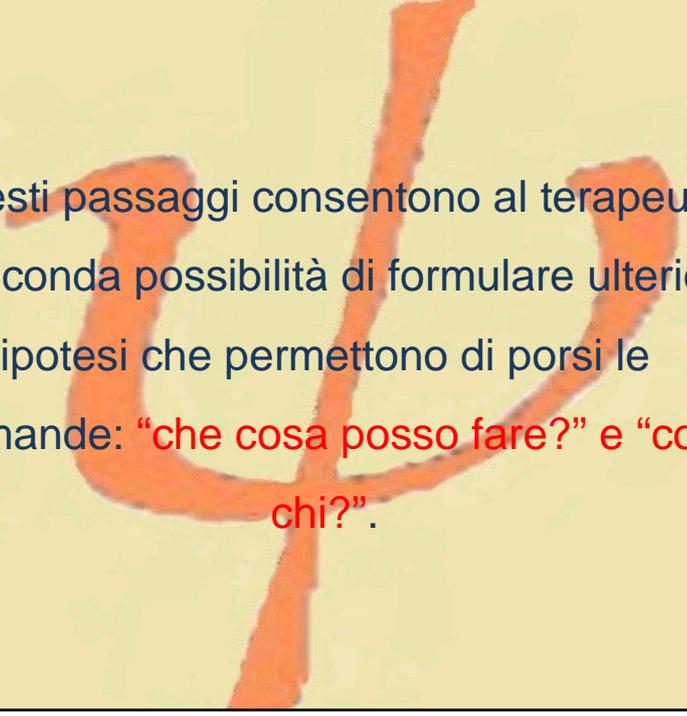
Dalla posizione espressa possono discendere diversi modi con i quali il terapeuta può raccogliere **il bandolo della matassa** che gli si presenta.



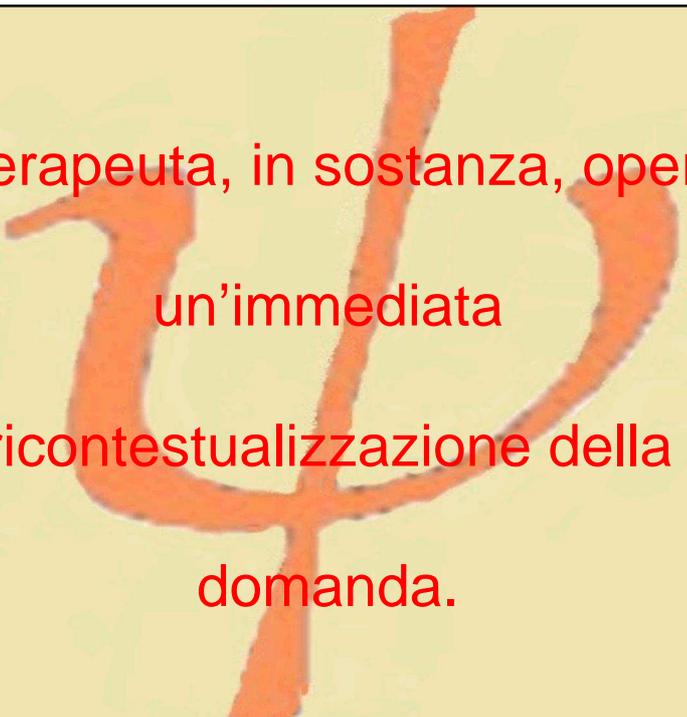
Ritengo che un possibile modo possa organizzarsi attraverso **la formulazione di una serie di ipotesi** che il terapeuta può proporsi e che possono sintetizzarsi in una serie di interrogativi.



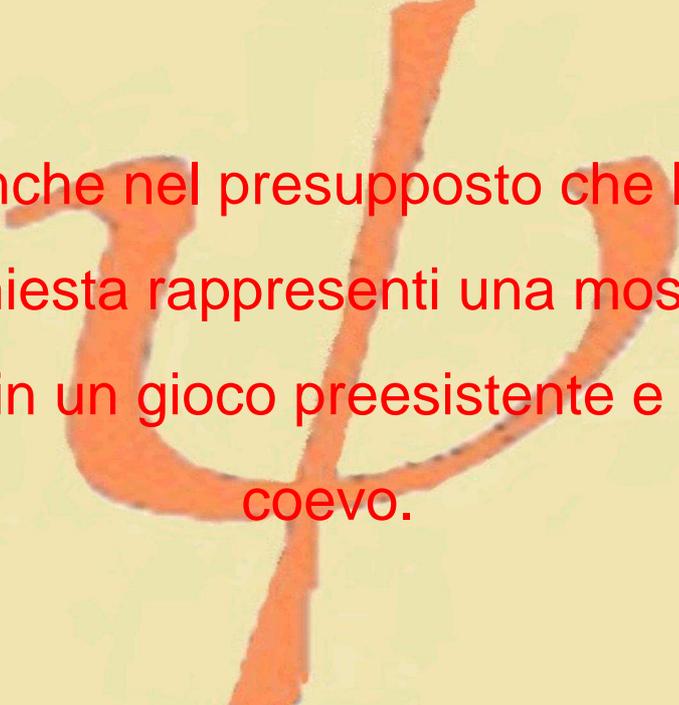
Il terapeuta può valutare la domanda che gli viene proposta focalizzando l'attenzione verso **“chi sta chiedendo”**, verificando **“per chi sta chiedendo”** e **“che cosa sta chiedendo”**.



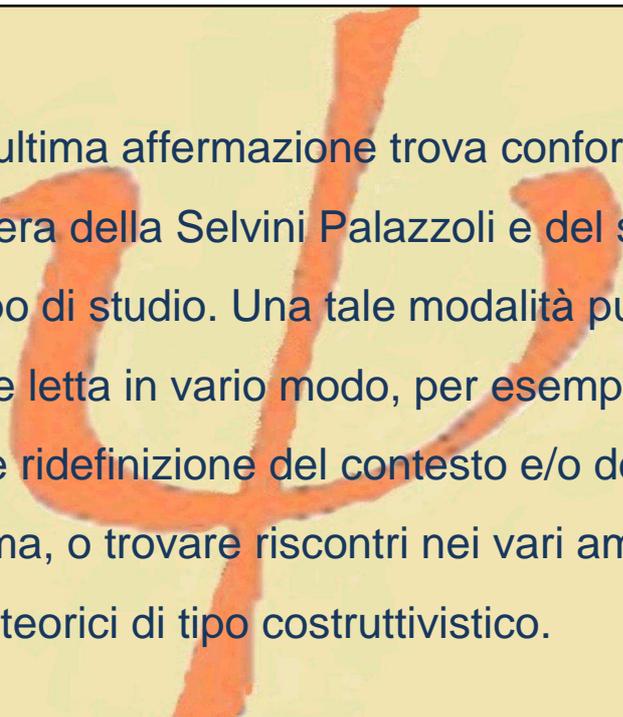
Questi passaggi consentono al terapeuta
la feconda possibilità di formulare ulteriori
ipotesi che permettono di porsi le
domande: “che cosa posso fare?” e “con
chi?”.



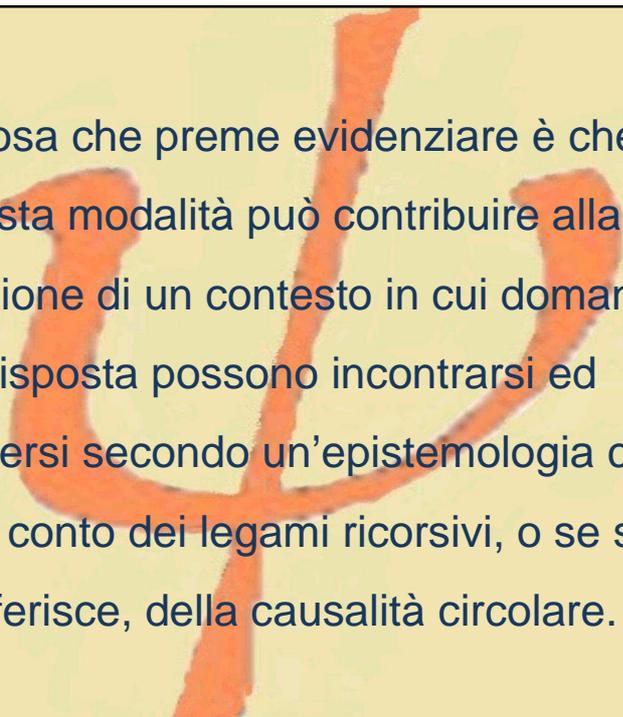
Il terapeuta, in sostanza, opera
un'immediata
ricontestualizzazione della
domanda.



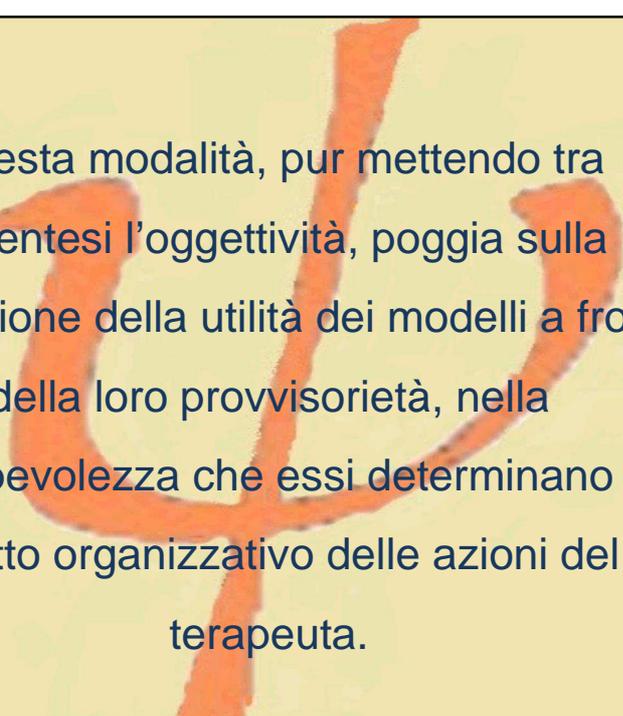
Anche nel presupposto che la richiesta rappresenti una mossa in un gioco preesistente e coevo.



Tale ultima affermazione trova conforto nell'opera della Selvini Palazzoli e del suo gruppo di studio. Una tale modalità può essere letta in vario modo, per esempio, come ridefinizione del contesto e/o del problema, o trovare riscontri nei vari ambiti teorici di tipo costruttivistico.



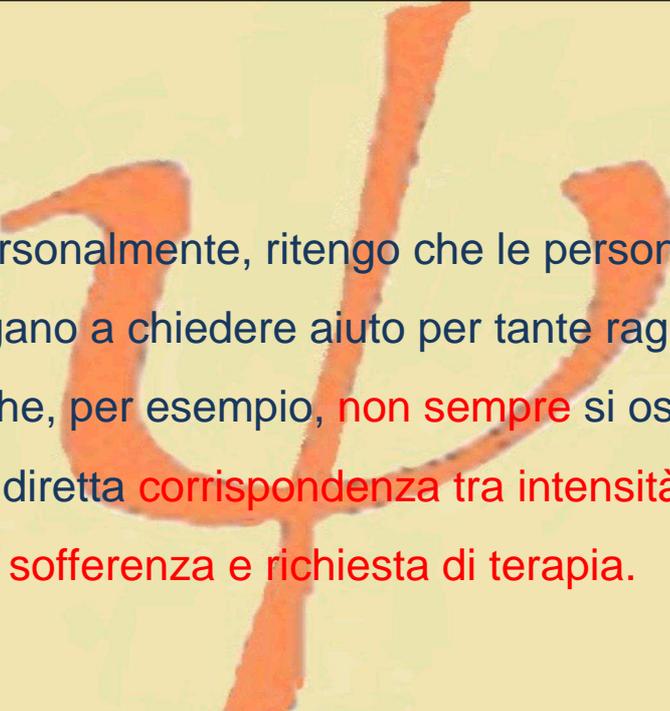
La cosa che preme evidenziare è che questa modalità può contribuire alla costruzione di un contesto in cui domanda e risposta possono incontrarsi ed esprimersi secondo un'epistemologia che tiene conto dei legami ricorsivi, o se si preferisce, della causalità circolare.



Questa modalità, pur mettendo tra parentesi l'oggettività, poggia sulla convinzione della utilità dei modelli a fronte della loro provvisorietà, nella consapevolezza che essi determinano un effetto organizzativo delle azioni del terapeuta.



Inoltre, tale modalità implica l'interlocutore, rimanda, cioè, al riconoscimento dell'altro e, più in generale, del contesto relazionale.



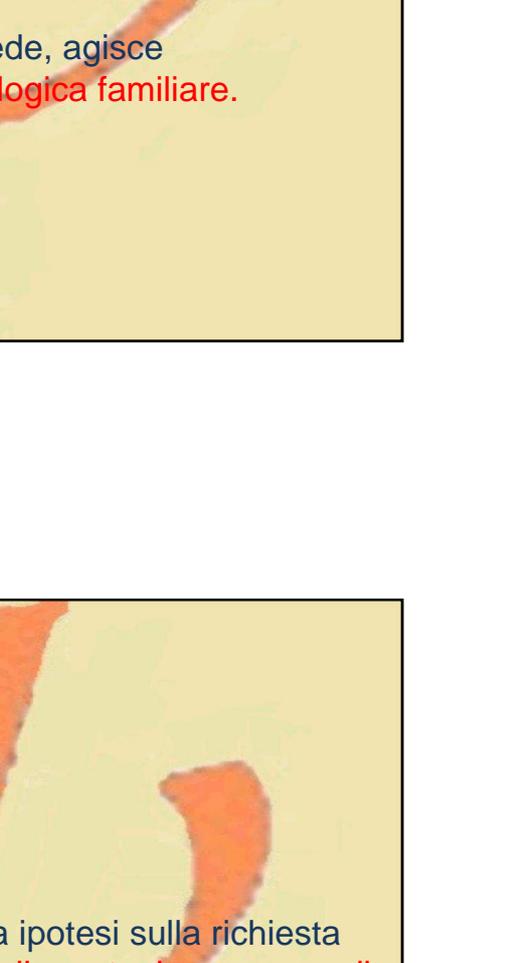
Personalmente, ritengo che le persone giungano a chiedere aiuto per tante ragioni, tanto che, per esempio, **non sempre** si osserva una diretta **corrispondenza tra intensità di sofferenza e richiesta di terapia.**



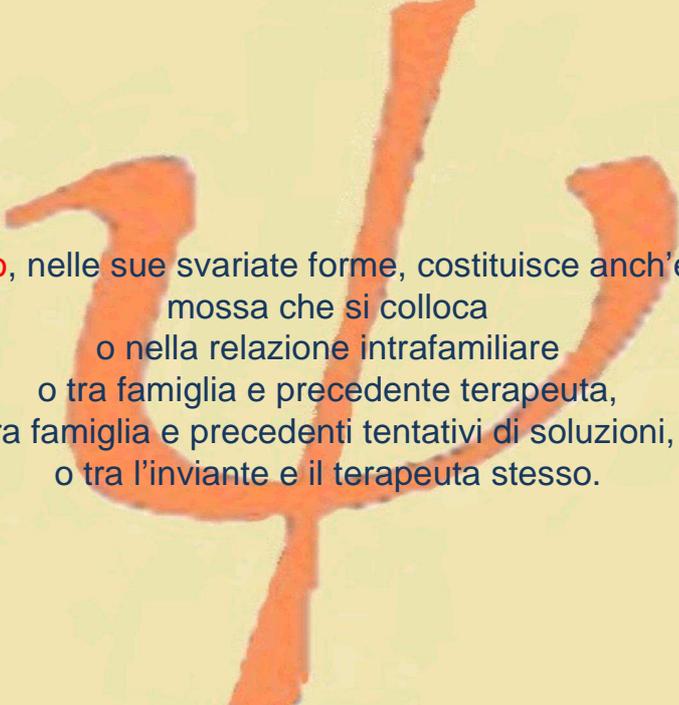
Le persone, le famiglie provengono da diversi percorsi,
portano con loro i precedenti tentativi di soluzione.

