

Pietro Borraccino¹

RICONTESTUALIZZAZIONE E TRATTAMENTO DELLA DOMANDA

Introduzione

Questo contributo racconta del limite del terapeuta a fronte dell'infinito del paziente, dell'infinito di ciascun soggetto e degli infiniti modi in cui i soggetti si propongono al terapeuta, racconta della posizione del terapeuta, dello psicologo, di chiunque si occupi di relazione d'aiuto, una posizione che allude ad una condizione epistemologica e operativa. "Sempre caro mi fu quest'ermo colle, E questa siepe, che da tanta parte Dell'ultimo orizzonte il guardo esclude. Ma sedendo e rimirando, interminati Spazi di là da quella, e Silenzi, e profondissima quiete Io nel pensier mi fingo, ove per poco Il cor non si spaura." scriveva Leopardi. Sembra la descrizione della posizione del terapeuta al quale è caro il proprio setting e che ha il desiderio di conoscere l'orizzonte del paziente ma ha consapevolezza del limite, di una siepe che lo esclude da quell'orizzonte ma che non gli impedisce di formulare ipotesi, mantenendo una consapevolezza responsabile tanto che per poco "il cor non si spaura". Il titolo di questo contributo sarebbe potuto essere: "L'infinito del paziente, il limite del terapeuta", essendo il limite del terapeuta contenuto nell'infinito del paziente. Il termine infinito riguarda l'enorme variabilità della domanda che viene rivolta al terapeuta o, se si preferisce, l'enorme variabilità dei sintomi che vengono proposti o, se si preferisce, l'enorme variabilità dei sintomi che vengono osservati. Una simile variabilità probabilmente non è racchiudibile all'interno di limiti "finiti". Sintomi o domanda sono, infatti, mutevoli, e spesso, sorprendenti. Chi opera nell'ambito della psicoterapia è abituato a fare i conti con il mutare delle stesse classificazioni "oggettive" e deve confrontarsi con il limite della cultura di riferimento e della propria formazione, tanto che "E come il vento Odo stormir tra queste piante, io quello Infinito silenzio a questa voce Vo comparando: e mi sovvien l'eterno, E le morte stagioni, e la presente E viva, e il suon di lei. Così tra questa Immensità s'annega il pensier mio: E il naufragar m'è dolce in questo mare.", cioè il terapeuta partecipa ad una relazione complessa, mantenendo una posizione che deve essere supportata da consapevolezza epistemologica ed etica.

1. La molteplicità dei modelli teorici

La molteplicità dei saperi è una caratteristica che riguarda la psicologia, la psicoterapia e tutto il campo delle relazioni di aiuto. Da una prospettiva interna al sapere psicologico, si possono constatare premesse teoriche, metodi e oggetti diversi oppure diverse premesse teoriche e diversi metodi per gli stessi oggetti. In tale modo si costituisce sia una pluralità di punti di vista, sia una serie di divisioni e di

Psicologo psicoterapeuta, responsabile u. o. psicoterapia CSM /DSM- Grottaglie (Ta), coordinatore Centro Studi di Psicologia e Psicoterapia Relazionale Pulsano(Ta).

contrapposizioni teoriche ed epistemologiche. All'interno di ogni peculiare sistema teorico è possibile constatare ipotesi, spiegazioni, scoperte. Se si riflette sulla psicoterapia si può constatare un ulteriore articolarsi di teorie, di modelli e di tecniche che costituiscono un panorama vasto, discontinuo, eterogeneo che non consente di raggiungere criteri uniformi di definizioni neppure a livelli logici assai generali.

In questo contributo la molteplicità dei saperi è intesa come evidenza empirica che andrebbe indagata da un punto di vista epistemologico, anche alla luce di un altro dato, anche questo proposto nella sua evidenza: ad una molteplicità di interventi corrisponde una singolarità di effetti. Per ultimo si segnala la peculiarità dell'oggetto di studio e di intervento. Tutto ciò narra del limite del terapeuta.

3. La domanda

L'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si fonda su di una domanda, proposta all'interno di una relazione caratterizzata da reciproche attribuzioni di ruolo e di funzioni. L'intervento parte da una valutazione. Il termine valutazione è qui inteso nel senso sovraordinato ad altri possibili e legittimi che scaturiscono da specifici modelli, ad esempio il termine diagnosi che allude, quantomeno, al modello medico.

