

# Manuale di Psicoterapia strategica

80 tecniche di intervento

Fabio Leonardi e Francesco Tinacci

Prefazione di Alessandro Salvini

**GUIDE**  
PSICOLOGIA

 Erickson

## IL LIBRO

### **MANUALE DI PSICOTERAPIA STRATEGICA**

La Psicoterapia strategica, messa a punto al Mental Research Institute (MRI) di Palo Alto (CA, USA), consiste in una serie di specifiche modalità di intervento che permettono di ottenere in tempi brevi cambiamenti psicologici estesi e duraturi, risolvendo un'ampia casistica di problemi personali e relazionali.

All'interno di setting strategicamente orientati, le tecniche vanno a modificare determinati processi del sistema psicologico individuale, che, attraverso un «effetto domino», modificano l'intero sistema.

**Nel volume vengono illustrate 80 tecniche di intervento, organizzate secondo 8 macro-categorie, sistematizzando decenni di ricerca e di pratica clinica.**

Per ciascuna tecnica vengono riportati obiettivi, modalità operative, effetti e possibili contromisure, suggerimenti e casi clinici.

La Psicoterapia strategica si basa su tecniche di intervento brevi: non si focalizza sull'origine del problema, cioè sulla ricerca delle sue cause, ma sui fattori che lo mantengono e lo alimentano.

## GLI AUTORI



### **FABIO LEONARDI**

Psicologo,  
psicoterapeuta,  
professore a  
contratto presso  
l'Università degli  
Studi di Firenze e  
socio fondatore della  
Società Scientifica di  
Psicoterapia Strategica –  
SSPS.



### **FRANCESCO TINACCI**

Psicologo,  
psicoterapeuta e  
socio fondatore della  
Società Scientifica  
di Psicoterapia  
Strategica – SSPS.

€ 27,50



9 178885910270271

[www.erickson.it](http://www.erickson.it)

## Indice

|  |     |
|--|-----|
| <i>Prefazione</i> (Alessandro Salvini)                             | 7   |
| <i>Premessa</i>  | 15  |
| <i>Introduzione</i>  | 19  |
| PRIMA PARTE – Teoria e metodologia                                 |     |
| CAPITOLO 1   |     |
| La Psicoterapia strategica:<br>origini e assunti metateorici       | 23  |
| CAPITOLO 2   |     |
| La Psicoterapia strategica:<br>assunti teorici e metodologici      | 37  |
| CAPITOLO 3   |     |
| La Psicoterapia strategica:<br>setting di intervento               | 57  |
| CAPITOLO 4   |     |
| La Psicoterapia strategica:<br>metodologia                         | 81  |
| SECONDA PARTE – Tecniche di intervento                             |     |
| CAPITOLO 5   |     |
| Introduzione alle tecniche di intervento                           | 99  |
| CAPITOLO 6   |     |
| Tecniche di aumento dell'intensità<br>del disfunzionamento         | 107 |
| CAPITOLO 7   |     |
| Tecniche di modifica delle qualità<br>formali del disfunzionamento | 205 |
| CAPITOLO 8   |     |
| Tecniche di contrasto del disfunzionamento                         | 295 |

|  |     |
|--|-----|
| CAPITOLO 9   |     |
| Tecniche di rilevamento sistematico<br>del disfunzionamento                | 369 |
| CAPITOLO 10  |     |
| Tecniche di spostamento dell'attenzione<br>dal disfunzionamento            | 411 |
| CAPITOLO 11  |     |
| Tecniche focalizzate sulle risorse e sulle soluzioni                       | 445 |
| CAPITOLO 12  |     |
| Tecniche di modifica dei significati                                       | 487 |
| CAPITOLO 13  |     |
| Tecniche di modifica del sistema di relazioni                              | 521 |
| CAPITOLO 14  |     |
| Tecnica di occultamento della terapia,<br>ovvero l'apparente «non-terapia» | 589 |
| <br>   |     |
| TERZA PARTE – Criticità e linee di sviluppo                                |     |
| CAPITOLO 15  |     |
| Criticità  | 595 |
| CAPITOLO 16  |     |
| Linee di sviluppo  | 607 |
| <br>   |     |
| CONCLUSIONI  | 623 |
| <i>Bibliografia</i>  | 627 |