Presentano il problema in forme che tengono conto del
percorso precedente.

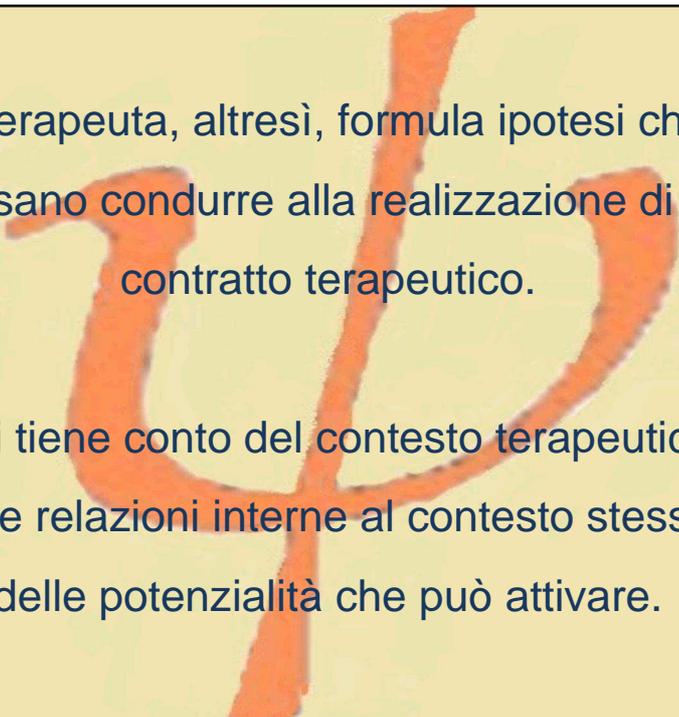
In ogni caso, chi chiede, agisce
nella peculiarità epistemologica familiare.



Da parte sua il terapeuta formula ipotesi sulla richiesta
valutando il percorso precedente e l'eventuale processo di
invio.

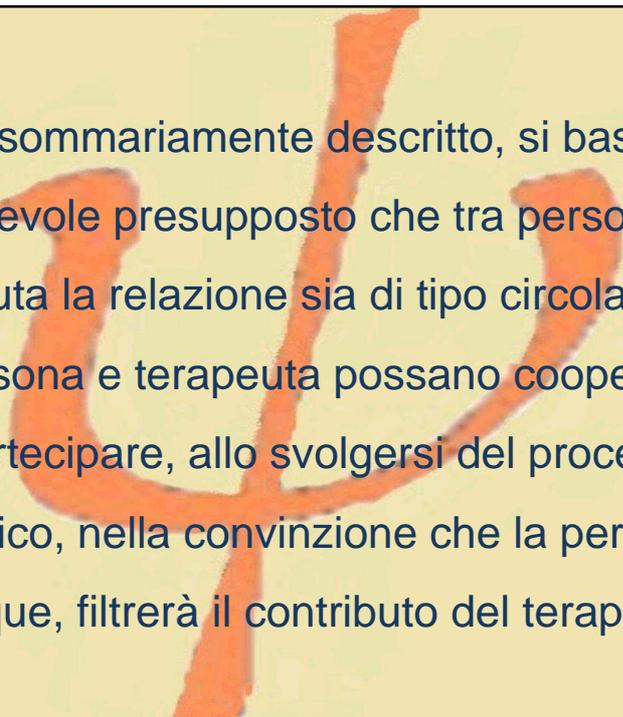


L'invio, nelle sue svariate forme, costituisce anch'esso
mossa che si colloca
o nella relazione intrafamiliare
o tra famiglia e precedente terapeuta,
tra famiglia e precedenti tentativi di soluzioni,
o tra l'inviante e il terapeuta stesso.

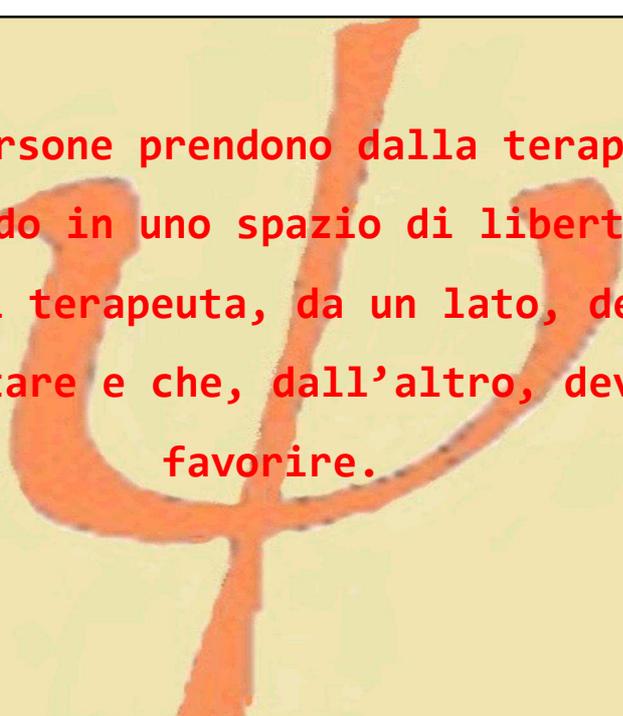


Il terapeuta, altresì, formula ipotesi che
possano condurre alla realizzazione di un
contratto terapeutico.

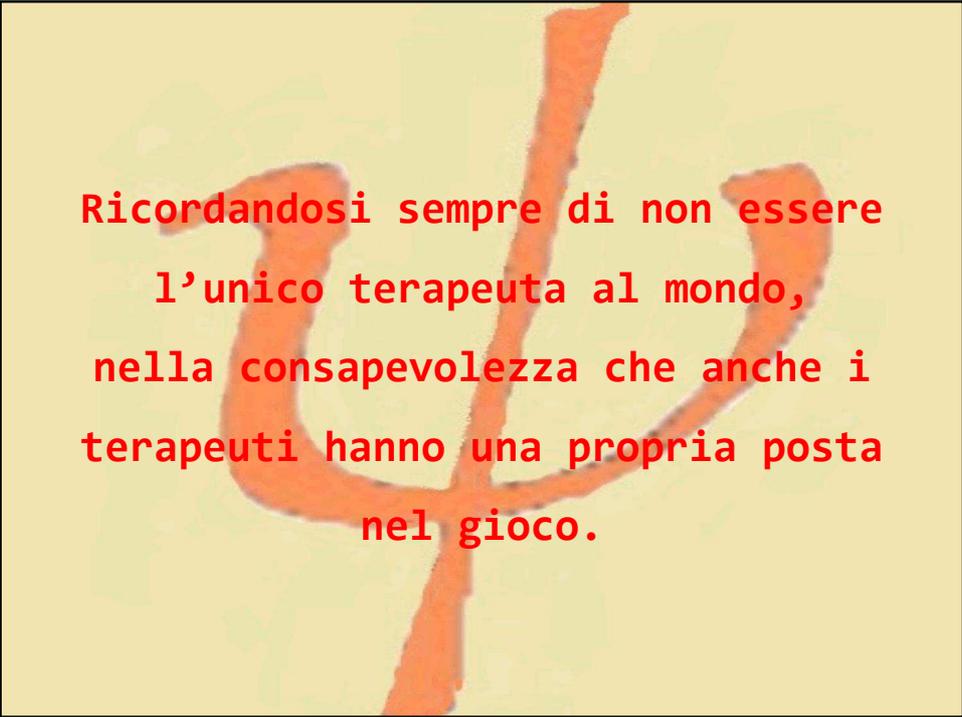
Egli tiene conto del contesto terapeutico,
delle relazioni interne al contesto stesso,
delle potenzialità che può attivare.



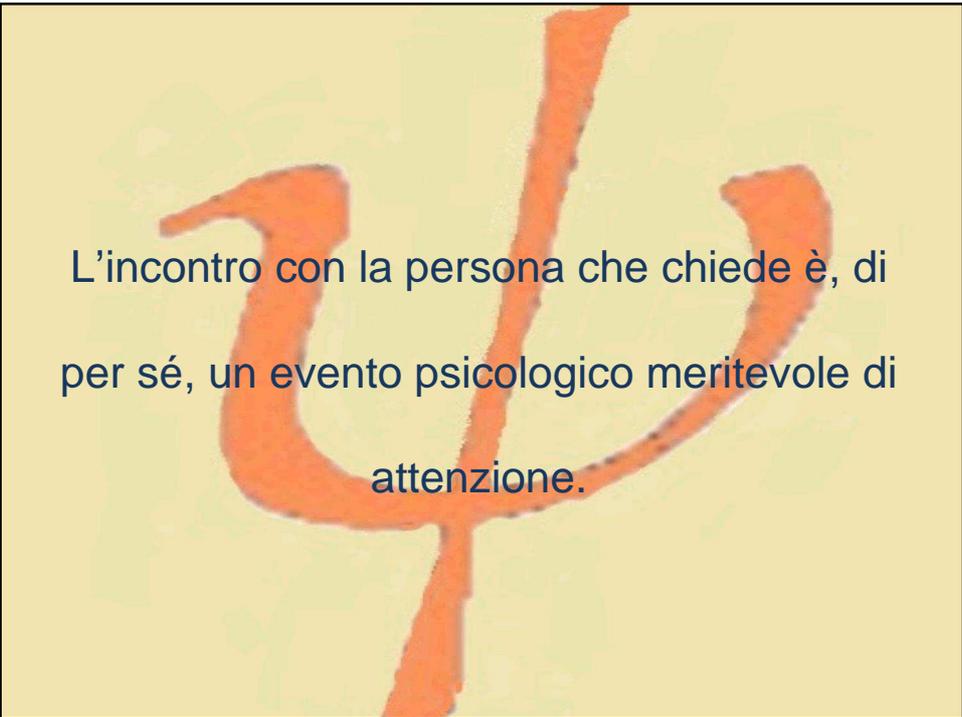
Quanto sommariamente descritto, si basa sul consapevole presupposto che tra persona e terapeuta la relazione sia di tipo circolare e che persona e terapeuta possano cooperare, partecipare, allo svolgersi del processo terapeutico, nella convinzione che la persona, comunque, filtrerà il contributo del terapeuta.



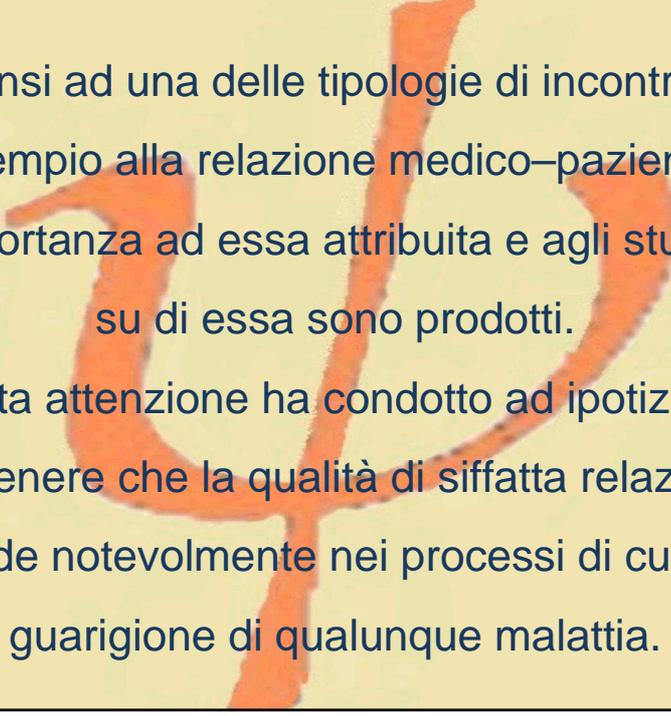
Le persone prendono dalla terapia agendo in uno spazio di libertà che il terapeuta, da un lato, deve valutare e che, dall'altro, deve favorire.



Ricordandosi sempre di non essere
l'unico terapeuta al mondo,
nella consapevolezza che anche i
terapeuti hanno una propria posta
nel gioco.

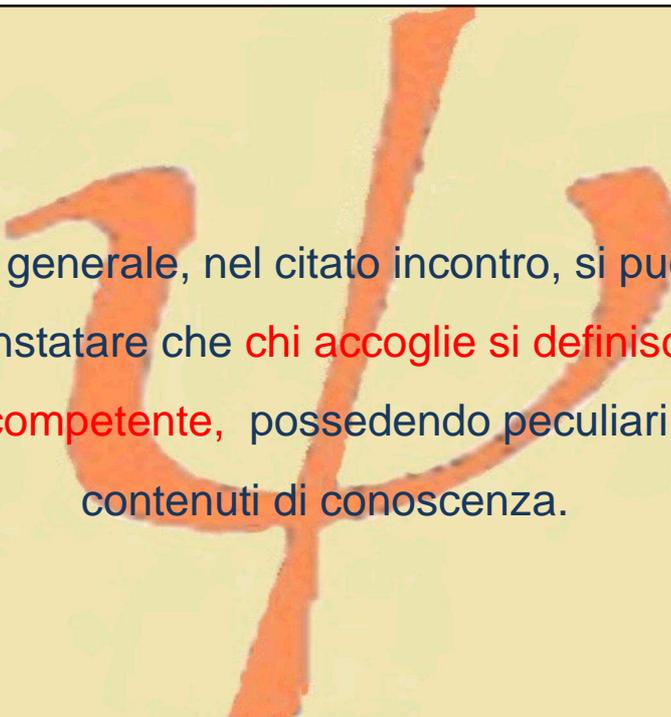


L'incontro con la persona che chiede è, di
per sé, un evento psicologico meritevole di
attenzione.

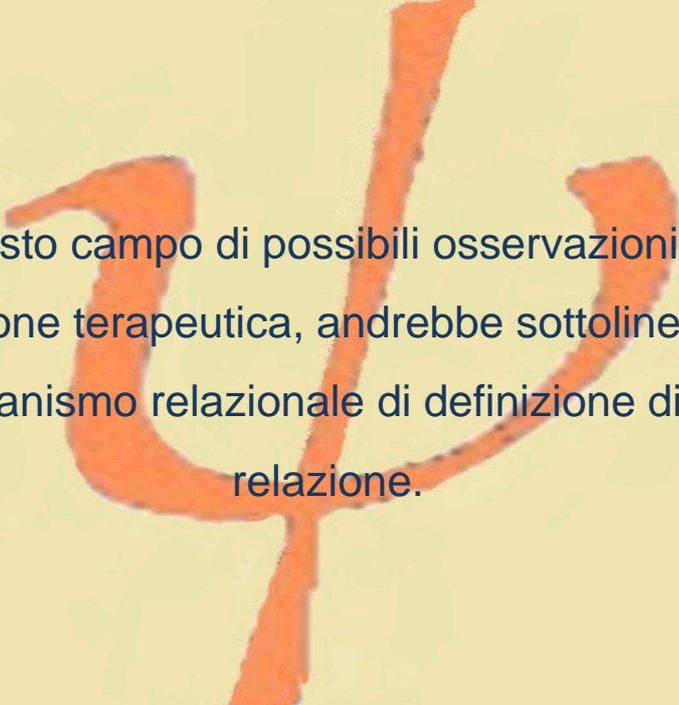


Si pensi ad una delle tipologie di incontro, per esempio alla relazione medico-paziente, all'importanza ad essa attribuita e agli studi che su di essa sono prodotti.

