

Sembra facile!

M. Adelaide Berardi

Queste sono le parole che mi dicevano i miei ex allievi quando, all'inizio della clinica, proponevo di allenarsi a fare delle proposte diagnostiche in tre minuti. Avevano ragione. Fare una diagnosi in tre minuti è molto difficile per un terapeuta alle prime armi, occorre conoscenza ed esperienza e tanta introspezione.

Provo quindi a spiegarvi come è possibile e utile riuscire a formulare una ipotesi diagnostica nel più breve tempo possibile. Parlo di ipotesi diagnostica perché, come capirete in seguito, si modifica man mano che si approfondisce la conoscenza della famiglia o dell'individuo.

Impariamo a fare diagnosi già nella pancia della mamma, (attraverso il cordone ombelicale il feto e la madre si scambiano informazioni su situazioni di benessere o malessere). Dopo la nascita i bambini sono bravissimi ad inquadrare una persona (perché imparano precocemente a leggere il linguaggio analogico non potendo utilizzare quello verbale e soprattutto non conoscendo il significato delle parole) , da adulti perdiamo questa immediatezza che sarebbe utile conservare oppure recuperare. Questo tipo di diagnosi sono però generiche e per una lettura relazionale non possono certo bastare.

Voglio farvi un esempio: Ero in una pasticceria con mia nipote di 4 anni, mentre eravamo in attesa di essere serviti, riconosco un collega e mi fermo a parlare con lui, nel frattempo la nipote approfittando della mia distrazione ordina un vassoio enorme. Saluto il collega ed usciamo, mia nipote mi guarda e mi chiede: "Quello è un tuo collega?" Si rispondo come hai fatto a capire? E lei " Pare matto" allora anche io sembro matta ? Si mi risponde un poco. Questa è la diagnosi di una bambina di quattro anni ma sicuramente ha letto nel nostro comportamento qualcosa di particolare che ci accomunava. Non siamo un po' pazzi ad intraprendere un lavoro che ci porta a vivere dolori ed angosce di altri?

Il primo punto è l'osservazione sia di una famiglia che di un individuo . L'osservazione prima ancora delle parole ci permette di capire in quale modo possiamo entrare in rapporto con queste persone. All'inizio della formazione io ed i colleghi passavamo ore a vedere nastri senza audio per cercare di capire attraverso il linguaggio analogico quale fosse il problema e la dinamica che intercorreva tra la famiglia. Ritengo che sia stato un apprendimento fondamentale. Mi sono però sempre chiesta se questi esercizi nascevano da un obiettivo o dal cattivo funzionamento degli apparecchi di registrazione di quei tempi. Voglio farvi un esempio: una collega mi chiede una consulenza per una sua paziente molto depressa e mi chiede se le posso dare dei farmaci. Accolgo la paziente sulla porta e noto immediatamente che questa ragazza è vestita completamente di fuxia, la consulenza era fatta. Non ho mai visto un depresso vestito con colori accesi, il problema era un altro.

Sappiamo tutti che l'ingresso del terapeuta modifica il comportamento della famiglia e se il terapeuta non capisce subito cosa usare di sé per entrare in rapporto con quel sistema familiare o con quello specifico individuo può aver perso una prima opportunità. Tutti noi se abbiamo fatto un lavoro su di noi sappiamo di avere modalità diverse per entrare in relazione e se ne siamo coscienti le possiamo usare per rendere più facile una seduta terapeutica. La nostra formazione, attraverso il genogramma ci aiuta a conoscere i modelli relazionali appresi in famiglia ed i blocchi psicologici che hanno determinato la cristallizzazione di alcune modalità. La conoscenza dei modelli, che si arricchiscono quando le nostre relazioni diventano più ricche, ci permettono di porci rispetto all'altro con modalità diverse a seconda del contesto. Se mi trovo in un contesto aggressivo posso scegliere strategicamente di presentarmi con una modalità mite ma autorevole, se ho di fronte una famiglia spaventata la mia modalità sarà rassicurante ed accogliente.

Quando mi trovo a persone aggressive o violente la mia timidezza mi ha sempre aiutato.

Evidentemente la conoscenza di un sé relazionale andrebbe integrata con la conoscenza di un sé globale onde evitare di affezionarsi ai propri compensi all' handicap, il vecchio concetto Socratico di " conosci te stesso" dovrebbe essere la base di ogni terapia. Si intende per compensi all'Handicap quei comportamenti che noi sviluppiamo per nascondere parti di noi che sentiamo carenti o mancanti e lo riteniamo così importante di abusarne senza renderci conto che il più delle volte rappresentano essi stessi un handicap e non un vantaggio. Un esempio molto banale il terapeuta inesperto può coprire la sua difficoltà assumendo un atteggiamento di arroganza senza rendersi conto che per un sistema sofferente è più accettabile un comportamento umile.