4. La valutazione con la ricontestualizzazione della domanda

La ricontestualizzazione della domanda, che si attua in fase di valutazione o primo colloquio, è una proposta operativa che nasce dal lavoro personale e dall'attività di studio e ricerca del Centro Studi Psicologia Psicoterapia Relazionale. Si è consapevoli della stretta connessione tra valutazione e terapia e che non è possibile una distinzione netta tra queste due fasi nella situazione in cui la prospettiva è la costruzione di una relazione terapeutica. La metodica trova attuazione attraverso l'ausilio di una scheda di raccolta dati che costituisce un colloquio di valutazione semi strutturato. Tiene conto di un interrogativo cruciale: che cosa si valuta? Permette la utilizzazione della lettura della domanda connettendola alla lettura del contesto in cui la domanda stessa assume senso per il terapeuta e che ne alimenta le ipotesi.

La ricontestualizzazione della domanda, sia nella prassi che nel modello teorico, si occupa dell' **"atto del chiedere"** e della relazione tra **"lo psicologo e l'altro che chiede"**.

Comporta la esplicita lettura del contesto in cui si realizza la relazione tra il soggetto che chiede (per sé o per un altro soggetto) e il professionista che si propone in risposta. Una simile procedura permette di formulare ipotesi che poi si possono ricollocare nel modello di riferimento del terapeuta, all'interno di una relazione

fondata su di un contratto terapeutico che è costruito ogni volta rispetto al senso che la domanda ha nel contesto in cui è formulata, piuttosto che esclusivamente sulla valutazione più o meno oggettiva (del soggetto e non solo) che scaturisce dall'utilizzazione di uno specifico modello. La proposta operativa è utilizzabile a prescindere del modello dal quale far scaturire l'intervento al quale il terapeuta si è formato. In fase di valutazione ci si può occupare del soggetto (portatore di disagio, malato ecc.) e/o della domanda. Se si sceglie di occuparsi della domanda si possono distinguere due modalità: 1. centrare sul soggetto che chiede, in questo caso si opera un'analisi della domanda. 2. centrare sul contesto delle relazioni. Partendo da questo secondo presupposto è stata elaborata la ricontestualizzazione della domanda che implica la valutazione del contesto delle relazioni. In questa accezione la domanda è intesa come processo relazionale, cioè come comunicazione, potendo distinguere due livelli: il contenuto della richiesta e il processo, cioè la valenza di "mossa" della richiesta all'interno dei processi in atto.

La ricerca dei processi in atto costituisce la ricontestualizzazione della domanda. Una simile pratica consente al terapeuta, allo psicologo, all'operatore di passare da una tipologia di ipotesi, riguardanti il soggetto per il quale è richiesto un intervento professionale, sintetizzabile nella domanda "che cosa ha?" ad una tipologia di ipotesi sintetizzabile nella domanda "che cosa mi sta chiedendo". Questa seconda tipologia consente di aprire alla ulteriore feconda tipologia di ipotesi sintetizzabile nella domanda "che cosa posso fare?".

In questo contributo con il termine "contesto" si fa riferimento al concetto proposto da Bateson. Si fa riferimento al processo di ricontestualizzazione sottintendendo che la domanda è frequentemente l'esito di una "de contestualizzazione".

4.a I contenuti, le 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 "terapeutici" diversi. Si sceglie, pertanto, di usare una definizione più estensiva e meno connotante: **"l'altro che chiede"**, cioè l'altro che formula una richiesta e la descrive. La richiesta può essere formulata "per sé stessi": può consistere nella definizione di un problema, nella descrizione di un conflitto interpersonale, oppure può sostanziarsi nella descrizione di un particolare "stato d'animo" di un comportamento. Può consistere nella esposizione di un'auto attribuzione 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” 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 a quelli descritti nella situazione precedente. Tra la prima situazione e la seconda si possono individuare altresì, 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, che consapevolmente si è limitata in due situazioni tipo, per altro, completamente decontestualizzate.

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 di chi domanda. Questa 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, come frequentemente accade, che il terapeuta definisca la domanda individuando un sintomo e una malattia, ma questa volta una malattia ad eziologia psichica.