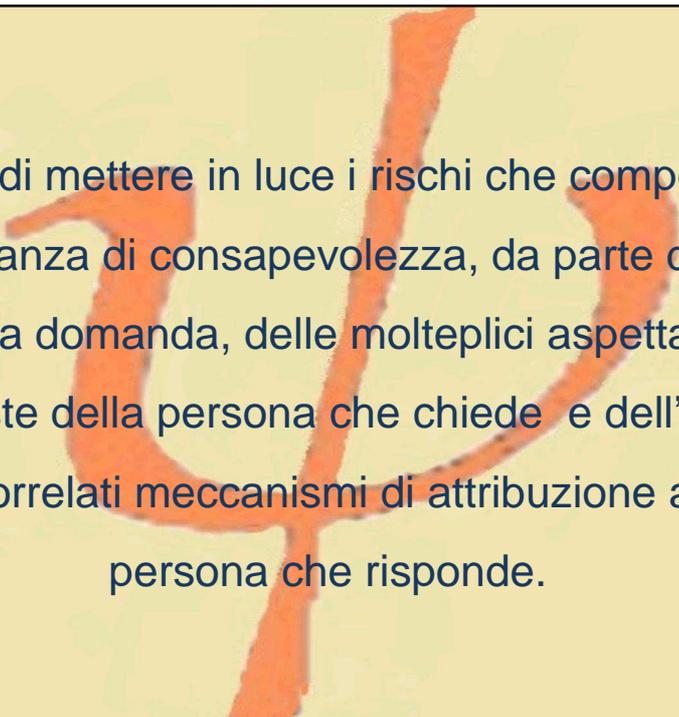
Questa attenzione ha condotto ad ipotizzare o sostenere che la qualità di siffatta relazione incide notevolmente nei processi di cura e guarigione di qualunque malattia.



In generale, nel citato incontro, si può constatare che **chi accoglie si definisce competente**, possedendo peculiari contenuti di conoscenza.



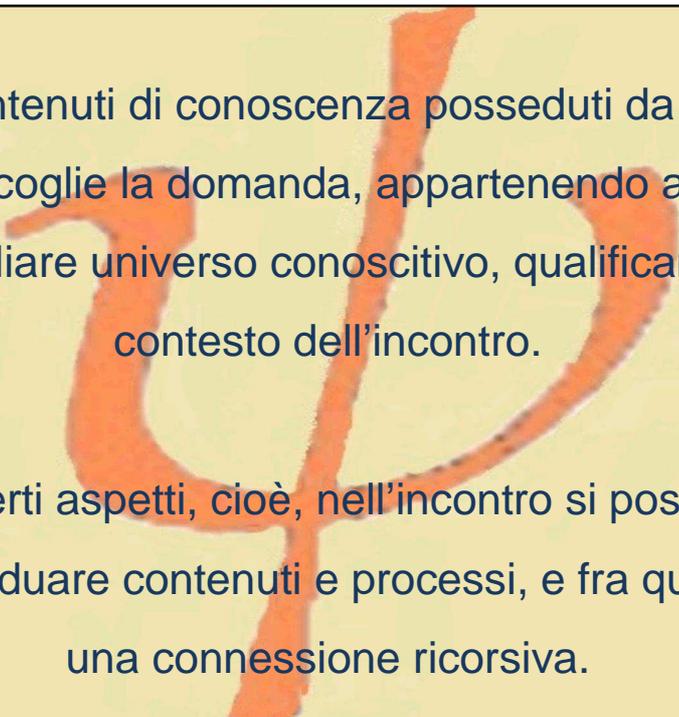
Nel vasto campo di possibili osservazioni sulla relazione terapeutica, andrebbe sottolineato il meccanismo relazionale di definizione di tale relazione.



al fine di mettere in luce i rischi che comporta la mancanza di consapevolezza, da parte di chi riceve la domanda, delle molteplici aspettative e richieste della persona che chiede e dell'agire di correlati meccanismi di attribuzione alla persona che risponde.

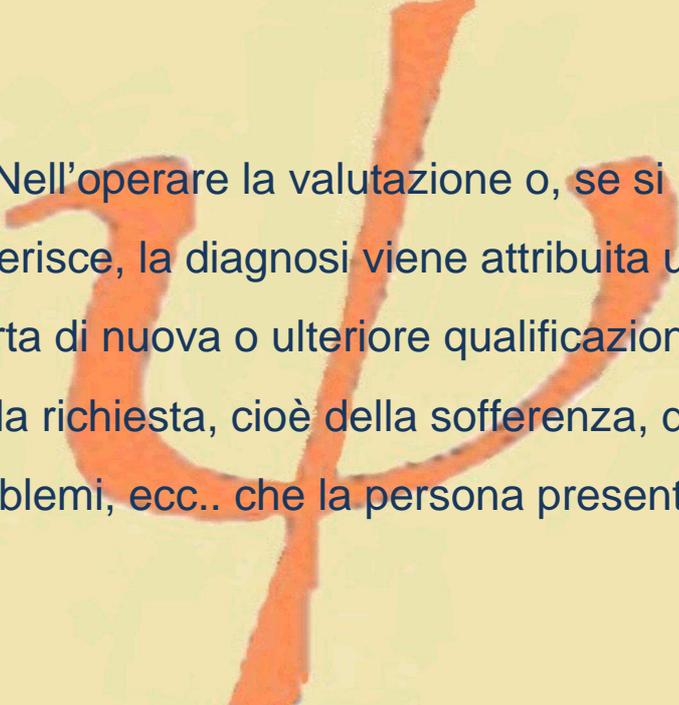


Questi processi concorrono alla
definizione della relazione.

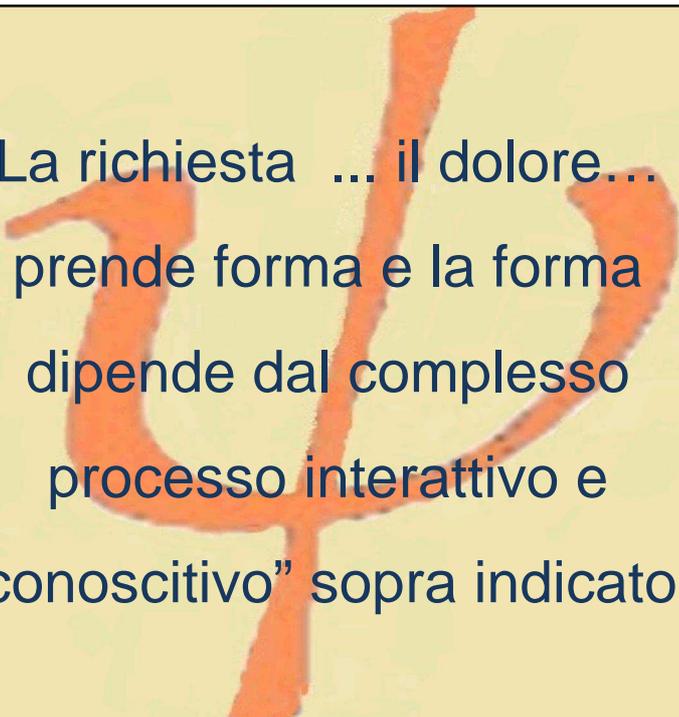


I contenuti di conoscenza posseduti da chi
accoglie la domanda, appartenendo ad
peculiare universo conoscitivo, qualificano il
contesto dell'incontro.

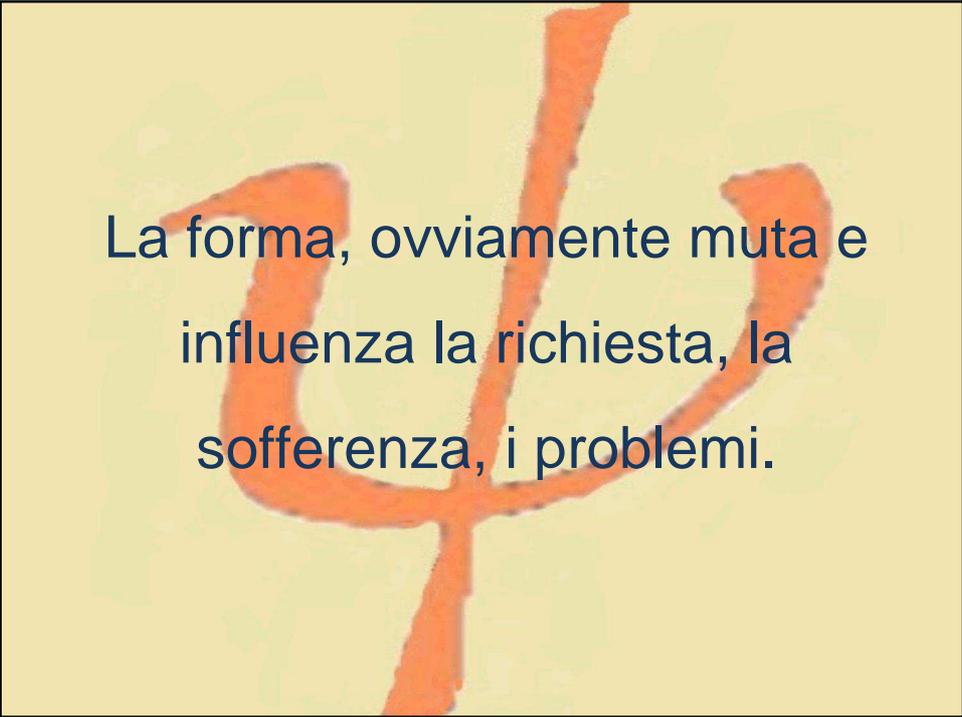
Per certi aspetti, cioè, nell'incontro si possono
individuare contenuti e processi, e fra questi
una connessione ricorsiva.



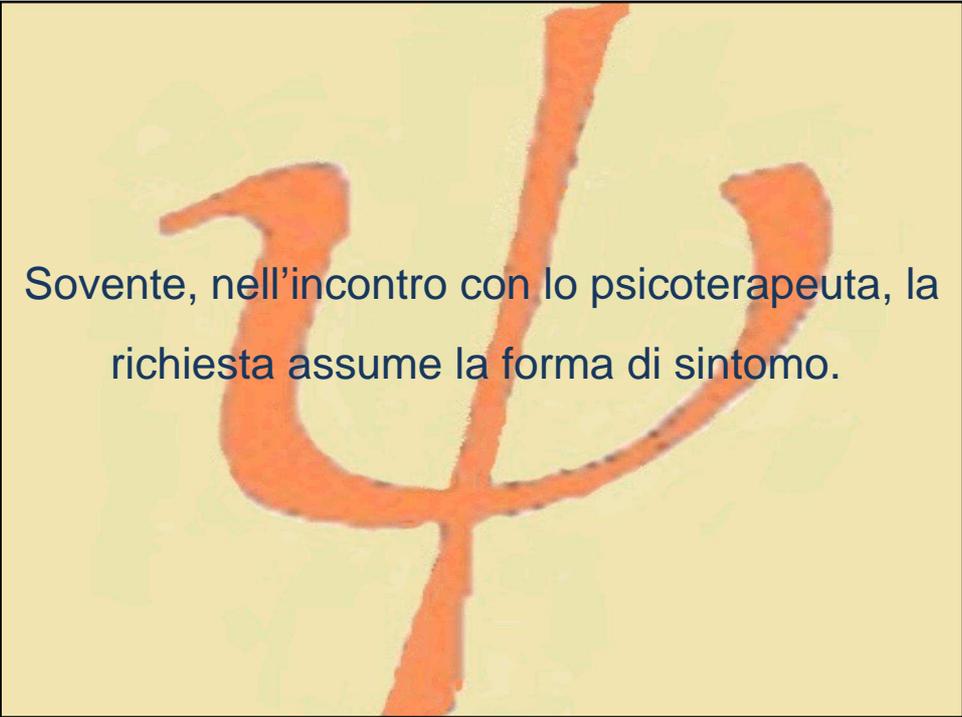
Nell'operare la valutazione o, se si preferisce, la diagnosi viene attribuita una sorta di nuova o ulteriore qualificazione della richiesta, cioè della sofferenza, dei problemi, ecc.. che la persona presenta.



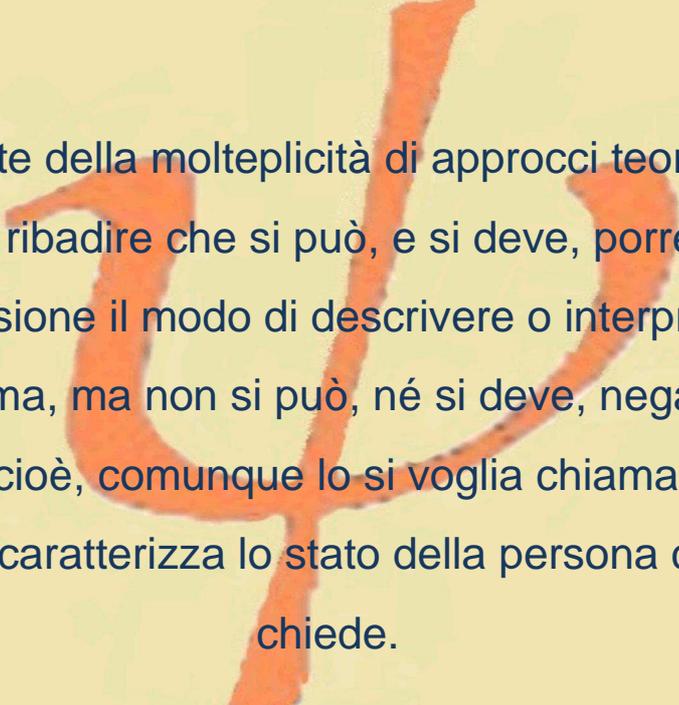
La richiesta ... il dolore...
prende forma e la forma
dipende dal complesso
processo interattivo e
“conoscitivo” sopra indicato.



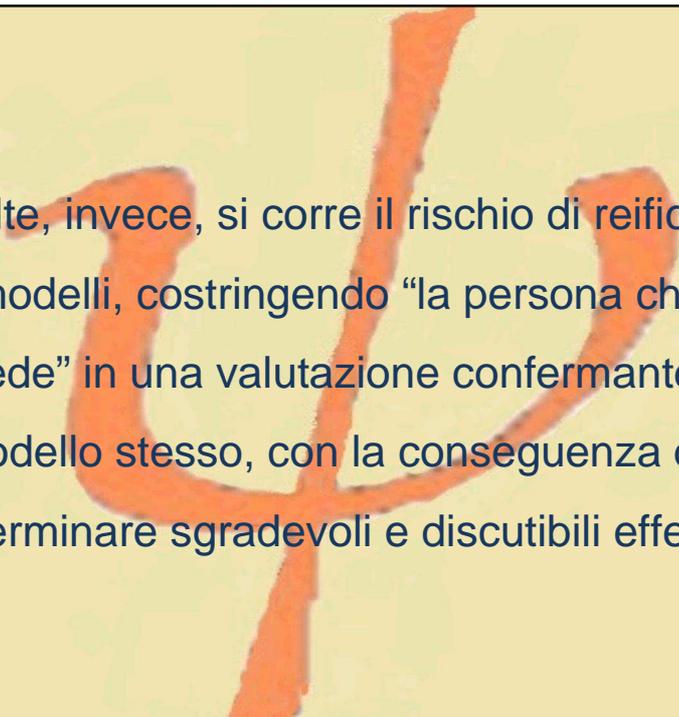
La forma, ovviamente muta e
influenza la richiesta, la
sofferenza, i problemi.



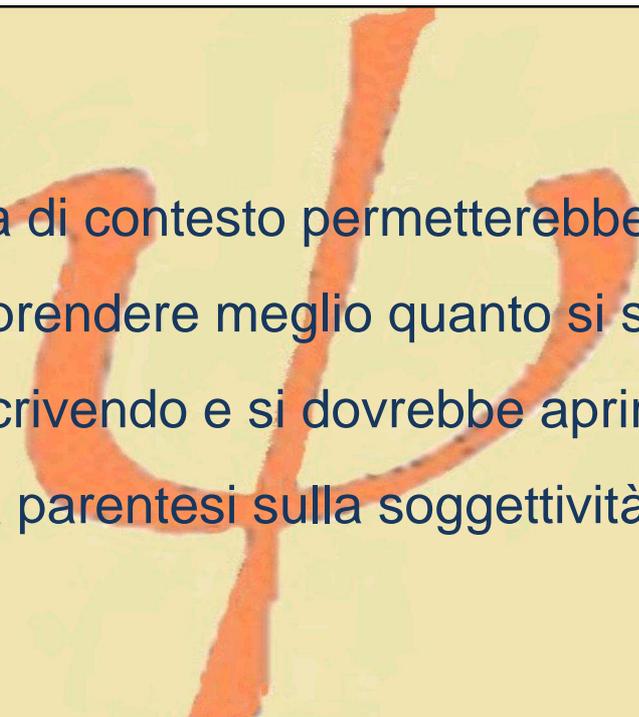
Sovente, nell'incontro con lo psicoterapeuta, la
richiesta assume la forma di sintomo.