## Prefazione

Presumo che il lettore finito di leggere questo libro possa rendersi conto di trovarsi di fronte a un vero e proprio «trattato di psicoterapia», anche se l'obiettivo iniziale degli Autori, del prof. Leonardi e del dott. Tinacci, era di scrivere un esaustivo compendio di tecniche terapeutiche. Un proposito che per contigua necessità ha portato a dover riconsiderare tutto l'impianto della Psicoterapia strategica, dalla sua matrice teorica a quella metodologica. Un primo risultato è che il libro ci mostra come la Psicoterapia strategica e poche altre siano psicoterapie prettamente psicologiche, fondate come sono sul linguaggio e sulla comunicazione, non importando niente da altri saperi, ad esempio analogie e metafore meccanicistiche e biologistiche, determinismi eziologici, nessi di causa-effetto, schemi discorsivi di tipo sanitario, riferimenti culturali incongrui, come accade per certe psicoterapie sempre tentate di legittimarsi o di trovare connettivi con la Psichiatria istituzionale, o con qualche frammento delle varie Neuroscienze.

Il prof. Leonardi e il dott. Tinacci, con questo loro libro, ci offrono una riconfigurazione unitaria, teorica e operativa di questo modello avanzato e post-moderno di psicoterapia che da anni, insieme alla psicoterapia interazionista, offrono altre possibilità operative.

La Psicoterapia strategica ha illustri ispiratori e genitori, da un lato una tradizione sistemica importante come quella di Gregory Bateson e dall'altro il pragmatismo psicologico di William James e George H. Mead. Pragmatismo

che ha aggregato filosofi, sociologi, semiologi, psicoterapeuti e antropologi, intorno all'assunto «che è da considerarsi utile e vero quello che dà luogo a conseguenze pratiche nel costruire l'esperienza che le persone fanno di se stesse, degli altri e del mondo».

L'orientamento sistemico/strategico, che poi si è evoluto e polarizzato nella Psicoterapia strategica di cui stiamo parlando, ha le sue origini negli Stati Uniti tra gli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso, principalmente nella grande fucina di intelligenze innovative della California di quei tempi. In anni successivi la prospettiva strategica ha trovato, in Europa e in Italia, un momento di ulteriore crescita e di diffusione, grazie al felice incontro tra Paul Watzlawick e Giorgio Nardone. Collaborazione che ha portato ulteriore linfa a questo tipo di psicoterapia, dopo che per varie vicende si era dissolto il polo generativo del Mental Research Institute di Palo Alto in California. Comunque il più noto artefice e catalizzatore di questo modello innovativo è stato senza dubbio Paul Watzlawick, riconosciuto come il geniale co-fondatore di una efficace pratica terapeutica, che per un singolare destino ha poi trapiantato ad Arezzo la tradizione dell'MRI, grazie alla competente bravura e al grande impegno di Giorgio Nardone e dei suoi allievi, tra cui Roberta Milanese. Mentre a Livorno, Leonardi e Tinacci, assimilando anche altre prospettive sistemiche, strategiche e interazioniste, hanno ampliato la proposta teorica e operativa, e dato vita a una articolata configurazione del modello che oggi, per altre strade si riconnette anche al pragmatismo di C.S. Peirce, il precursore della Rivoluzione semiotica (si vedano U. Eco, P. Violi e A.M. Lorusso), e alla linguistica cognitiva.

Gli Autori di questo manuale/trattato si sono a loro volta impegnati — come testimonia il loro notevole sforzo di sistemazione teorica e operativa — in una rifondazione maggiormente autonoma e comprensiva della Psicoterapia strategica, proponendone un progetto più articolato, pur nel segno della continuità con i vari protagonisti di questa vicenda intellettuale.

Se si può parafrasare il detto che il canto di un singolo uccello non porta le fioriture di primavera, capiamo perché le disperse scuole e correnti della Psicoterapia strategica hanno finito per offrire, pur nella continuità, molteplici e difformi proposte operative, spesso senza sufficienti agganci giustificativi di natura teorica. Forse questo spiega come fino ad oggi sia mancato un riferimento metodologico, operativo e didattico unificante, ovvero un trattato che ricomponesse attraverso un linguaggio adeguato, la sofisticata architettura di una tradizione fatta di saperi e di pratiche, di presenze e di scritti, talvolta dispersi e non sempre collegati tra di loro. Contributi spesso brillanti ed efficaci, ma separati nel tempo e nello spazio anche dalle scelte e dalle esperienze personali dei suoi protagonisti.