Cioè alla spiegazione organica si sostituisce o si accompagna una spiegazione riferita alla psiche. Queste posizioni tendono a rimandare ad una serie di modelli teorici ed epistemologici accomunati da un’idea di casualità lineare. Queste esemplificazioni potrebbero ricondurre a storici dibattiti sulle classiche antinomie epistemologiche che caratterizzano anche la psicologia. Si può, comunque, concordare che assai frequentemente la risposta alla 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.

La qualificazione del comportamento proprio o di un 'altro per il quale si chiede, in estrema sintesi, può classificarsi 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**. 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. Una simile classificazione, nella sua provvisorietà, può essere un ausilio importante per comprendere rapidamente quale funzione "l'altro che chiede" attribuisce al terapeuta, allo psicologo, all'operatore. Permette altresì di porsi ad un livello meta rispetto al proprio modello.

4.b I processi e il contesto

E' possibile indicare i modi in cui si possono formulare ipotesi sui processi implicati nella domanda: si può partire dal presupposto che chi si rivolge al terapeuta, psicologo, operatore chiede rispetto a qualcun altro significativo, rispetto ad una dinamica particolare e attribuisce una peculiare funzione al terapeuta. Molto sinteticamente, attraverso la ricontestualizzazione della domanda si formulano ipotesi rispetto al soggetto che chiede che possono essere così riassumibili: il soggetto chiede rispetto a chi? rispetto a quale dinamica? quale funzione attribuisce al terapeuta? Ciò che il soggetto propone può essere **chiesto per un altro e/o al posto di un altro**: 1.al quale vuole rispondere, 2.rispetto al quale chiede conferma/ smentita (ad esempio sul "non ce la faccio", sulla definizione di patologia), 3.rispetto al quale chiede alleanza pro o contro, oppure può essere **chiesto per sé(rispetto ad un altro)**: 1.al quale vuole rispondere, 2.rispetto al quale chiede conferma/ smentita (sul "non ce la faccio, sulla definizione di patologia), 3.rispetto al quale chiede alleanza pro o contro. Il soggetto che chiede, chiede agendo all'interno di una

definizione di sé, esito della peculiarità di ciascuna relazione; utilmente, occorre ipotizzare la funzione che attribuisce a sé stesso, in questa prospettiva occorre valutare l'eventuale processo di invio. In ogni caso chiede agendo in un contesto scientifico/culturale/sociale peculiare; chiede in un rapporto offerta-domanda caratterizzato da un'intuibile ricorsività. Simili ipotesi comportano l'intuibile osservazione che il terapeuta possa essere triangolato tra chi chiede e un altro significativo, che sia inglobato in un processo relazionale, in un gioco, in un contesto al quale partecipa chi chiede. Il terapeuta è definito da chi chiede. Chi chiede attribuisce al terapeuta una funzione correlata al proprio contesto. Sovente l'offerta stessa, cioè la proposta della propria funzione da parte del terapeuta, viene scelta con la stessa logica. Per tutte queste ragioni la metodica della ricontestualizzazione della domanda pone rilevante attenzione ad una questione che si propone alla persona in fase di valutazione e che si può sinteticamente riassumere nel seguente interrogativo formulato dal terapeuta: "Che cosa mi chiedi?".

La ricontestualizzazione della domanda costituisce una metodica che prevede, per chi si avvia a questa pratica, la possibilità di effettuare un colloquio semi strutturato che consente di verificare le ipotesi che scaturiscono dalle questioni appena proposte. Il colloquio prevede la formulazione di domande di meta livello. La ricontestualizzazione della domanda implica, in fase di contratto terapeutico, alcune peculiarità e utilizza l'idea di **metacontesto**.

5. Trattamento della domanda

Il trattamento della domanda si fonda sull'applicazione delle ipotesi precedenti sul complesso del processo terapeutico, sul complesso dell'intervento psicologico o sull'articolarsi di qualunque relazione di aiuto, cioè consiste nella **ricontestualizzazione del processo terapeutico**. In tal senso, integra l'attuazione del peculiare modello del terapeuta e permette la ricontestualizzazione della relazione terapeutica nella peculiarità dei modelli stessi. Si fonda su di una serie di possibili ipotesi che riguardano lo svolgersi del processo terapeutico, durante il quale la domanda può riarticolarsi e, conseguentemente, rendere necessario un adeguamento del processo stesso. Quindi è utile farsi accompagnare da una valutazione di meta livello che permette costantemente di monitorare: la "valutazione iniziale" e l'andamento del processo terapeutico. È utile, cioè, una continua ricontestualizzazione della terapia, dell'intervento.