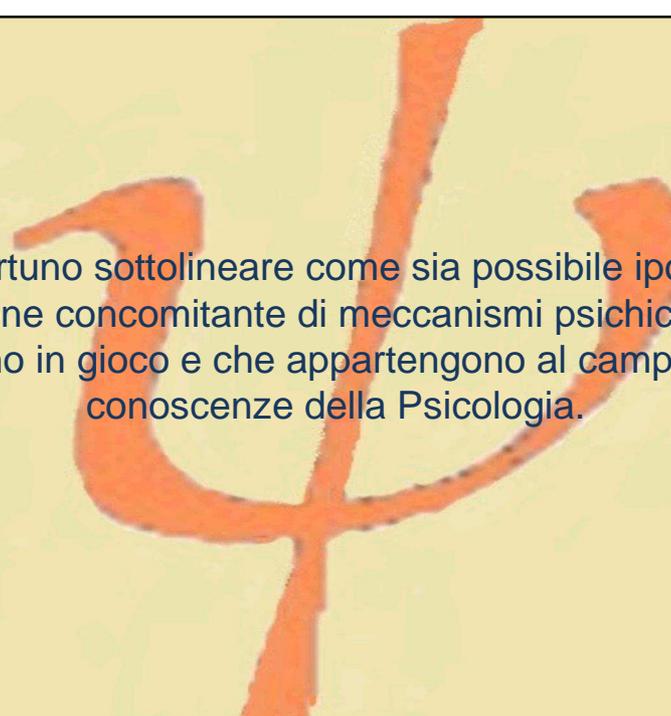
A fronte della molteplicità di approcci teorici, è utile ribadire che si può, e si deve, porre in discussione il modo di descrivere o interpretare la forma, ma non si può, né si deve, negare il dolore cioè, comunque lo si voglia chiamare, ciò che caratterizza lo stato della persona che chiede.



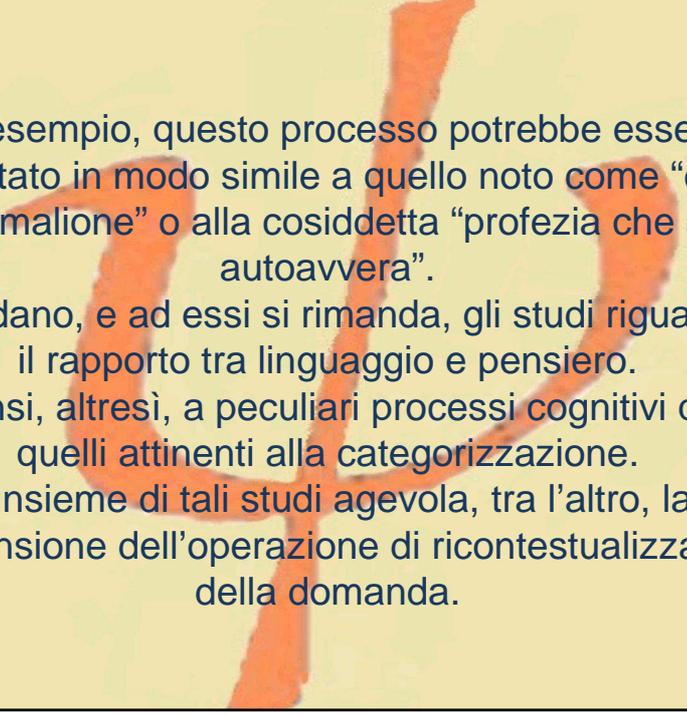
A volte, invece, si corre il rischio di reificare i modelli, costringendo “la persona che chiede” in una valutazione confermate il modello stesso, con la conseguenza di determinare sgradevoli e discutibili effetti.



L'idea di contesto permetterebbe di comprendere meglio quanto si sta descrivendo e si dovrebbe aprire una parentesi sulla soggettività.



È opportuno sottolineare come sia possibile ipotizzare un'azione concomitante di meccanismi psichici che si mettono in gioco e che appartengono al campo delle conoscenze della Psicologia.

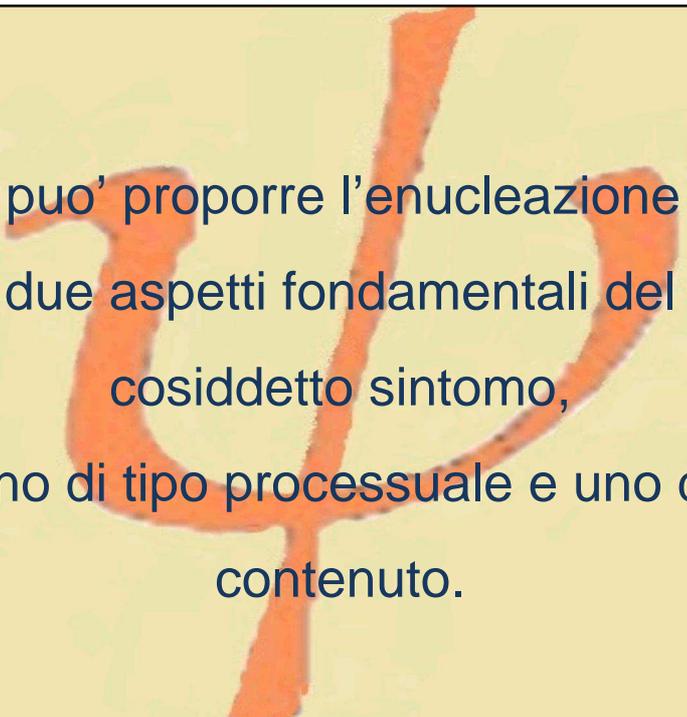


Ad esempio, questo processo potrebbe essere interpretato in modo simile a quello noto come “effetto Pigmalione” o alla cosiddetta “profezia che si autoavvera”.

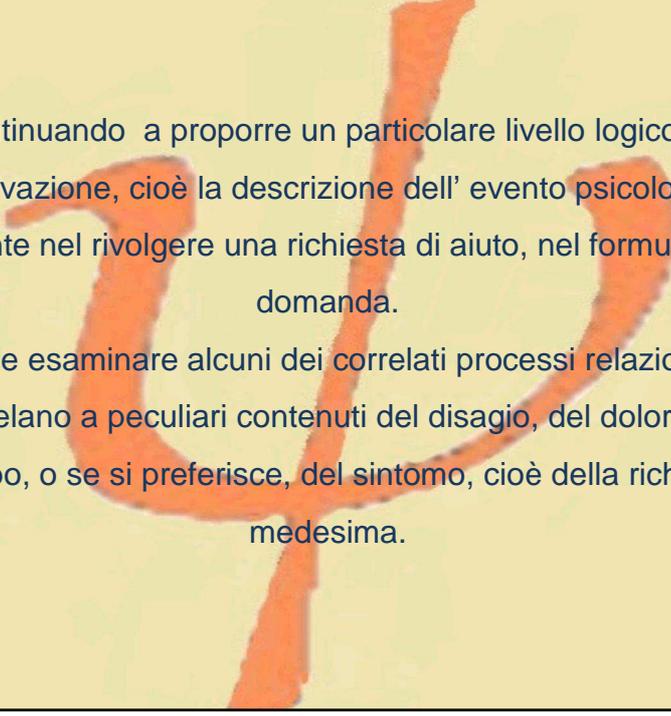
Si ricordano, e ad essi si rimanda, gli studi riguardanti il rapporto tra linguaggio e pensiero.

Si pensi, altresì, a peculiari processi cognitivi quali quelli attinenti alla categorizzazione.

L'insieme di tali studi agevola, tra l'altro, la comprensione dell'operazione di ricontestualizzazione della domanda.

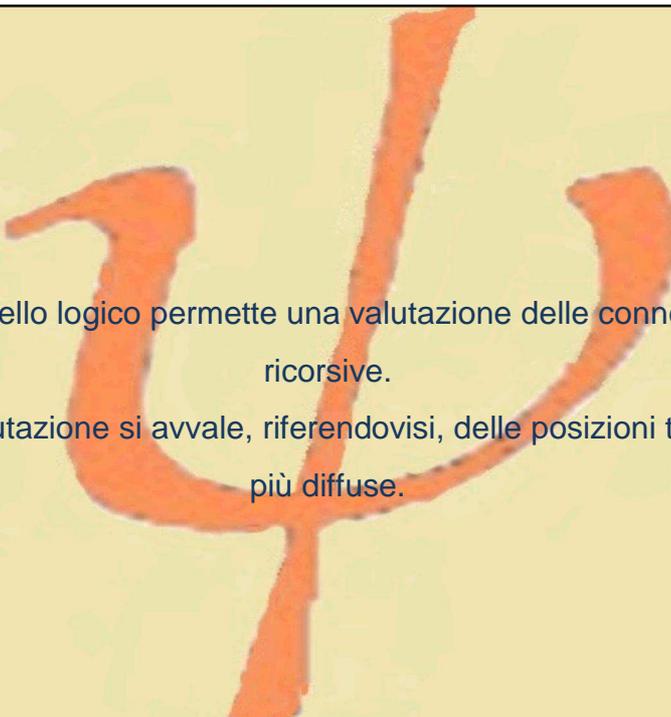


Si può proporre l'enucleazione di due aspetti fondamentali del cosiddetto sintomo, uno di tipo processuale e uno di contenuto.



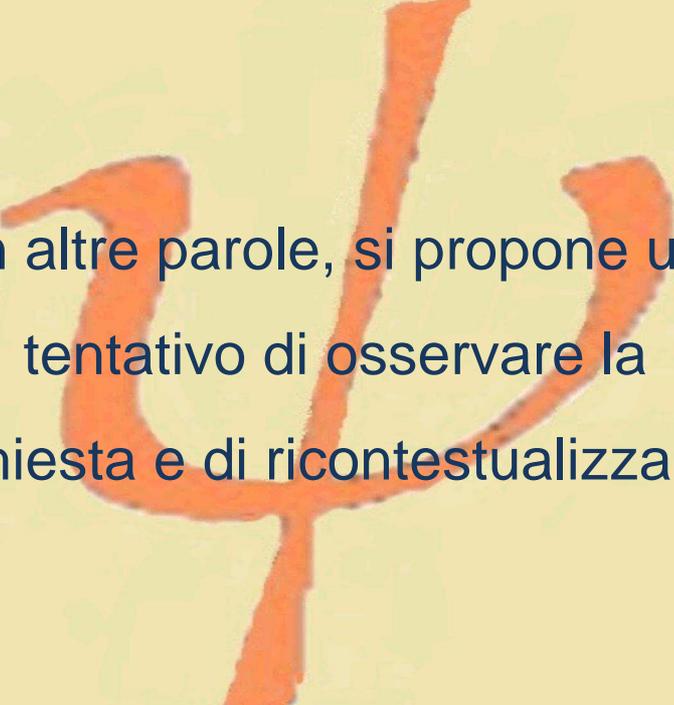
Continuando a proporre un particolare livello logico di osservazione, cioè la descrizione dell' evento psicologico consistente nel rivolgere una richiesta di aiuto, nel formulare una domanda.

E' possibile esaminare alcuni dei correlati processi relazionali, che si correlano a peculiari contenuti del disagio, del dolore, del disturbo, o se si preferisce, del sintomo, cioè della richiesta medesima.

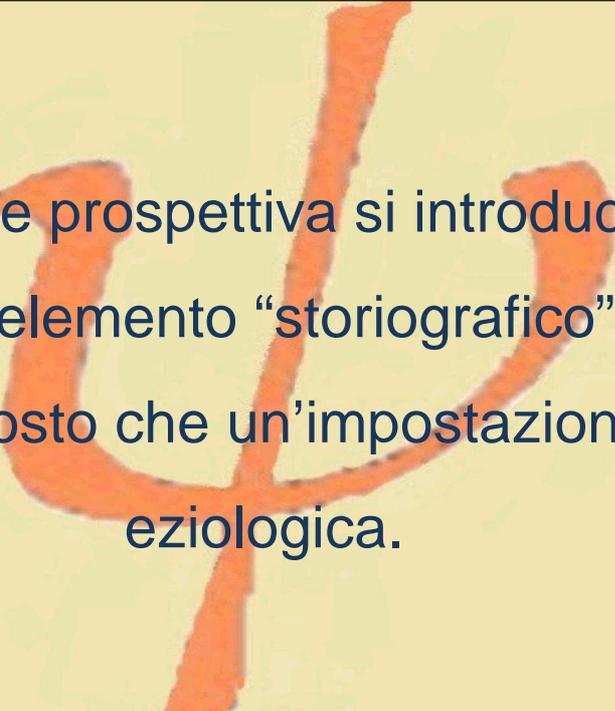


Tale livello logico permette una valutazione delle connessioni ricorsive.

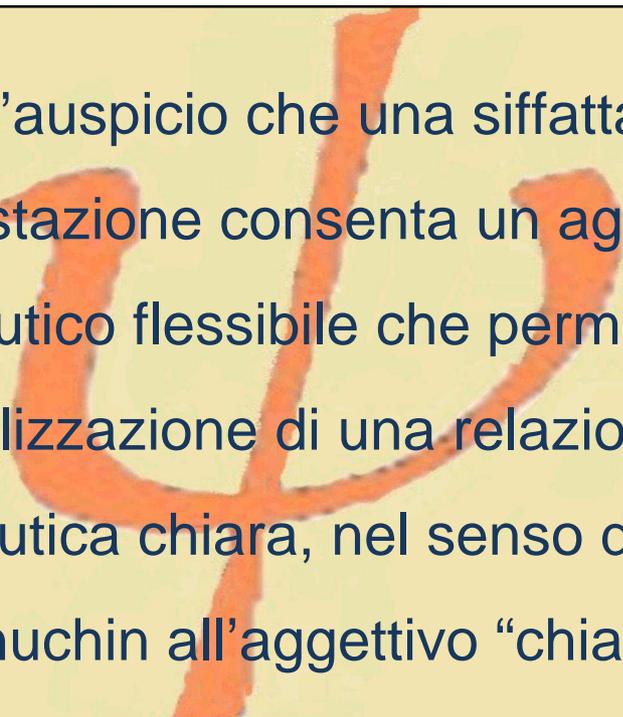
Tale valutazione si avvale, riferendosi, delle posizioni teoriche più diffuse.



In altre parole, si propone un tentativo di osservare la richiesta e di ricontestualizzarla.



In tale prospettiva si introduce un elemento “storiografico” piuttosto che un’impostazione eziologica.



Nell'auspicio che una siffatta impostazione consenta un agire terapeutico flessibile che permetta la realizzazione di una relazione terapeutica chiara, nel senso dato da Minuchin all'aggettivo "chiaro".

Tutto ciò può consentire un uso dei modelli che non richieda alla persona, alla famiglia di adattarvisi, perché permette di evitare i rischi di reificazione e, d'altra parte, consente al terapeuta di non lasciarsi "definire" dalla famiglia, evitando i rischi connessi.

e, d'altra parte, consente al terapeuta
di non lasciarsi "definire" dalla famiglia,
evitando i rischi connessi.