Tutti noi usiamo modalità diverse per iniziare un rapporto o per rapportarci con persone amiche e non varia solamente dal tipo di contesto ma anche dalla modalità e dall'espressione del viso dell'interlocutore, se ho imparato ad osservare e leggere avrò maggiori possibilità di evitare i conflitti.

Il terapeuta si presenta con le modalità che decide a volte inconsciamente di usare e comincia ad osservare come i vari elementi della famiglia interagiscono tra di loro e con lui, nota le difficoltà, le potenzialità e le problematicità. Ma vi è qualcosa che ci guida e che non si lascia intrappolare dalle parole, l'osservazione del modo con cui l'individuo entra in relazione con l'altro, come guarda e a chi si rivolge realmente mentre parla con me. Il terapeuta è mosso dalla curiosità di conoscere le persone non le cose che esse raccontano di sé, ha maggiore attenzione all'emotivo che si evidenzia durante il dialogo.

Ma questo è possibile solamente se l'interesse per il prossimo è reale e non di forma o di interesse esclusivamente professionale. L'interesse che nasce dal piacere di imparare dagli altri modalità diverse di vivere, di affrontare e convivere con problemi anche molto lontani dal nostro modo di essere, e che a volte possono sembrare inconciliabili con il nostro modo di pensare. Mi è capitato di pensare e di dire che non avrei mai lavorato con persone abusanti, eppure mi è capitato, anche i terapisti hanno le loro idiosincrasie e bisogna imparare a convivere. Invece sono le antipatie per alcune persone che possono suscitare la nostra curiosità così come le simpatie perché queste sono motivate da nostre modalità di lettura che si rifanno ad esperienze familiari e non sempre rese coscienti. Vi sarà capitato di chiedervi perché avete difficoltà a relazionarvi con un certo tipo di persone mentre con altre è tutto facile? Provate a chiedervi a quale persona (per il suo modo di relazionarsi) vi riporta alla mente e che tipo di rapporto avevate con essa. Come posso relazionarmi con una signora che mi riporta a mia madre o ad un fratello con cui ero in competizione? Queste domande arricchiscono la conoscenza di sé e ci aiutano a diventare dei bravi terapisti. Un terapeuta che per la propria rigidità possiede un solo modo di relazionarsi avrà le stesse difficoltà dei propri pazienti a mettere in campo delle risorse per il cambiamento.

Quando il terapeuta ha imparato a comprendere con quale parte di sé può entrare in rapporto con quella specifica famiglia e aver conosciuto le varie relazioni che si interscambiano tra loro i vari membri usando il racconto della loro storia e della problematica che li ha portati alla consultazione, allora può tracciare la prima ipotesi diagnostica.

L'uso delle mappe di Minuchin sono utilissime perché ci permettono di visualizzare graficamente le relazioni e comprendere dove il terapeuta si è posizionato in quel sistema.

La raccolta della storia, la modalità di come la raccontano, chi è il portavoce della famiglia chi tende a nascondersi, sono elementi essenziali per rendere l'ipotesi diagnostica sempre più precisa. Questo permette al terapeuta di posizionarsi all'interno del sistema in modo più adeguato, e alla famiglia di sentirsi

“vista e compresa”. Fase essenziale della terapia perché solo la fiducia reciproca permette di iniziare un processo terapeutico.

Quando ho abbozzato la mia ipotesi diagnostica familiare posso cominciare ad interrogarmi sull'individuo per cercare di conoscerlo non solo sul suo funzionamento relazionale ma anche sulla sua personalità.

Ora i relazionali puri potranno obiettare “ma cosa può essere utile andare a scavare sulla personalità delle persone?” Ma l'Accademia non si fregia del titolo “dalla famiglia all'individuo?” E questo ha un significato molto importante per la prosecuzione del processo e per cominciare a costruire una griglia di lettura dove la diagnosi relazionale si intreccia con quella individuale. La costruzione di una griglia di lettura ci permette di creare, con l'esperienza, modalità di comprensione e di fiducia che come si diceva in precedenza sono alla base della terapia. Ad esempio se mi trovo di fronte ad una famiglia che ha un paziente fobico-ossessivo so che mi devo rapportare con lui e con la sua famiglia con estrema calma e pazienza senza accelerare sui tempi e senza provocare il rischio di un drop-out o peggio di uno scivolamento in una psicosi conclamata. La famiglia del paziente fobico, se compresa, mi potrà garantire un contenimento essenziale per il proseguo della terapia. Diversamente una coppia altamente conflittuale e con due personalità narcisistiche possono maggiormente reggere una provocazione perché è consono al loro modello relazionale.