5.a Sintesi dei presupposti teorici e metodologici

La metodica del trattamento della domanda si occupa: del soggetto - del contesto della domanda - della relazione terapeutica. Presuppone la ricorsività tra il soggetto - le relazioni - il contesto - la domanda - la risposta terapeutica. Articola la relazione terapeutica distinguendo tra - 1. attese del paziente, osservabili o

ipotizzabili mediante la ricontestualizzazione della domanda - 2. attese del terapeuta: esiti attesi che rimandano agli impliciti epistemologici dei modelli e delle nosografie, e alla persona del terapeuta, ai suoi impliciti, e alla sua posta nel gioco e ai correlati impliciti etici. In una simile prospettiva, la relazione terapeutica può essere letta come le aspettative del soggetto vs esiti attesi dal terapeuta. Da una simile impostazione, discende un peculiare modello di supervisione. Il trattamento della domanda comporta l'utilizzazione di una articolata valutazione epistemologica che permette la esplicitazione: 1. degli impliciti epistemologici delle teorie e dei metodi- 2. degli impliciti delle leggi che regolano i servizi e del mandato sociale-3. degli impliciti sociali e culturali circa l'oggetto dell'intervento - 4. degli impliciti dell'operatore e della persona che chiede- 5. degli impliciti del contesto di lavoro.

Si ipotizza, quindi, un modello che: 1. organizzi i dati in una gerarchia di livelli logici (per dare conto della ricorsività – tale livello è meta rispetto agli indirizzi specifici) 2. attui un intervento sulla domanda (tale livello è meta rispetto al contesto sociale e scientifico che qualifica la domanda) 3. che tenga conto della posizione del terapeuta (la peculiarità del modello del terapeuta) 4. che pratichi la consapevolezza epistemologica e la consapevolezza etica, tale livello è meta rispetto alla posizione del terapeuta che usa un modello specifico dal suo interno. Il trattamento della domanda implica un continuo cambiare il livello logico di "osservazione" E un fare/ e guardare il fare / e guardare il guardare il fare ecc., esplicitando gli impliciti epistemologici. La base della proposta implica l'individuazione di passaggi logico-operativi. Costituisce **una sorta di mappatura dei processi di pensiero adoperati dal terapeuta**. Tale approccio non è eziologico ma è diacronico e prevede un intervento sincronico. L'intervento implica l'uso di un modello e il correlato sistema teorico che il terapeuta, lo psicologo ha scelto e nel quale si è formato e che ne guida l'azione. I presupposti teorici e metodologici sono riconducibili a riflessioni interne ai modelli e all'esterno di essi. Riguardano pertanto le generali questioni epistemologiche che attengono allo statuto del mondo delle psicoterapie, evidenziano la molteplicità di teorie e di modelli. I presupposti teorici e metodologici tengono conto di una serie di questioni quali la singolarità degli effetti, la constatazione, cioè, di un percorso terapeutico che si conclude positivamente in presenza della citata molteplicità, tiene conto, pertanto, della problematica dell'efficacia. Poggia sulla consapevolezza dell'uso, quasi esclusivo, del metodo clinico come metodo di ricerca; pertanto rimanda, sottolineandola, alla correlazione tra epistemologia ed etica. A prima vista potrebbe apparire superfluo, in questa sede, tale angolatura di riflessione. Così, invece, può non apparire se ci si affaccia all'uso concreto dei modelli e, quindi, all'inevitabile confronto con una dimensione etica. Tale confronto, necessariamente, conduce ad interrogarsi sull'intimità del rapporto tra etica ed epistemologica. Nella convinzione che una consapevole posizione etica del terapeuta non può prescindere dalla necessariamente consapevole posizione epistemologica sottostante la pratica del terapeuta stesso. Per questo il trattamento della domanda prevede una formazione al vaglio epistemologico, cioè l'acquisizione di una competenza di analisi epistemologica che diventa, oltre che un'occasione di sviluppo del sapere, un'occasione di riflessione etica quando il sapere

è praticato. ribadendo che alla consapevolezza epistemologica corrisponda la consapevolezza etica.