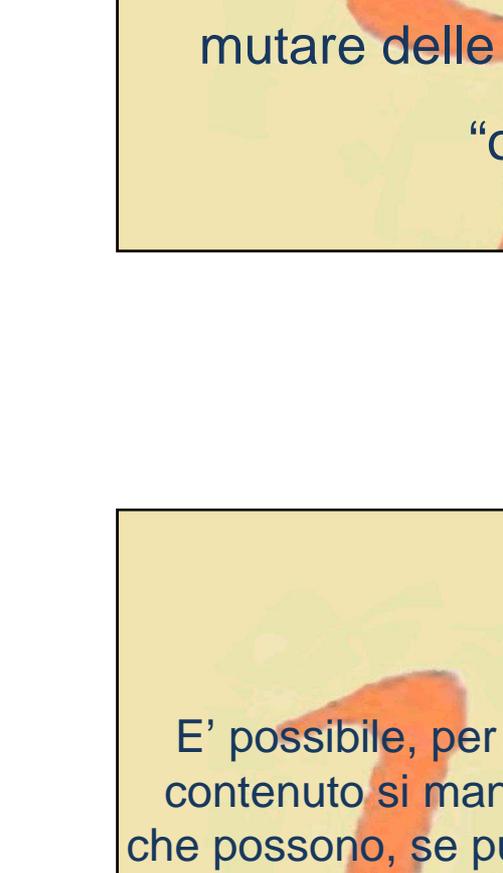


Contenuti
Processi

Distinguere il processo dal contenuto e proporre il risultato della distinzione come caratteristica del sistema e del sintomo e/o del problema, è operazione utile, ma occorre precisare che processo e contenuto sono comunque da valutare in un'ottica circolare.

L'alternativa è che, invece, si costruiscano ipotesi che costituiscono punteggiature arbitrarie.

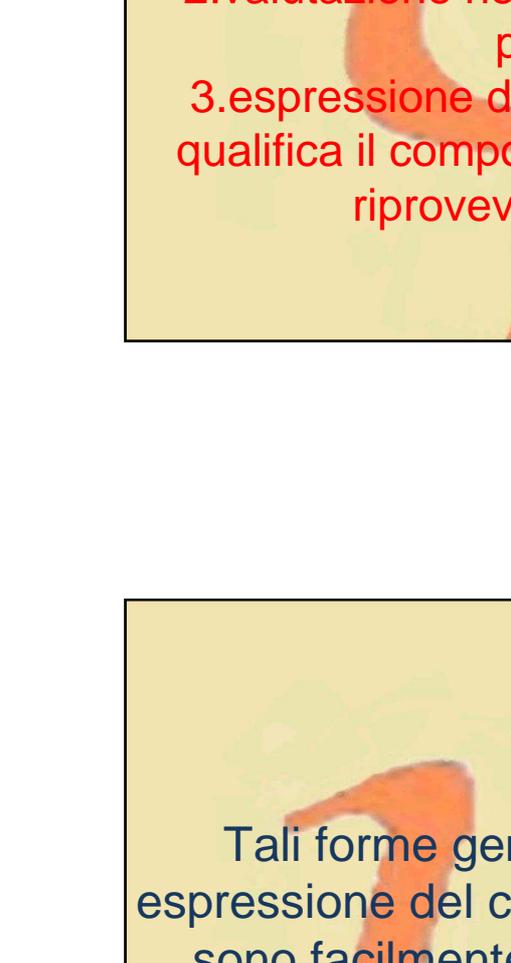
Fatta questa premessa, mi pare utile, segnalare l'enorme **variabilità della domanda** che viene rivolta al terapeuta.



I contenuti sono, infatti, mutevoli, e spesso, sorprendenti, anche se chi opera nell'ambito della psicoterapia è abituato a fare i conti con il mutare delle stesse classificazioni "oggettive".



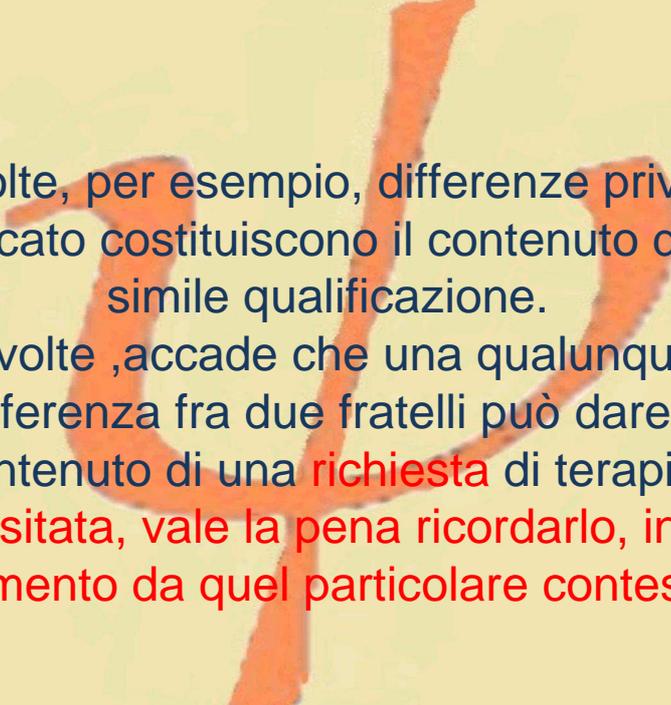
E' possibile, per esempio, affermare che il contenuto si manifestano in molteplici modi che possono, se pure in modo parziale, essere sintetizzati all' interno di in una sorta di generale qualificazione del comportamento di sé o dell'altro per il quale si chiede



La qualificazione del comportamento di sé o dell'altro per il quale si chiede come

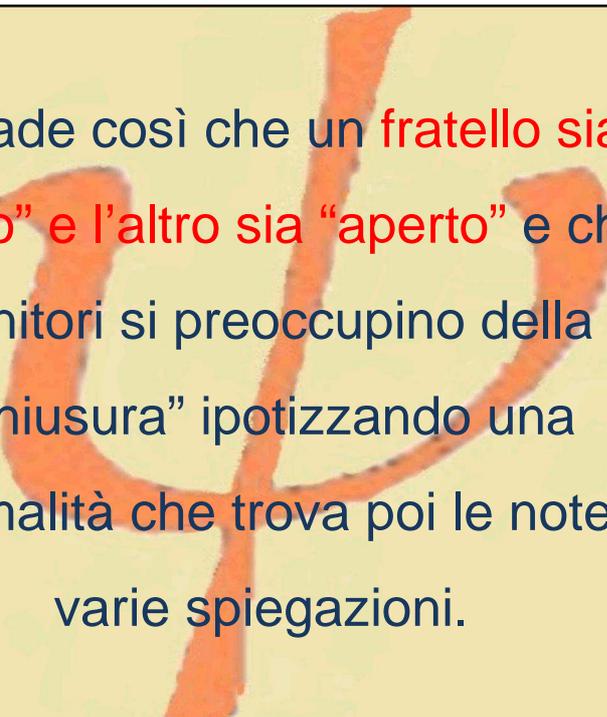
- 1.espressione di malattia,
di devianza,
- 2.valutazione negativa di caratteristiche di
personalità
- 3.espressione di un giudizio di valore che
qualifica il comportamento come sbagliato,
riprovevole, indesiderato.

Tali forme generali, che sono anche espressione del contesto culturale allargato, sono facilmente intuibili e diffusamente note.



A volte, per esempio, differenze prive di significato costituiscono il contenuto di una simile qualificazione.

a volte ,accade che una qualunque differenza fra due fratelli può dare il contenuto di una **richiesta** di terapia, **necessitata, vale la pena ricordarlo, in quel momento da quel particolare contesto.**

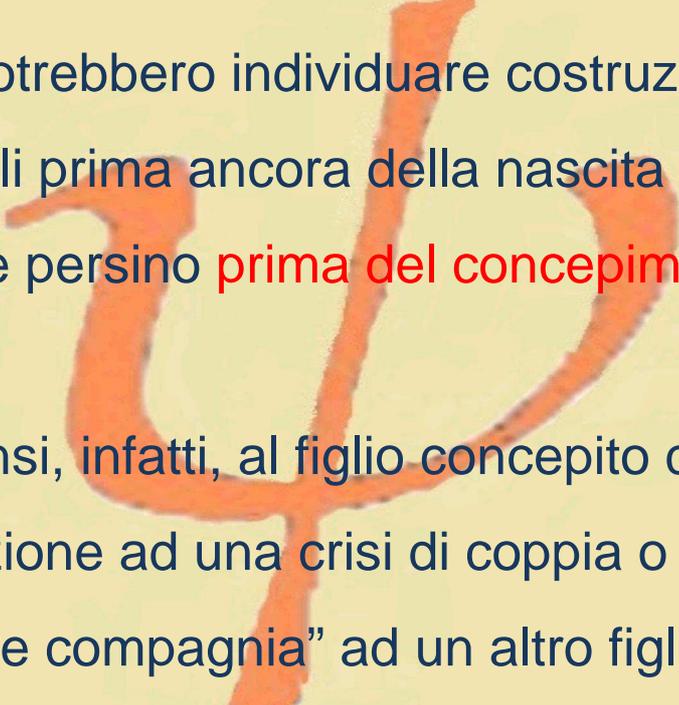


Accade così che un **fratello sia “chiuso”** e l'altro sia **“aperto”** e che i genitori si preoccupino della **“chiusura”** ipotizzando una **anormalità** che trova poi le note e varie spiegazioni.

Si può osservare, continuando con qualche altro esempio, come l'attribuzione del **nome ad un neonato** può essere foriero di una futura attribuzione delle caratteristiche della persona che portava già quel nome.

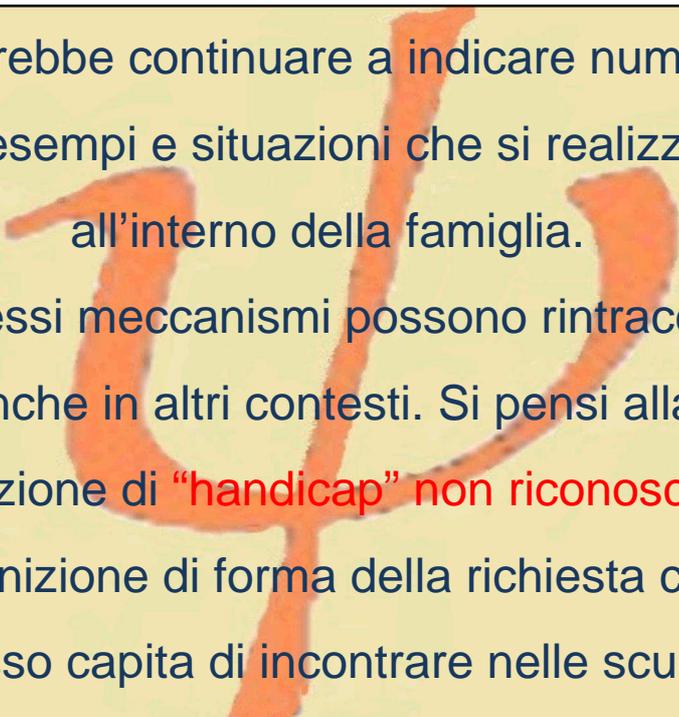
Si pensi all'usanza di dare ai figli il nome dei nonni, si correli l'attribuzione del nome ad un conflitto intrafamiliare e si comprenderà il contenuto di una richiesta.

I contorni della qualificazione possono ulteriormente determinarsi attraverso la sottolineatura del comportamento del **figlio che "ha preso" da** uno dei due genitori o "non ha preso" da nessuno dei due.



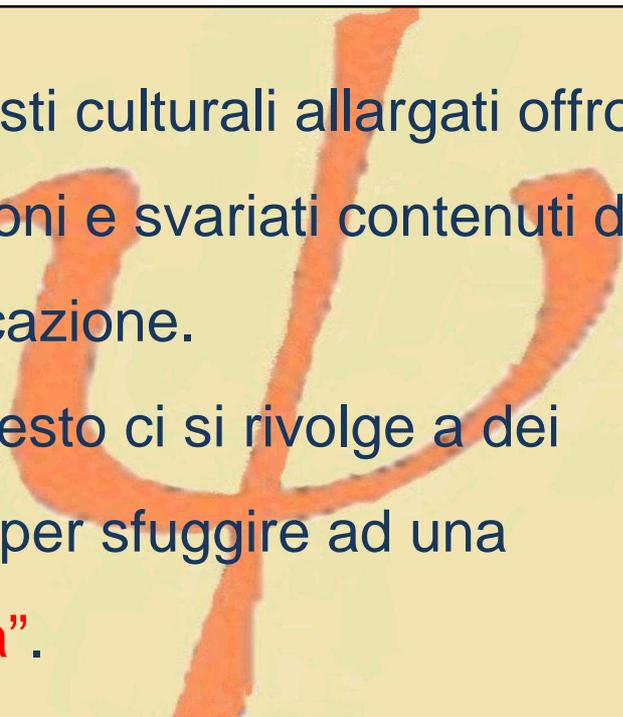
Si potrebbero individuare costruzioni simili prima ancora della nascita del figlio e persino **prima del concepimento**.

Si pensi, infatti, al figlio concepito come soluzione ad una crisi di coppia o “per dare compagnia” ad un altro figlio.



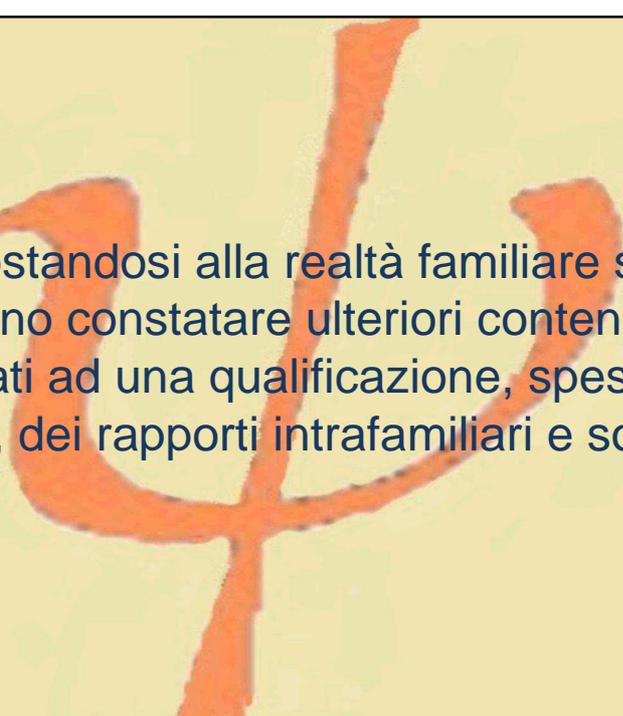
Si potrebbe continuare a indicare numerosi altri esempi e situazioni che si realizzano all'interno della famiglia.

Gli stessi meccanismi possono rintracciarsi anche in altri contesti. Si pensi alla definizione di **“handicap” non riconosciuto**, definizione di forma della richiesta che spesso capita di incontrare nelle scuole.

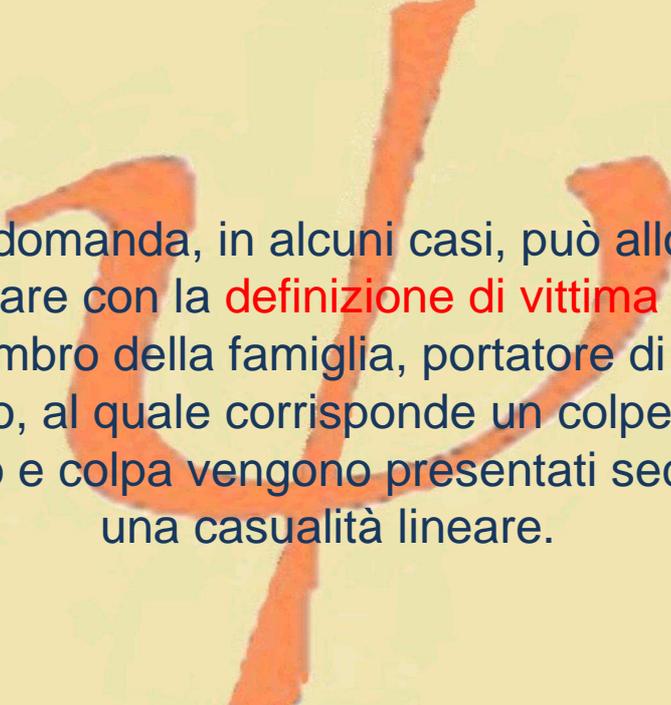


I contesti culturali allargati offrono occasioni e svariati contenuti di qualificazione.