Inoltre se intuisco la diagnosi individuale posso grazie alla griglia che mi sono creata capire quale modalità relazionale posso usare per conquistarmi la loro fiducia. Essere precisi e corretti con l'ossessivo e rispettare i tempi concordati e possibilmente razionali e trattare l'emozioni e sentimenti con modalità distaccate, con la famiglia psicotica le emozioni debordano e bisogna fare attenzione a non farsi invischiare e leggere oltre.

Con le famiglie con un problema anoressico dove si gioca il tema della morte bisogna saper accettare la sfida ed investire di emozioni una famiglia che riporta tutto al problema alimentare. Si dovrebbe riuscire a creare degli schemi che sottendono ai diversi tipi di problemi per potersi orientare in breve tempo su quale percorso inserirsi.

Solamente l'integrazione tra la diagnosi individuale e quella relazionale permette di appropriarsi della capacità di fare “una diagnosi in tre minuti.

Non parlerei mai di diagnosi ma esclusivamente di ipotesi diagnostica. Perché il lavoro terapeutico è un divenire e andando avanti nella terapia non solo si approfondisce l'ipotesi ma si cambia. Soltanto osservando i cambiamenti si può modificare la diagnosi che dovrebbe portarci ad una situazione di benessere e serenità. Il processo terapeutico non è altro che un passaggio da una ipotesi diagnostica iniziale ad una affermazione da parte di tutta la famiglia di una situazione di benessere che nasce da una presa di coscienza di sé.

Il processo terapeutico potrebbe raffigurarsi come un viaggio dove la scelta principale dovrebbe essere l'obiettivo e non è importante stabilire immediatamente quello finale perché può cambiare nel corso del viaggio, ma si può cominciare a decidere se andare al nord o al sud in modo da poter stabilire quale direzione prender. Bene per me questa è la prima ipotesi diagnostica: Nel proseguo del viaggio posso fermarmi in posti che mi incuriosiscono e mi invitano a conoscerli meglio, mi fermo e approfondisco la conoscenza di un posto. La domanda è allora: cosa mi ha incuriosito? La risposta rimanda al viaggiatore terapeuta per cercare di capire cosa quel luogo ha toccato e acceso di sé. Il viaggio prosegue alla ricerca di altri luoghi che possano accendere nuove curiosità per condividerle con i propri compagni di viaggio.

E' chiaro che l'inizio del viaggio e la scelta della direzione deve essere condivisa dai compagni di viaggio, come deve essere condiviso ogni cambio di direzione, cercando di motivare e far capire quali sono le ragioni di tale mutamento. Se per esempio una famiglia porta il problema di un figlio e durante le sedute si evidenzia un conflitto coperto di coppia bisogna cercare di condividere con la famiglia la scelta di lavorare per un periodo sulla genitorialità o se accettano sulla coppia.

L'obiettivo finale è chiaramente della famiglia dove il vissuto del benessere è strettamente individuale e non possiamo proiettare la nostra idea né tantomeno confrontarla con quella della famiglia.

Cerco di farvi capire meglio cosa significa fare la prima ipotesi diagnostica: viene da me una signora che mi chiede di aiutarla a "sopportare meglio il marito fobico-ossessivo che riduce notevolmente la sua libertà.

Le chiedo di farmi conoscere suo marito e alla protesta che non verrà mai le propongo di chiedergli di venire per aiutarla a sopportarlo. Il signore viene e accetta la terapia di coppia, ora la direzione è cambiata ma l'obiettivo finale è rimasto invariato, forse.

Cosa spinge una donna a chiedere una terapia individuale per sopportare meglio il marito se non un'estrema protettività, accettare la richiesta avrebbe voluto dire colludere e non aiutarla, (questa è stata la mia prima ipotesi) e di conseguenza la scelta di modificare tale richiesta.