La psicoterapia è chiamata a rispondere ai bisogni di un altro che chiede, ma le molteplici possibili risposte comportano una serie di rischi, per esempio, di controllo normativizzante che può derivare dall'uso acritico del modello medico, non possedendo, la psicoterapia, una chiara e condivisa teoria della fisiologia e della patologia, sino a giungere al vero e proprio rischio di realizzare interventi iatrogeni, si pensi, inoltre, all'evenienza nota di interventi che favoriscono la cronicizzazione.

La metodica del trattamento della domanda, in sintesi, sottolinea la centralità della "domanda", la sua connessione al "modello di risposta" proposto dal terapeuta, la ricorsività tra "domanda", "esiti attesi", "risposta del terapeuta" e "contesto della domanda, contesto terapeutico e contesto sociale", l'importanza delle relazioni. Questo per altro rimanda alla ricorsività e all'autoreferenzialità delle osservazioni, che rappresenta uno degli impliciti epistemologici che, ovviamente, anche questo contributo contiene. Non si può non sottolineare che in ogni caso l'utilizzazione di un qualunque modello e orientamento teorico debba necessariamente essere inteso come l'esito di una scelta professionale e, in quanto tale, deve essere epistemologicamente consapevole affinché il terapeuta sia eticamente consapevole.

5.b I livelli logici dell'intervento

I passaggi operativi della ricontestualizzazione e trattamento della domanda sono organizzati secondo livelli logici.

Come già detto, è possibile una lettura della domanda come una sorta di mossa correlata a quanto è in atto nel contesto in cui la stessa domanda è formulata.

L'idea di contesto alla quale si fa riferimento è quella che discende dalle descrizioni di Bateson, il quale "... non identifica cosa sia il contesto, né ci suggerisce che cosa noi dobbiamo considerare per contesto, ci fornisce invece una indicazione metodologica: nessun fatto può essere spiegato senza considerare l'intreccio delle circostanze entro cui tale fatto emerge e si sviluppa... L'idea di contesto è stata, in questo senso, una idea generativa di modalità di intervento innovative ..."

(Fruggeri, L.; 1998, pag. 1, pag.3). Questo richiamo è parso utile in quanto, nel lavoro citato, L. Fruggeri propone un principio di metodo che resiste efficacemente ed utilmente sia rispetto all'ipotesi di utilizzazione di modelli diversi, sia rispetto all'ipotesi di realizzazione dell'intervento psicoterapeutico in situazioni istituzionali diverse. In ogni caso il terapeuta sceglie o può scegliere il livello logico in cui collocare l'intervento. In tal modo, per esempio, in un servizio multi professionale di cura, la differenza d'orientamento tra gli operatori del servizio stesso, se la si considera nella sua qualità di dato, di aspetto del contesto, deve essere inserita nell'ipotesi del terapeuta, che così può evitare di sognare una équipe omogeneamente orientata, può evitare il ruolo sgradevole di evangelizzatore della propria verità teorica e metodologica e può smettere, altresì, di utilizzare la disomogeneità come giustificazione degli insuccessi. Una simile metodologia permette di far emergere e riconoscere il proprio limite.

Il terapeuta utilizzando una siffatta posizione “meta” che mette insieme i modelli e le tecniche utilizzate, sia in contesti terapeutici privati che pubblici, sia in contesti “non terapeutici”, può utilizzare una strategia terapeutica “al chiuso” e/o “all’aperto”. Il terapeuta valuta le risorse e le leve terapeutiche disponibili anche nella famiglia e nel contesto sociale. La valutazione del “paziente” e dell’intervento risulta essere, pertanto, di tipo contestuale.

Le variabili con le quali lavorare sono, in tal modo, ovviamente, più numerose e complesse. Da tutto ciò scaturisce la scelta dell’intervento, cioè della forma che esso deve assumere, che potrà, quindi, essere di consulenza, di terapia strutturata o quant’altro. Tale scelta avviene nell’ambito del “contratto terapeutico” che non deve essere una prerogativa del setting strutturato, ma deve prendere corpo sempre e soprattutto nella eventualità della presenza di un “terzo” costituito, per esempio, dal committente o dalle regole del Servizio pubblico. Il terapeuta, lo psicologo diviene in tal modo un organizzatore di risorse, un utilizzatore delle leve terapeutiche a sua disposizione, che opera una valutazione che implica “la valutazione della valutazione”. Il terapeuta prende in esame, cioè, le categorie valutative e ne verifica l’utilità, non la verità, non la oggettività. Questa ultima affermazione inevitabilmente rimanda alla, più volte richiamata, molteplicità dei saperi e dei modelli e alla loro provvisorietà e ad una serie di conseguenze che si riflettono sul terapeuta, rimanda alla sua capacità di abbandonare l’ordine del modello, alla sua creatività, alla necessità di non costringere “l’altro che chiede” ad adeguarsi al modello del terapeuta stesso.