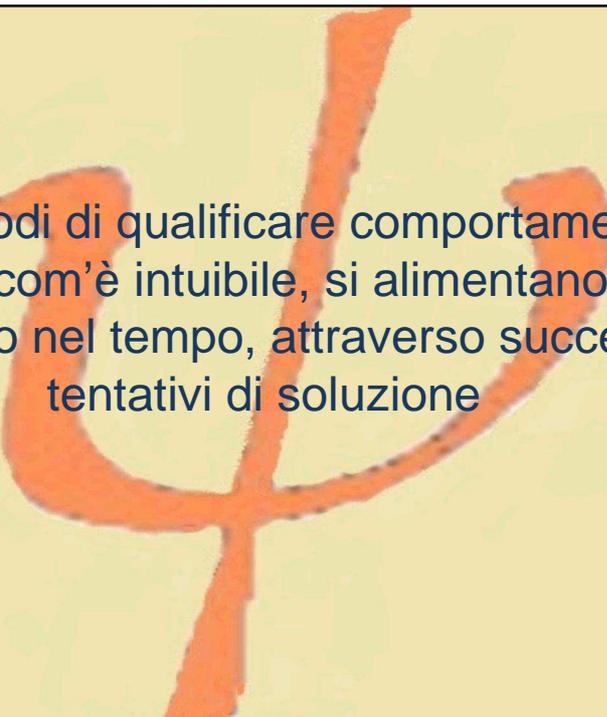
Per questo ci si rivolge a dei **maghi** per sfuggire ad una **“fattura”**.



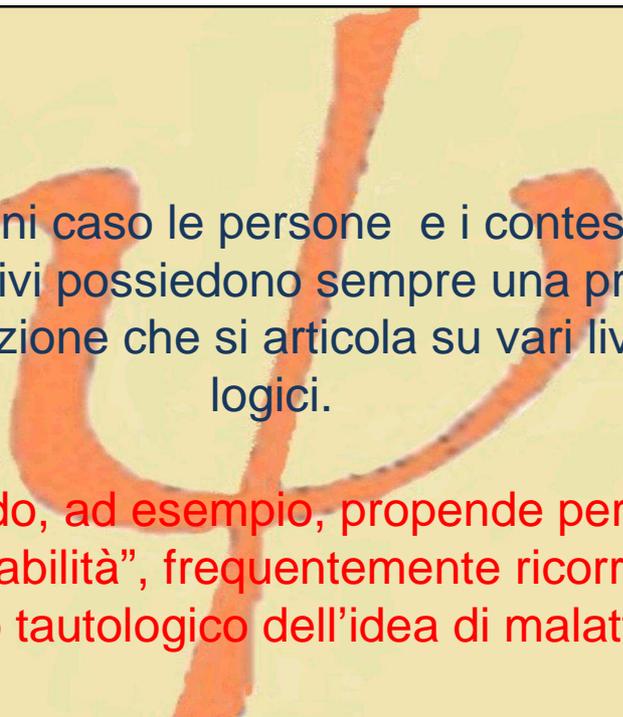
Accostandosi alla realtà familiare si possono constatare ulteriori contenuti correlati ad una qualificazione, spesso negativa, dei rapporti intrafamiliari e sociali.



La domanda, in alcuni casi, può allora correlare con la **definizione di vittima** di un membro della famiglia, portatore di un danno, al quale corrisponde un colpevole. Danno e colpa vengono presentati secondo una casualità lineare.



Simili modi di qualificare comportamenti e vissuti, com'è intuibile, si alimentano e si delineano nel tempo, attraverso successivi tentativi di soluzione

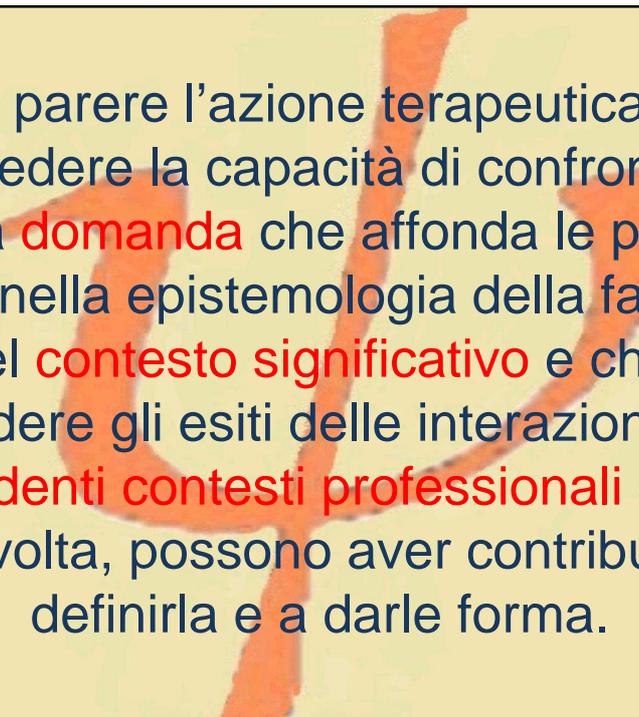


In ogni caso le persone e i contesti significativi possiedono sempre una propria spiegazione che si articola su vari livelli logici.

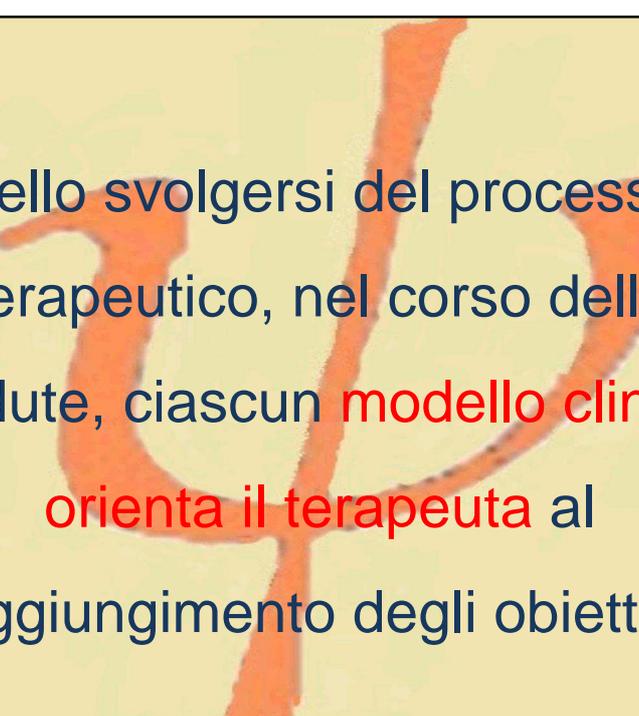
Quando, ad esempio, propende per la “inspiegabilità”, frequentemente ricorre ad un uso tautologico dell’idea di malattia.



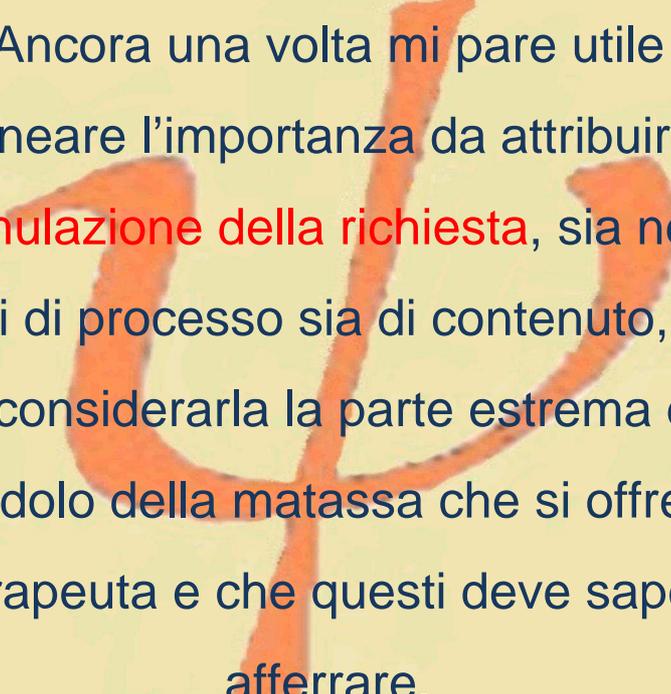
Come rispondere



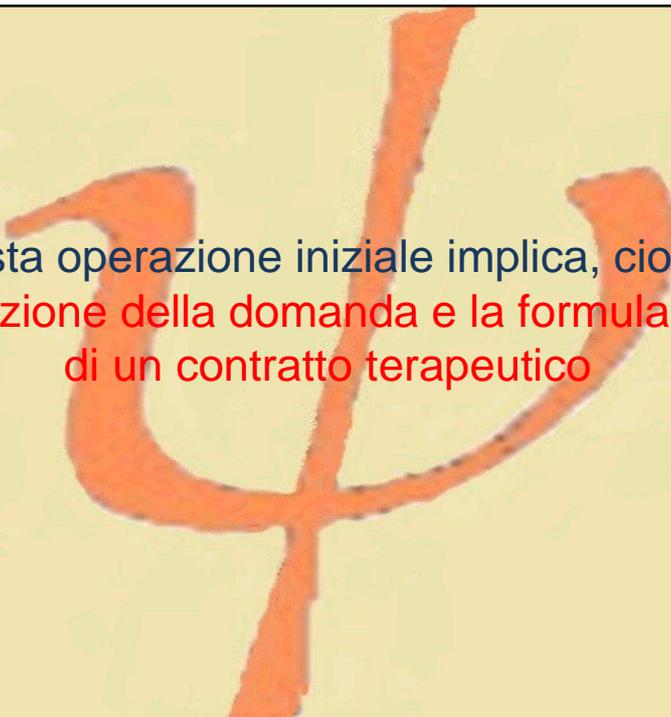
A mio parere l'azione terapeutica deve possedere la capacità di confrontarsi con la **domanda** che affonda le proprie radici nella epistemologia della famiglia e/o del **contesto significativo** e che può includere gli esiti delle interazioni con **precedenti contesti professionali** che, a loro volta, possono aver contribuito a definirla e a darle forma.



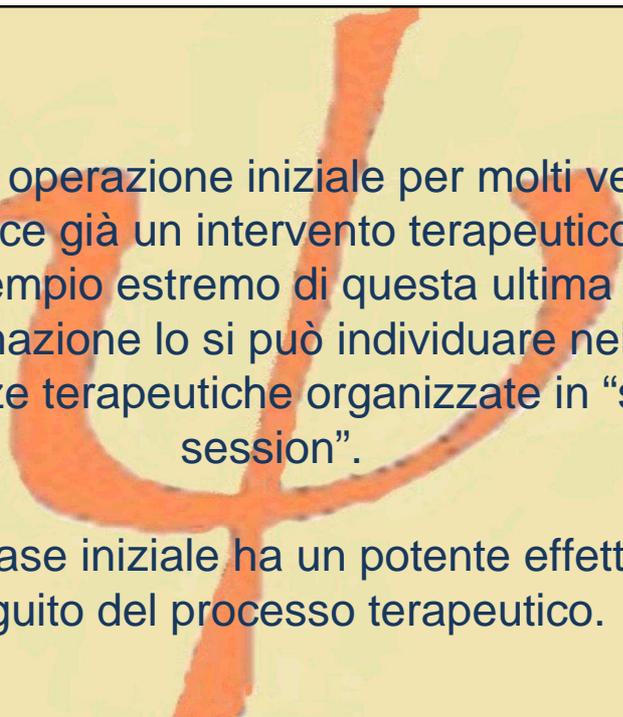
Nello svolgersi del processo terapeutico, nel corso delle sedute, ciascun **modello clinico** **orienta il terapeuta** al raggiungimento degli obiettivi.



Ancora una volta mi pare utile sottolineare l'importanza da attribuire alla **formulazione della richiesta**, sia negli aspetti di processo sia di contenuto, tanto da considerarla la parte estrema del bandolo della matassa che si offre al terapeuta e che questi deve saper afferrare.



Questa operazione iniziale implica, cioè, **la valutazione della domanda e la formulazione di un contratto terapeutico**

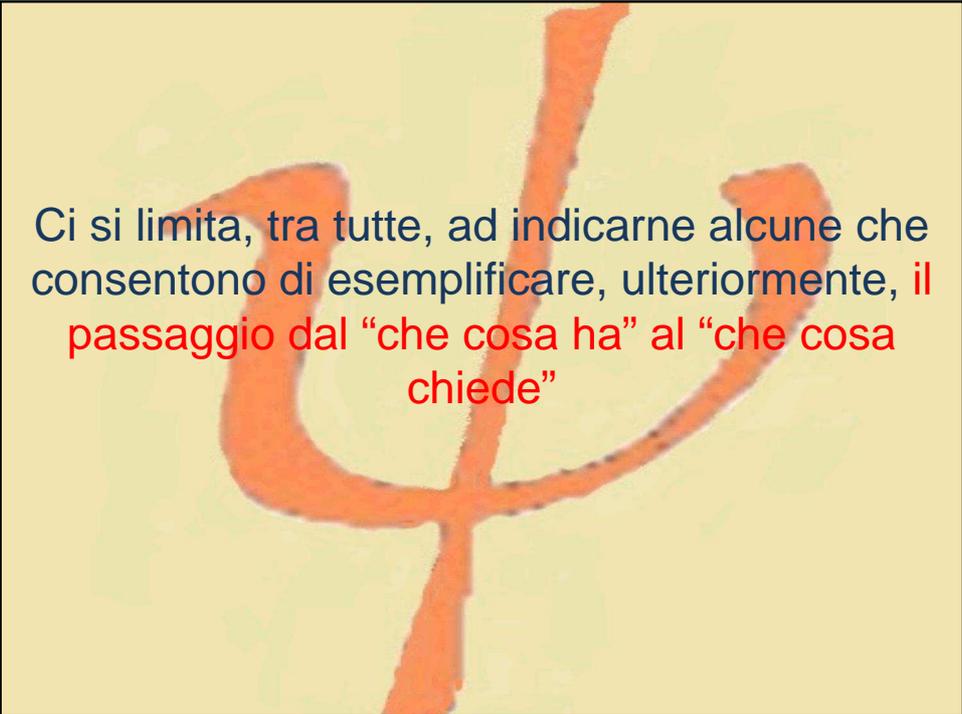


Questa operazione iniziale per molti versi, costituisce già un intervento terapeutico, un esempio estremo di questa ultima affermazione lo si può individuare nelle esperienze terapeutiche organizzate in “single session”.

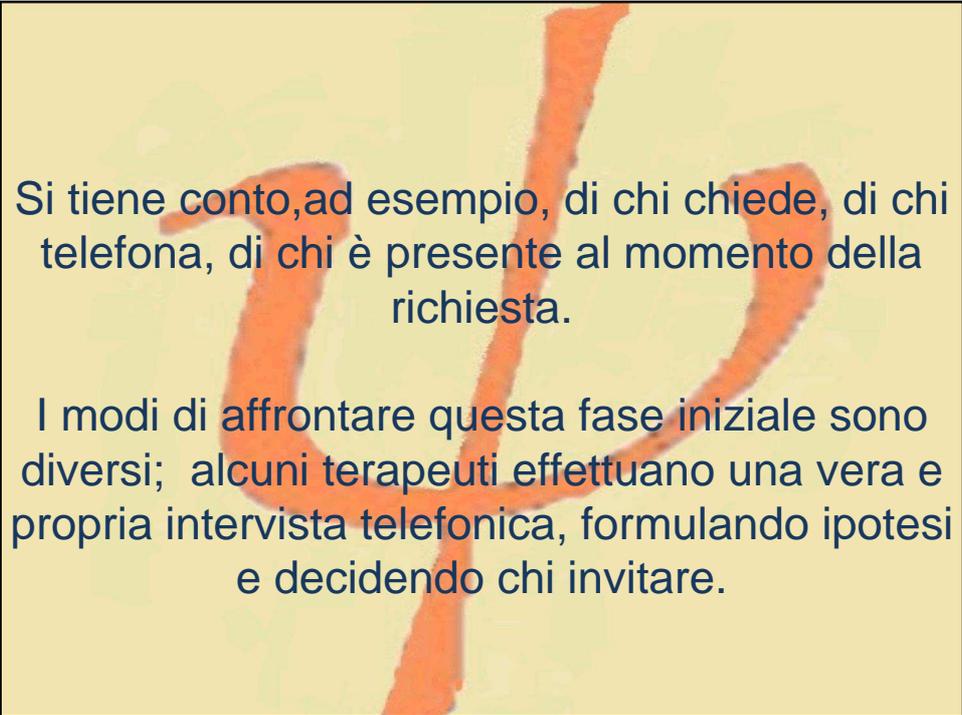
Questa fase iniziale ha un potente effetto sul seguito del processo terapeutico.