A un cultore esterno che afferisce a una prospettiva interazionista, come il sottoscritto, il libro di Leonardi e Tinacci suscita adesione e entusiasmo per varie ragioni, tra cui il riordino sistematico degli antecedenti e delle tecniche, la coerenza tra le premesse teoriche e le indicazioni operative, il tutto calibrato da una coerente autonomia di linguaggio atta a valorizzare anche l'iniziativa situazionale e creativa dello psicoterapeuta, non limitata e precostituita da vincoli procedurali e da ricette protocollari. Un risultato reso possibile anche dalla ricomposizione articolata e coerente di quanto già esiste. Leonardi e Tinacci ricompongono queste differenze e le collocano entro un'unica matrice razionale e giustificata rispetto agli obiettivi. Inoltre gli Autori, in modo coerente e chiaro, sottraggono gli obiettivi terapeutici al «vizio» normativo del linguaggio diagnostico, ingenuamente positivista, e non ricalcano, o si subordinano, alla psicopatologia tradizionale. In tutto questo gli Autori evitano il dogma dell'*ipse dixit*: il «così è». Limite dogmatico e difensivo peraltro presente in tutte le psicoterapie, con i relativi irrigidimenti di pratiche protocollari un po' stereotipate, apprezzate dai neofiti, ma non sempre adeguate alla fluidità delle situazioni sociali, alla configurazione dei problemi e ai variegati e mutevoli contesti relazionali.

Dall'altro, Leonardi e Tinacci, dimostrando una notevole competenza, hanno riorganizzato concettualmente gli aspetti metodologici secondo una più funzionale prospettiva sistemica e interazionista, riportando al centro della scena interagente, la relazione, il contesto e la sue metamorfosi, ad esempio rivedendo il tema della relazione con il cliente, ricollocando la relazione e i suoi molteplici aspetti al centro della preoccupazione metodologica ed evitando di identificare la persona in modo esclusivo con il problema diagnosticato. A questo proposito nel libro si ribadiscono due cose importanti:

1. un problema psicologico può essere configurato in tanti modi diversi, adeguando la scelta di come configurarlo alle esigenze egosintoniche del cliente e alle sue possibilità di accogliere il procedimento a lui più adatto;
2. la scelta del procedimento non può essere indipendente dalla relazione «co-costruita» tra lo psicoterapeuta e il suo cliente. Difatti ribadiscono gli Autori — cosa talvolta dimenticata — che «non è la tecnica a rendere efficace una psicoterapia, ma è la relazione che rende efficace o meno una certa tecnica».

Il secondo fronte a cui il testo richiama è il «contesto della giustificazione», ovvero la coerenza tra teoria, metodo e prassi, in cui i due clinici hanno fatto un piccolo capolavoro, dimostrando la perfetta sinergia circolare tra i presupposti teorici e le pratiche operative, evidenziando la necessaria

integrazione tra i due livelli e confermando il detto di alcuni fisici per i quali «ogni teoria è sempre una cosa maledettamente pratica». Una tale sinergia offre allo psicoterapeuta le indicazioni per non perdersi. Nelle psicoterapie è facile smarrire l'orientamento e la rotta se non si ha una cartografia adeguata, aggiornata, riferimenti cospicui e chiari passaggi da fare. Altra nota non secondaria, nonostante il gravoso impegno di concettualizzazione degli Autori, è la scrittura del testo, limpida, bene organizzata, sobria, efficace e di facile lettura.

In questa prefazione mi limito a soffermarmi sulla matrice generativa del pensiero degli Autori, che fa del modello strategico, come anche di quello sistemico e interazionista, un'innovazione teorica significativa. Per matrice generativa intendo riferirmi prevalentemente ai presupposti epistemologici presenti nel libro. Ovviamente con il termine epistemologia intendo riferirmi, sia ai procedimenti conoscitivi utilizzati e a quanto questi procedimenti teorici, linguistici o strumentali, o anche ideologici, possano influire nella configurazione di un certo problema, sia a quanto questi procedimenti siano adeguati agli obiettivi. Come è noto la ricerca delle cause psico-biografiche implica un certo modo di rappresentare e narrare un particolare problema. Se la ricerca delle cause si considera una perdita tempo, in quanto imperscrutabili, si apre una diversa finestra progettuale e ci si affaccia su altro, confermando una certa diffusa indifferenza nei confronti del determinismo psico-biografico, che continua a sopravvivere nei tradizionali e vetusti programmi terapeutici in cui, il più delle volte, l'operatore cerca solo di ricavare una conferma ai propri prototipi interpretativi, con il rilevante rischio di trasmetterli al cliente, che sarà indotto a cercarne conferma.