Ci si riferisce alla necessità che l’azione del terapeuta si caratterizzi con l’uso costante della riflessione sul proprio modo di operare, cioè della “..auto riflessività sul proprio modo di conoscere sia da un punto di vista scientifico che sociale, come principio di metodo,..” (Fruggeri, L.; 1998, pag. 39).

La metodica del trattamento della domanda rende possibile organizzare l’intervento in una serie di livelli logici (l’un all’altro sovraordinato). Organizzando i diversi livelli sul versante di chi risponde(terapeuta, psicologo, operatore), si possono enucleare un livello 3: l’intervento si attua sulla domanda (ricontestualizzazione e trattamento), un livello 2: terapeuta, psicologo, operatore applicano il proprio modello, infine si enuclea un livello 1:terapeuta, psicologo, operatore operano una valutazione/diagnosi (Tab. A).Il rimando a Bateson è chiaramente desumibile; il livello sovraordinato “informa” quello sotto ordinato, ciascuno si colloca ad un grado di astrazione maggiore dell’altro.

LIVELLO 3	INTERVENTO SULLA DOMANDA
LIVELLO 2	INTERVENTO CON UN MODELLO CLINICO
LIVELLO 1	VALUTAZIONE/DIAGNOSI

Tab A

Un simile procedere modifica radicalmente il modello medico che prevede prima la diagnosi e poi la terapia.

Organizzando i diversi livelli sul versante di chi chiede, si può osservare o, se si preferisce, ipotizzare che la formulazione della richiesta si articoli in un livello 3:la

domanda esplicita, un livello 2: auto definizione del problema che può contenere precedenti diagnosi e un livello 3: sintomi, vissuti, “funzionamento del soggetto”, disagio e conflitti relazionali, disadattamento sociale , ecc. poiché l’elenco sarebbe infinito lo si indica con il termine “ condizione (patologica)”, dandone un significato estremamente allargato e allargabile. (Tab. B).

LIVELLO 3	DOMANDA ESPLICITA
LIVELLO 2	AUTODEFINIZIONE
LIVELLO 1	CONDIZIONE (PATOLOGICA)

Tab B

Un simile procedere rimanda, come già detto, ai processi correlati alla richiesta e all’accoglimento della proposta terapeutica, cioè alla valenza di “mossa” nell’ambito di contesti significativi. La metodica del trattamento della domanda implica un continuo monitoraggio dei cambiamenti della valenza di ciò che si è inteso chiamare “mossa” e favorisce cambiamenti nel contesto; prevede il trattamento dell’epistemologia (nel senso della costruzione della realtà o, se si preferisce, della conoscenza della realtà) dell’altro che chiede, rappresentando, questo ultimo passaggio logico-operativo, il ponte concettuale che permette l’uso integrato di un modello specifico (sia che si rivolga alla soggettività intesa nelle diverse accezioni teoriche, sia che attenga alle molteplici dimensioni delle relazioni e a quanto altro è attualmente a disposizione dei terapeuti). In questa prospettiva, l’intervento terapeutico si articola e si attua, quindi, secondo due direttrici, ricorsivamente connesse.

La proposta operativa del trattamento della domanda, come già detto, è riassunta nella tab a, e implica che il livello 3 operi cambiamenti sul livello 2 e che il livello 2 operi cambiamenti sul livello 1. L’alternativa è partire dalla valutazione interna al modello clinico, oggettivarla, e operare esclusivamente all’interno e sulle premesse del modello stesso, non potendo verificare gli effetti dell’autoreferenzialità.

La metodica del trattamento della domanda consente una presa in carico costantemente monitorabile, cioè un contratto terapeutico fondato su di una relazione priva di impliciti e di invischiamenti, nella quale il terapeuta mantiene la posizione di responsabilità. Utilizzando i livelli descritti, si realizza, come già detto, una presa in carico consapevole, un contratto terapeutico sul quale poter “ meta comunicare”.