La ricontestualizzazione della domanda implica la valutazione di numerosi variabili.

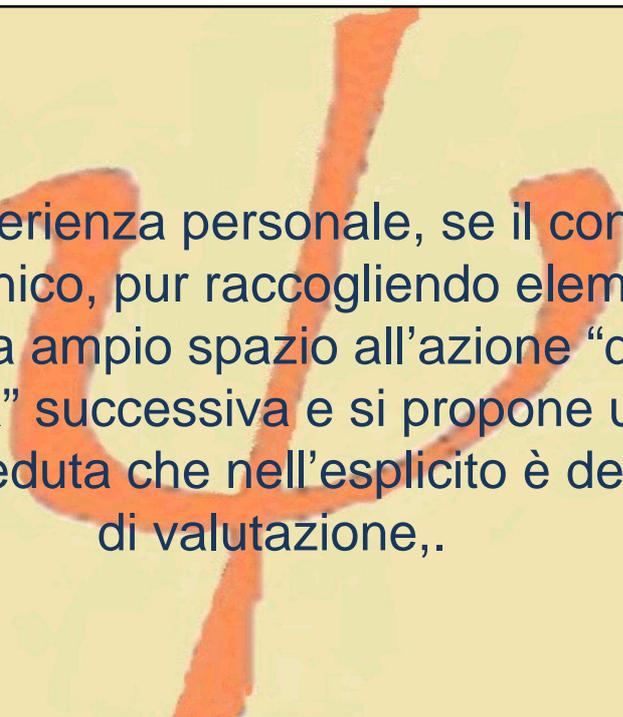


Ci si limita, tra tutte, ad indicarne alcune che consentono di esemplificare, ulteriormente, il passaggio dal “che cosa ha” al “che cosa chiede”

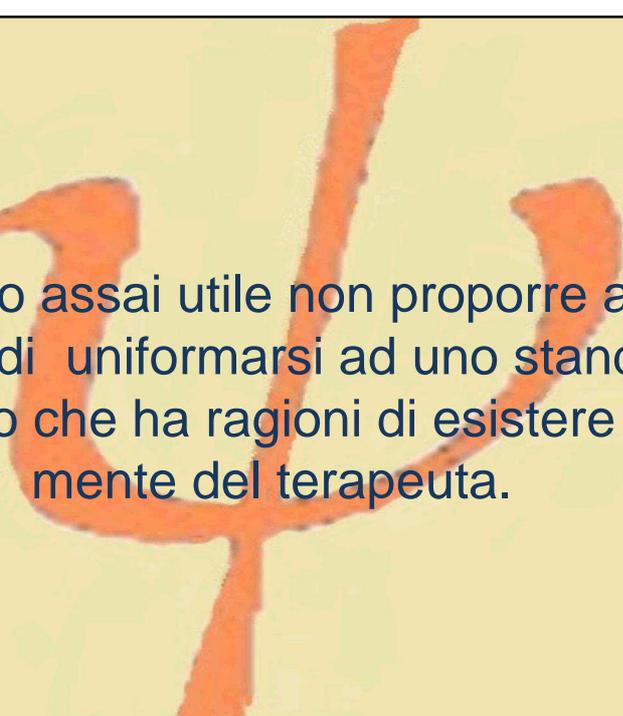


Si tiene conto, ad esempio, di chi chiede, di chi telefona, di chi è presente al momento della richiesta.

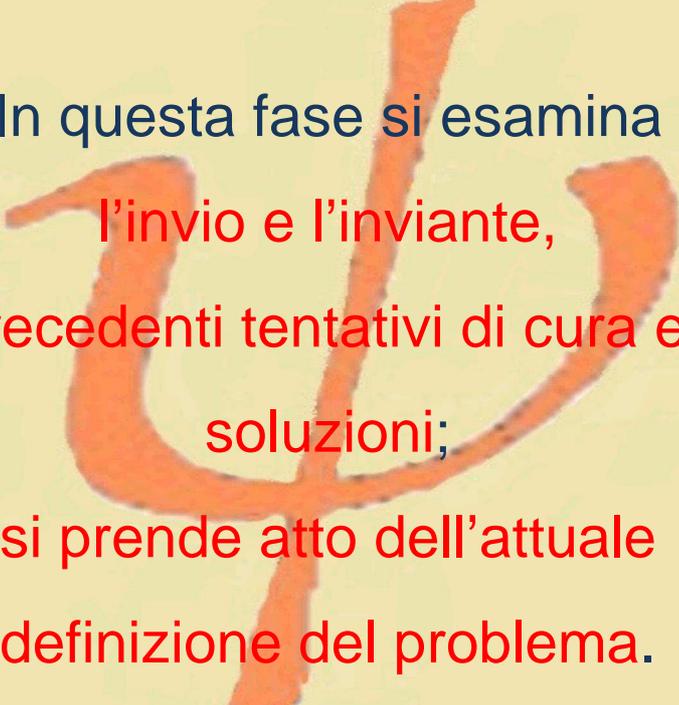
I modi di affrontare questa fase iniziale sono diversi; alcuni terapeuti effettuano una vera e propria intervista telefonica, formulando ipotesi e decidendo chi invitare.



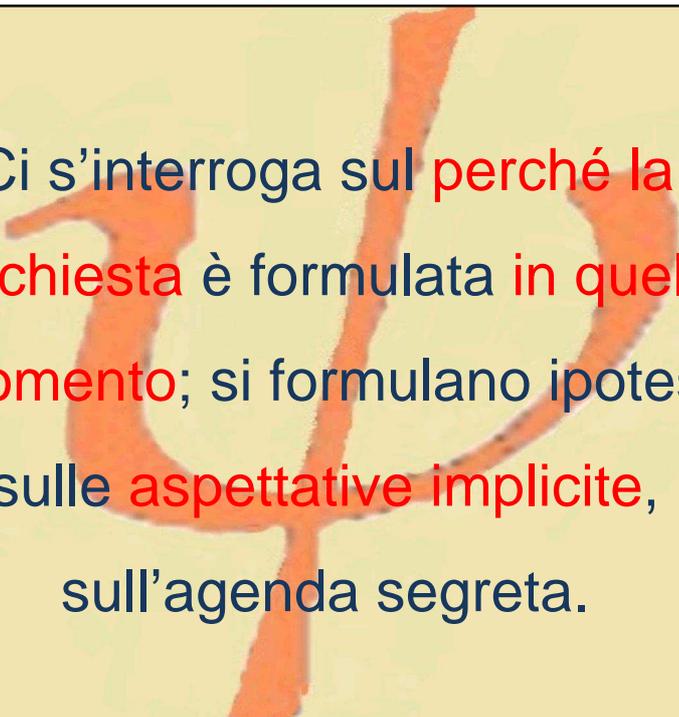
Nell'esperienza personale, se il contatto é telefonico, pur raccogliendo elementi, si lascia ampio spazio all'azione "della mossa" successiva e si propone una prima seduta che nell'esplicito è definita di valutazione,.



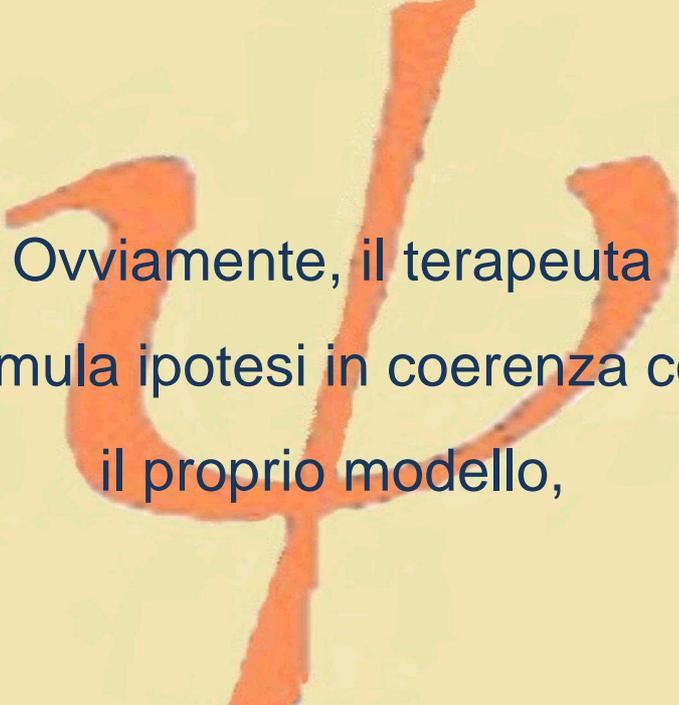
Ritengo assai utile non proporre a chi chiede di uniformarsi ad uno standard operativo che ha ragioni di esistere nella mente del terapeuta.



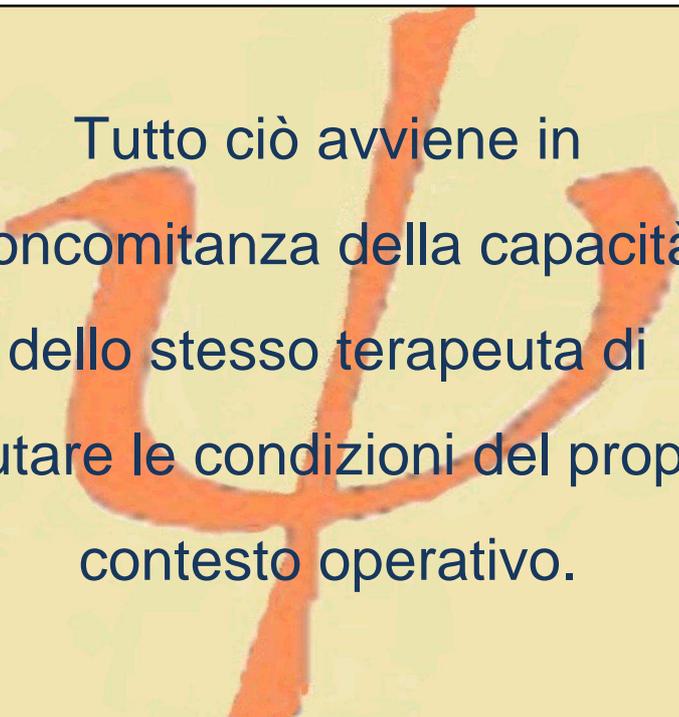
In questa fase si esamina
l'invio e l'inviante,
i precedenti tentativi di cura e/o
soluzioni;
si prende atto dell'attuale
definizione del problema.



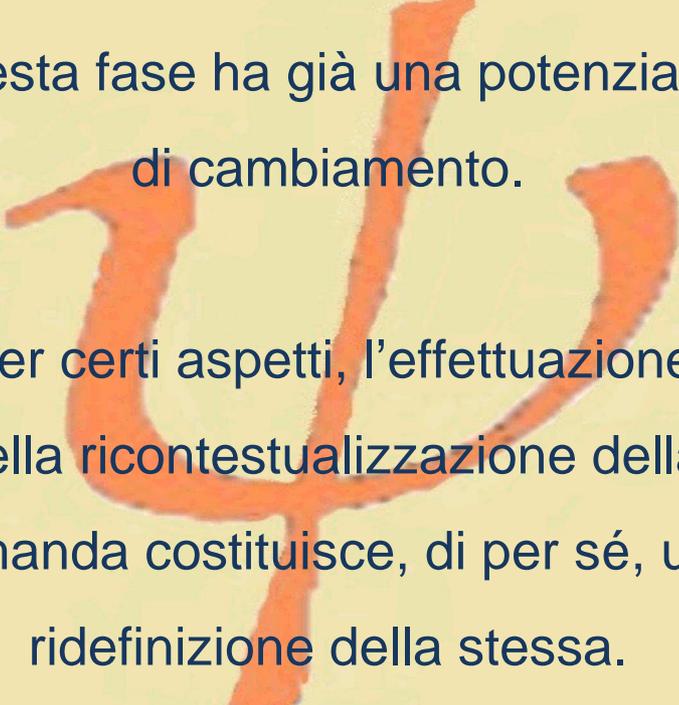
Ci s'interroga sul perché la
richiesta è formulata in quel
momento; si formulano ipotesi
sulle aspettative implicite,
sull'agenda segreta.



Ovviamente, il terapeuta
formula ipotesi in coerenza con
il proprio modello,



Tutto ciò avviene in
concomitanza della capacità
dello stesso terapeuta di
valutare le condizioni del proprio
contesto operativo.



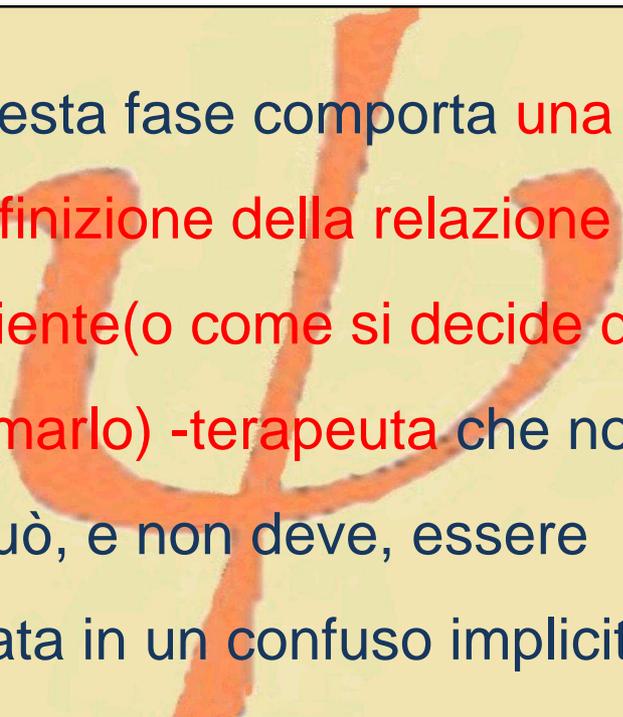
Questa fase ha già una potenzialità di cambiamento.

Per certi aspetti, l'effettuazione della ricontestualizzazione della domanda costituisce, di per sé, una ridefinizione della stessa.

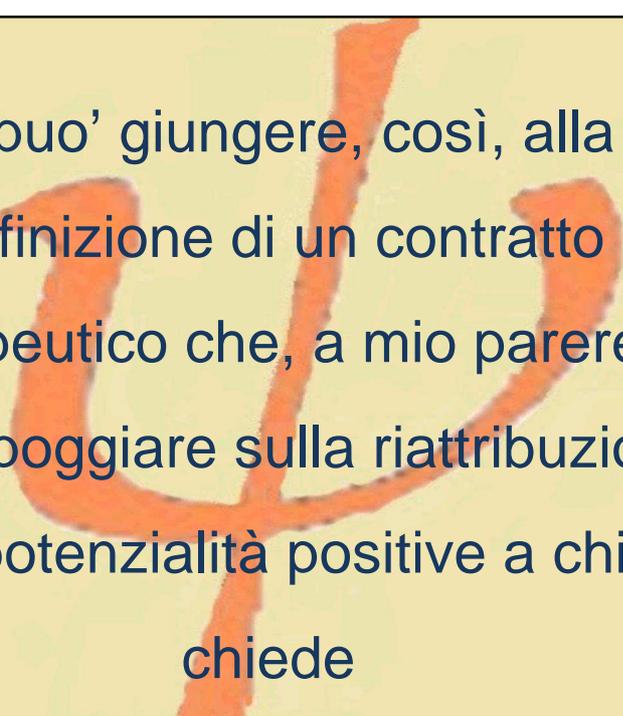
Questa operazione rappresenta un cambiamento di livello logico rispetto alla "realtà" costruita e rappresentata dalla famiglia, dalle persone che chiedono

Questa fase di valutazione, d'analisi e di ridefinizione, costituisce un ponte operativo concettuale che consente la formulazione del contratto terapeutico.