Ma cosa succede quando ho fatto la diagnosi ed ho iniziato la psicoterapia ed all'improvviso tutto diventa confuso e mi sembra di aver sbagliato ogni cosa? Cosa succede? E' il momento di fermarsi e riflettere su di noi, oppure chiedere aiuto ad un supervisore. E' un momento importante perché il blocco che si è creato nasce da nostri conflitti irrisolti e quindi la diagnosi si deve spostare su di noi. Questo è l'aspetto più interessante del nostro lavoro, anche se a volte più doloroso, perché ci permette di modificarci in continuazione in una presa di coscienza costante di noi con una accettazione a volte dolorosa dei nostri limiti, indispensabile per poter accettare e tollerare i limiti dei nostri pazienti e perché no anche dei nostri familiari.

Oggi che sono vecchia ed ho in gran parte lasciato il lavoro clinico impiego il mio tempo a fare supervisioni a colleghi che mi portano i loro momenti di enpasse o di confusione perché se un terapeuta lavora correttamente episodi di blocco possono succedere e fanno parte di come la clinica ci permette di aumentare costantemente la conoscenza di sé. Di solito si inizia con il racconto della famiglia, ma il supervisore deve bene avere in mente che non è la storia della famiglia, ma il vissuto del terapeuta su di essa, quindi la sua lettura. Qui nasce la prima domanda del supervisore: Cosa della storia ha colpito il collega? Si passa quindi al problema che ha determinato la crisi o la confusione o il blocco. Si approfondisce l'argomento con domande e risposte con silenzi fino a quando non arriva la risposta e mai da parte del supervisore. "Mio Dio sto parlando di me! Non mi ero accorta che la signora mi rimanda ai comportamenti di mia madre/ mio padre, non avevo pensato che fosse un problema di identità ecc.

Ma questo lavoro di introspezione non avviene solamente durante le supervisioni ma soprattutto durante lo svolgimento di tutta la terapia e oserei dire durante tutta la nostra vita. Riflettiamo forse in una forma di deformazione professionale sulla nostra vita, su un libro, su un film e sulle frasi che ci hanno colpito e che forse sottolineiamo se è un libro o lo imprimiamo nella nostra memoria e ci chiediamo perché mi ha colpito? Cosa c'è che mi riguarda? A volte sono frasi che ci confermano su aspetti di noi a volte ci svelano parti mancanti o poco elaborate e riportate alla coscienza da quell'avvenimento o frase.

Ma tutto questo lavoro, penserete, cosa centra con la diagnosi? È il lavoro essenziale perché se non lo faccio su di me terapeuta come faccio a proporre le stesse cose ai nostri pazienti? Come faccio a fare quelle

domande che colpiscono ed inducono i nostri pazienti a riflettere su sé stessi. Solamente se aiutiamo i pazienti a riflettere sui loro nodi o sulle potenzialità non riconosciute possiamo dire che facciamo una terapia, e toccare i nodi ci permette di modificare la nostra ipotesi diagnostica.

E vorrei finire con una mia esperienza: ero in supervisione da Maurizio Andolfi con una signora anoressica venuta in terapia da sola il mio supervisore mi ha fatto condurre la terapia da dietro lo specchio facendomi fare continue provocazioni ed in contemporanea mi provocava. Finita la seduta senza alcun commento e con me stravolta dalla rabbia, uscivo dall'istituto dicendo che non sarei più tornata in quel luogo e avrei di conseguenza lasciato il mio percorso di terapeuta familiare. Solamente dopo parecchi giorni e sfumata la rabbia mi sono concessa di riflettere su cosa mi aveva colpito così profondamente ed è emersa chiarissima la mia difficoltà a vivermi "cattiva". Ho così scoperto che la cattiveria se usata in modo adeguato è un elemento essenziale non solamente in terapia ma anche nella vita. Grazie Maurizio.

Maurizio mi ha insegnato con questa supervisione a non aver paura a fare male, certo la mia modalità è molto diversa dalla sua, meno aggressiva e più diretta. Ricordo che durante una terapia di aver detto al marito di una coppia di essere ad alto rischio di impazzire se perseguiva nella sua modalità del "tutto e subito". Ha lasciato la terapia urlando che mi avrebbe denunciato, non solo ha continuato la terapia di coppia ma dopo diversi anni l'ho incontrato in una corsia di ospedale dove faceva la visita con altri colleghi, mi ha riconosciuto e mi ha presentato ai colleghi come la dottoressa che gli aveva salvato la vita. Penso che si sia salvato da solo dopo aver capito il rischio che correva.

Questa è una piccola parte del lavoro che ho fatto per abbandonare il mio vizio di essere protettiva in particolare con chi soffre.

Questa relazione sicuramente incompleta avrebbe lo scopo di farvi capire quale lavoro dobbiamo fare per saperci orientare in tre minuti senza spaventarci di noi e degli altri che abbiamo di fronte.