Se con i livelli indicati in tab A non si risponde in maniera coerente ai livelli di tab B, si può verificare uno slittamento di contesto e si possono creare veri e propri paradossi clinici che possono agevolmente spiegare tanti droup out e si possono determinare interventi iatrogeni. Mutuando ancora da Bateson si potrebbe ipotizzare un livello 0, cioè la situazione nella quale il terapeuta propone risposte al di fuori di qualunque modello teorico e realizza una situazione in cui “è come se rispondesse una persona qualsiasi”, il terapeuta , cioè, risponde alla lettera alle questioni poste, non ha o non formula ipotesi, non determina cambiamento alcuno.

Il rischio si può sintetizzare in una sorta di strano sillogismo: io sono un terapeuta-rispondo –quindi le mie risposte sono terapeutiche.

Con l'ausilio del CSPPR e' in fase di sperimentazione uno strumento “ **la tavola dei contesti**” che costituisce una bussola che consente di verificare il livello logico dell'intervento terapeutico e monitorare i rischi di slittamenti di contesto. Questo strumento permette, tra l'altro, di fare emergere le situazioni in cui il terapeuta può restare “incastrato” in meccanismi di triangolazione.

Il trattamento della domanda prevede l'utilizzazione di un metodo che si propone di meta comunicare sul processo terapeutico, che consiste, in linea generale, nel rispondere alla domanda “domandando”, cioè stare al livello logico sovraordinato alla domanda del “paziente”, per raggiungere tale obiettivo sono state elaborate, utilizzate, ampiamente discusse e verificate, anche grazie al contributo di quanti hanno accolte le proposte formative del CSPPR, una serie di “**domande di meta livello**”. Il trattamento della domanda comporta **l'invariabilità degli interventi**, centrandosi sulla domanda piuttosto che su di una classificazione nosografica (che può essere mantenuta al livello 2, cioè al livello dell'utilizzazione di un qualche specifico modello). La tecnica prevede, altresì, l'utilizzazione dell'**analisi epistemologica** come metodo e per i casi in cui l'attività dello psicologo, del terapeuta è svolta nel contesto di un “servizio” pubblico o privato e' stata elaborata un'apposita griglia che guida alla valutazione epistemologica del contesto.

Conclusioni

Il trattamento della domanda può determinare una utilizzazione integrata delle tecniche e delle pratiche, può favorire una comunicazione più efficace tra gli psicologi, con gli utenti e con i committenti. L'esperienza clinica personale ha consentito di integrare il modello sistemico relazionale con la metodica proposta e si accompagna al contributo del CSPPR che ha permesso di monitorare l'utilizzazione integrato di svariati modelli teorici. Una ricerca, in corso, con l'ausilio di un campione di terapeuti, di studenti di psicologia e con lo studio di documentazione clinica (resoconti prodotti da terapeuti) sta consentendo una verifica delle ipotesi teoriche formulate. I risultati del modello clinico, inteso come metodo di ricerca, e della ricerca citata incoraggiano a proseguire. Le fonti teoriche utilizzate che vanno dall'epistemologia genetica di Piaget agli studi di psicologia sociale e al formidabile contributo di Bateson consentono un continuo arricchimento della riflessione e permettono una verifica costante delle ipotesi lavoro. L'utilizzo del trattamento della domanda implica una disponibilità al cambiamento, implica il desiderio di porsi in una posizione di ricerca continua rispetto al proprio sapere, alla propria professione, alle ragioni sociali che la richiedono, che ne giustificano l'esercizio e rimanda alla necessità di operare scelte agendo nella responsabilità della scelta stessa. La scelta può essere effettuata all'interno di un modello o, in costanza

di una molteplicità di modelli, si può operare da un livello sovraordinato, come proposto con il trattamento della domanda. Anche questa è una scelta possibile. Nessuna scelta è priva di correlato etico.