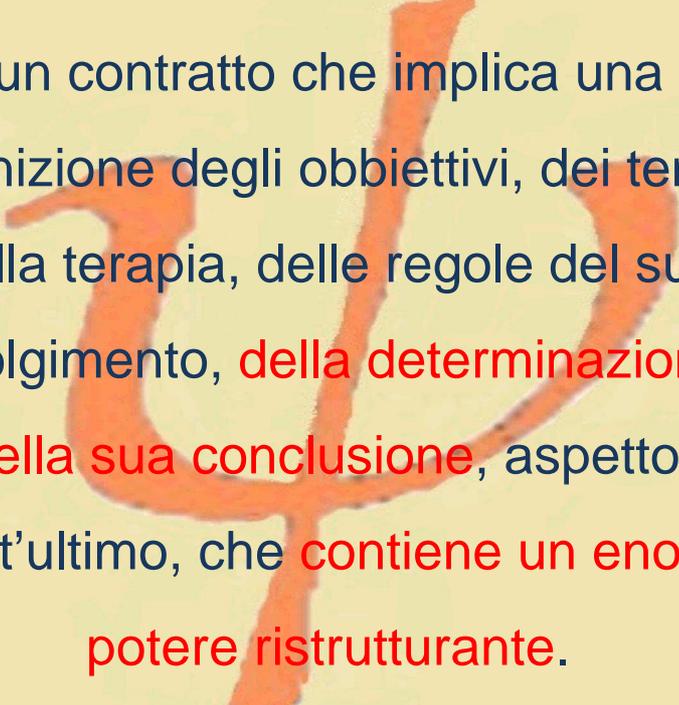
Questa fase permette di definire un contesto terapeutico, che include, connettendovisi, le aspettative delle persone;



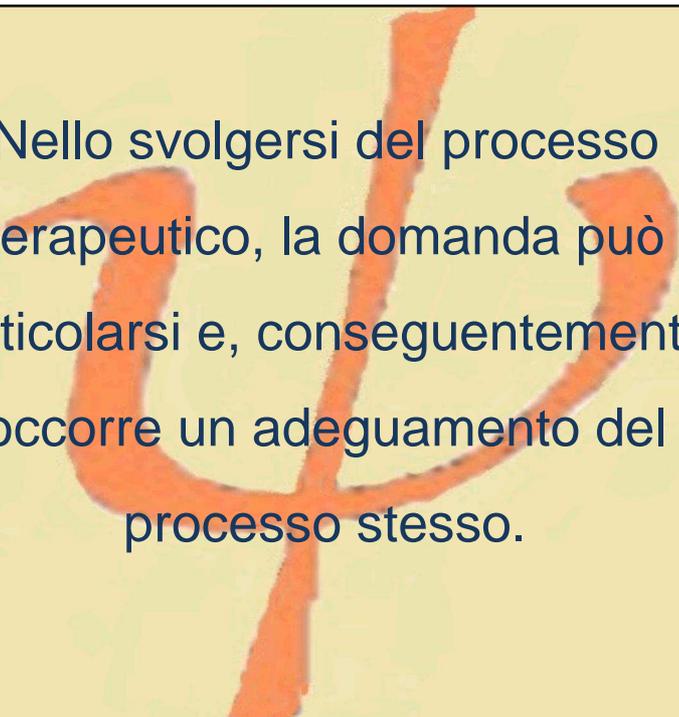
questa fase comporta una
definizione della relazione
paziente(o come si decide di
chiamarlo) -terapeuta che non
può, e non deve, essere
lasciata in un confuso implicito.



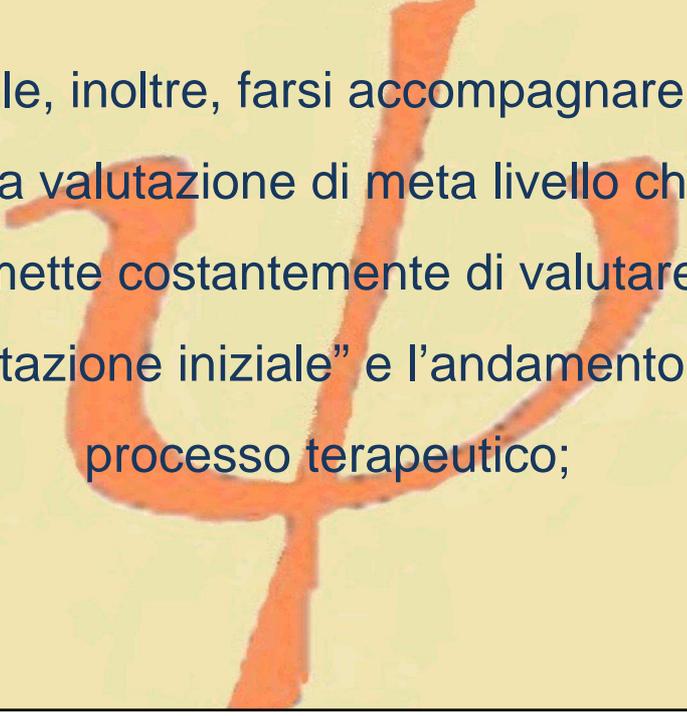
Si puo' giungere, così, alla
definizione di un contratto
terapeutico che, a mio parere,
deve poggiare sulla riattribuzione
di potenzialità positive a chi
chiede



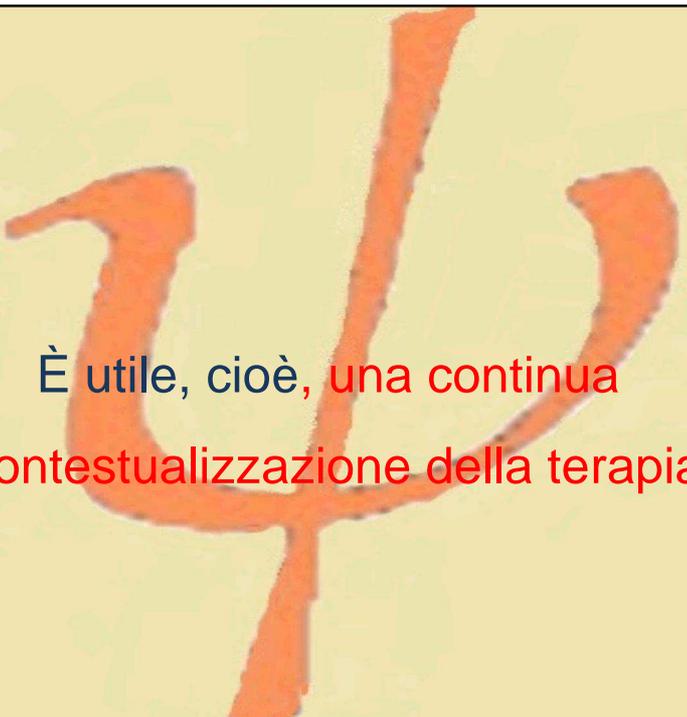
un contratto che implica una definizione degli obiettivi, dei tempi della terapia, delle regole del suo svolgimento, **della determinazione della sua conclusione**, aspetto, quest'ultimo, che **contiene un enorme potere ristrutturante**.



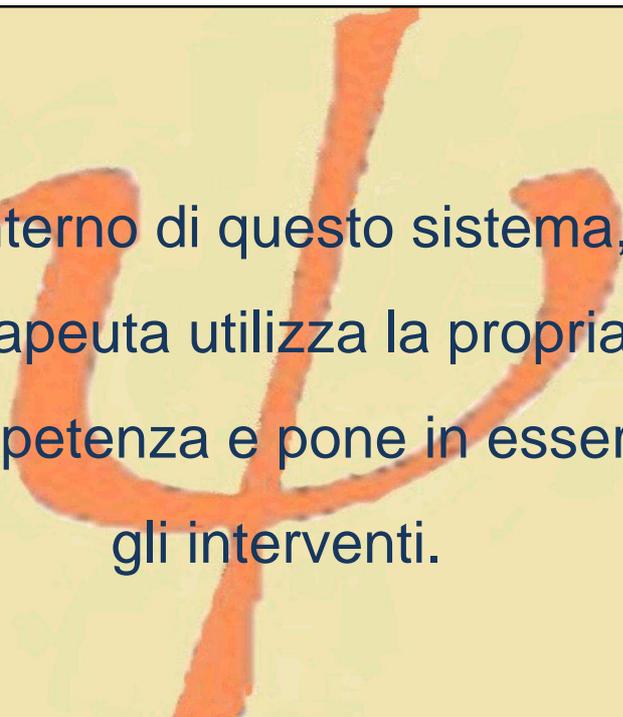
Nello svolgersi del processo terapeutico, la domanda può riarticolarsi e, conseguentemente, occorre un adeguamento del processo stesso.



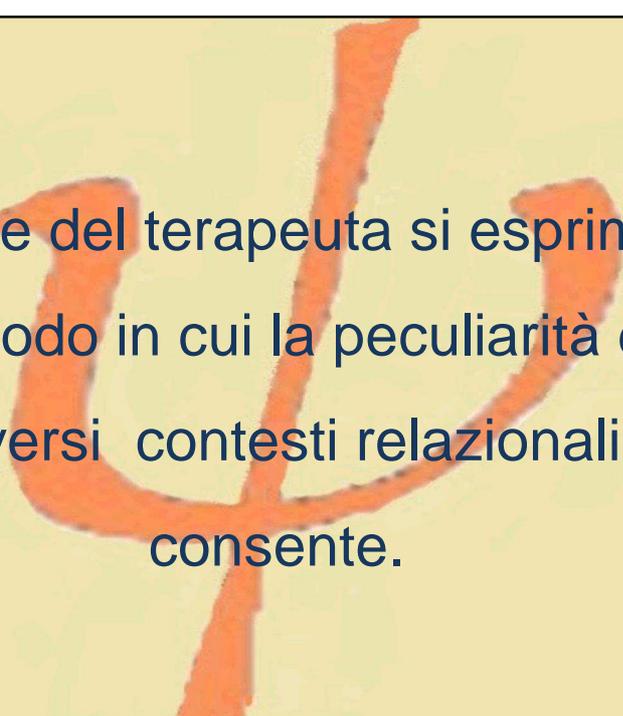
È utile, inoltre, farsi accompagnare da una valutazione di meta livello che permette costantemente di valutare la “valutazione iniziale” e l’andamento del processo terapeutico;



È utile, cioè, una continua ricontestualizzazione della terapia.



All'interno di questo sistema, il
terapeuta utilizza la propria
competenza e pone in essere
gli interventi.

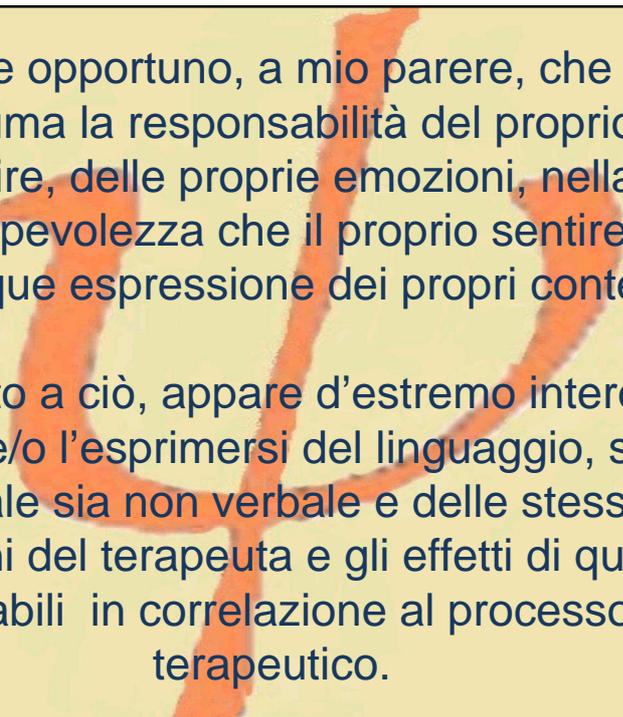


l'agire del terapeuta si esprime
nel modo in cui la peculiarità dei
diversi contesti relazionali
consente.

Si vuole, innanzitutto, fare un ulteriore riferimento all'uso di una sorta di consapevolezza epistemologica che il terapeuta può operare, essendo plausibile che il terapeuta abbia consapevolezza dei propri impliciti teorici e ritenendo, come già detto, che una consapevolezza epistemologica si accompagni, indissolubilmente, ad una consapevolezza etica.

La scelta del terapeuta di collocarsi in una prospettiva epistemologica può, inoltre, produrre ipotesi teoriche e azioni che "entrano" nell'articolarsi del processo terapeutico e che appartengono ad un livello logico che si potrebbe considerare sovraordinato rispetto al livello logico delle ipotesi discendenti dal modello teorico di riferimento.

Una tale posizione si concretizza attraverso un'operazione autoriflessiva del terapeuta.

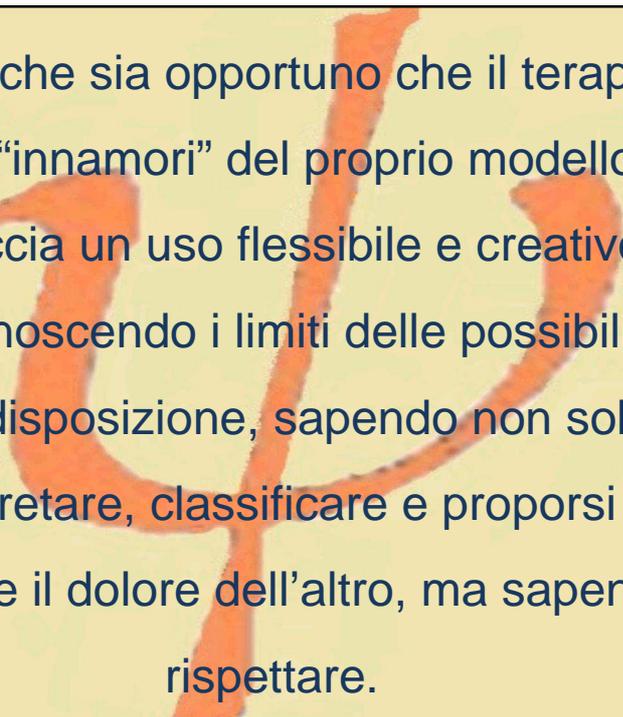


È inoltre opportuno, a mio parere, che egli assuma la responsabilità del proprio sentire, delle proprie emozioni, nella consapevolezza che il proprio sentire è comunque espressione dei propri contesti.

Associato a ciò, appare d'estremo interesse l'uso e/o l'esprimersi del linguaggio, sia verbale sia non verbale e delle stesse emozioni del terapeuta e gli effetti di queste variabili in correlazione al processo terapeutico.



Queste riflessioni rimandano, ovviamente, al terapeuta, alla sua esperienza, al suo stile, al rapporto che egli ha con i modelli teorici.



Ritengo che sia opportuno che il terapeuta non si “innamori” del proprio modello, e che faccia un uso flessibile e creativo di sé, riconoscendo i limiti delle possibilità a sua disposizione, sapendo non solo interpretare, classificare e proporsi di cambiare il dolore dell’altro, ma sapendolo rispettare.



GRAZIE