Bibliografia

- Barlow, D.,H.; (1999); *L'efficacia della psicoterapia*, in *Ecologia della mente*, n°1.
- Bateson, G.; (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G.; (1984), *Mente e natura*, Adelphi, Milano.
- Bianciardi, M.; Telfner, U.; (1995), *Ammalarsi di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- Bocchi, G.; Ceruti, M.; (a cura di); (1985); *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- Borraccino , P.; (1998); *La famiglia come sistema: una chiave per interpretare il quotidiano- modelli di terapia familiare*, in A.A.V.V., *Ripensare l'infanzia*, d.L. Milani, San Giorgio J..
- Borraccino, P.; (2000); *Psicoterapia relazionale: come rispondere a quali domande*, in A.A.V.V., *Ripensare l'infanzia*, d: L. Milani, San Giorgio J..
- Borraccino, P.; (2000); *Il sapere, i saperi: la psicoterapia nel pluralismo teorico*, in A.A.V.V., *Ripensare l'infanzia*, d. L. Milani, San Giorgio J..
- Borraccino, P.; (2000); *Psicoterapia relazionale: come rispondere a quali domande*, in A.A.V.V., *Ripensare l'infanzia*, d. L. Milani, San Giorgio J..
- Borraccino, P.; (2005); *Psicologia e Psicoterapia*, in Perrela E. (a cura di) *Asclepio e il Centauro*, Franco Angeli, Milano.
- Cancrini, L.; (1996), *Date parole al dolore*, Frassinelli, Como.
- Cancrini, L.,Guida, E.; *L'intervento psicologico nella scuola*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Camaioni, L.; (a cura di); (1982), *La teoria di Jean Piaget*, Giunti Barbera, Firenze.
- Ceruti, M.; Lo Verso, G.; (a cura di); (1998), *Epistemologia e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cirillo. S.;(a cura di); (1990), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Raffaello Cortina, Milano.
- D'Amore, G.; (2000); *Breve storia della Psicoterapia in Italia. Linee di sviluppo dal secondo dopoguerra alla metà degli anni "70*, in *Attualità in Psicologia*, n° 1.
- Di Nuovo, S.; Giannone, F.;Di Blasi,M.; (1998); *Epistemologia della valutazione in psicoterapia*;in Ceruti, M.; Lo Verso, G.; (a cura di); *Epistemologia e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Di Nuovo, S.; Lo Verso, G.; Di Blasi,M.; Giannone, F.; (a cura di); (1998); *Valutare le psicoterapie*, Franco Angeli, Milano.
- Fabozzi, P.; La Forgia, M.; (2000); *Cinque domande ai colleghi analisti*, in *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, n° 2.
- Fiora, E.; Pedrabissi, L.; Salvini, A.; (1988), *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*. Giuffrè, Milano.
- Fruggeri, L.; (1998), *Dal costruttivismo al costruzionismo sociale* in *Psicobiettivo* n° 1, 1998, Cedis, Roma.

Fruggeri, L.; (1995); *Rischio iatrogeno e livelli di responsabilità terapeutica*, in *Psicobiiettivo*, n°3.

Fumafalli, E.; (2000); *Modelli terapeutici a confronto: è l'elettismo integrativo una proposta unitaria?*, in *Terapia familiare*, n° 63.

Marhaba, S.; (1976), *Antinomie epistemologiche*, Giunti-Barbera, Firenze.

Pagliaro, G.; Cesa. Bianchi, M.; (1995), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*, Franco Angeli, Milano.

Telfener, U.; (1996), *La valutazione del processo clinico: l'ottica sistemica*, in *Psicobiiettivo*, n°1, 1996, Cedis, Roma.

Telfener, U.; (1991), *Commento a "La terapia contestuale e l'unità delle terapie"* di I. Boszdrmenyi-Nagy, In *Attraverso lo specchio*, n° 29, (1991).

Selvini Palazzoli M.; e altri,(1981), *Il mago smagato*, Feltrinelli, Milano.

Selvini Palazzoli M.; e altri,(1981), *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli, Milano.

Siani, R.; Siciliani, O.; (1992), *Famiglia, pazienti, equipe e contesti .1:teoria dell'intervento integrato*, in Colosimo, A.; Bonura, A.; (a cura di); *Ottica sistemica e psichiatria*, Editoriale Bios, Cosenza.

Selg, H.; Bauer, W.; (1988), *I metodi di ricerca nella psicologia*, Giunti-Barbera, Firenze.

Zamperini, A.; (1999); *Psicologia come professione*, in Galimberti, U.; *Psicologia*; Le Garzantine; Torino.

Zamperini, A.; Testoni, I.; (1999); *Storia del pensiero psicologico*, in Galimberti, U.; *Psicologia*; Le Garzantine; Torino