Infine non si può ignorare il contributo convergente di studiosi e clinici che questo libro accoglie, rendendo il lettore in qualche misura erede di un diverso modo di pensare e di affrontare il disagio psicologico, certamente molto differente da altre impostazioni. A questo proposito lo psicologo tradizionale può avvertire nel libro una assenza. Manca nella proposta strategica la prospettiva normativa, che invece è pervasiva in molte psicoterapie tradizionali. Manca lo schema psichiatrico, ormai infiltrato nel senso comune, con il suo stile discorsivo, il vocabolario patofilico, le inferenze diagnostiche, le interpretazioni causali e gli schemi che si cumulano nel procedimento di cura. Elementi questi che confermano stereotipi generalizzati e rinviano in primo luogo a una diversa committenza istituzionale e sociale, alle sue esigenze di controllo normativo, ad esempio sanitario, morale, giuridico e pedagogico, guidati dal dualismo del normale e del patologico, molto adatto a pratiche volte a correggere, reprimere o inibire, per le quali le società occidentali, e non solo, hanno già inventato altri mezzi, istituzioni e saperi. Anche quando diciamo

che un paradigma scientifico o culturale istituisce e suggerisce le rappresentazioni del mondo, gli intenti per conservarlo o cambiarlo, non siamo sempre consapevoli del paradigma presente nelle nostre credenze, nei modi di agire e pensare. Se grattiamo il terreno sottostante a un albero troviamo le sue o altre radici che s'intrecciano, come ad esempio nella psicoanalisi freudiana, dove scopriamo la presenza del naturalismo romantico tedesco, il meccanicismo positivista ottocentesco, determinista e fattuale, con le sue metafore e analogie materialiste. Percepriamo l'intento di una terapia morale razionalista, correttiva ed emancipante, da cui il programma e l'obiettivo, riassumibile nella famosa topica freudiana, che annuncia «dove c'era l'Es con le sue pulsioni irrazionali, ci sarà l'Io razionale» e il controllo sulle passioni (che Freud mutua senza dirlo da J.D. Esquirol). Una psicoterapia che s'intreccia con una esegetica del sospetto e della colpa, di stampo laico, ma anche ebraico-protestante, in cui la «causa» si confonde con l'attribuzione della colpa e viceversa. La psicoterapia in questo caso diventa una ideologia positivista e pedagogica, entro un obiettivo di salute/norma, ovvero di costruito socio-bio-morale. La mente deviante sarà trasformata in una mente malata, e le differenze saranno attribuite alla personalità, ossia a un costruito polivalente, reificato e transitivo, in cui i nomi/giudizi dati a dei segmenti di comportamento diventano a loro volta anche le cause che spiegano quel comportamento (tautologia). Mente, dinamismi, personalità e malattia si convalidano a vicenda. Invece per l'epistemologia pragmatista, interazionista e strategica, la mente non è un'entità fattuale, ma un variegato costruito convenzionale che non sta nelle persone, ma nei rapporti che queste intrattengono con se stesse, gli altri e con il mondo (G.H. Mead), mentre le credenze sul mondo che le circonda si riflettono sulle loro percezioni e azioni (G. Bateson), facendo sì che il sistema interagente possa dar vita ad esperienze egosintoniche ed egodistoniche, a seconda del contesto e delle situazioni.

Assumendo questa prospettiva, la Psicoterapia strategica non si impantana nella risposta alla domanda sul «cosa è», ma sceglie di chiedersi cosa possiamo fare per cambiare un processo disfunzionale. Questo implica una rinuncia al realismo interpretativo e al gioco inconfutabile di qualcosa che sta per qualcosa d'altro (da cui la formula: «sì, ma in realtà è»).

I procedimenti strategici hanno la preoccupazione non di seppellire l'ignoto con i rinvii interpretativi, ma di come produrre nelle persone dei cambiamenti, ovvero delle metamorfosi nel loro modo problematico di sentire, agire e percepire. Obiettivo che chiede una condizione — non sempre possibile — ovvero che la persona collabori anche solo con qualche sua parte di sé, dal momento che le persone sono una pluralità di attori mentali situazionali.

È anche opportuno considerare che gli obiettivi della Psicoterapia strategica, volta a generare cambiamenti, operano anche su un livello di realismo inventato e convenzionale, come lo sono le entità dette di second'ordine, ovvero i costrutti di senso, significato e valore. Mentre a un livello di realismo differente, oggettivo e materiale, i fatti appartengono a un altro livello di realtà a cui viene conferita una natura empirica e fattuale. Ad esempio, un neuropatologo e uno psicoterapeuta agiscono su diversi piani di realtà e con differenti assunti epistemologici: nel primo caso varrà il determinismo, mentre nel secondo caso l'intenzionalità. Ad esempio, un sorriso sarà studiato dal primo come una contrazione muscolare, sfinterica, mentre dal secondo interpretato come un atto comunicativo non indipendente dal contesto e da una intenzione. Lo stesso evento appartiene alla fisiologia e alla sociologia e psicologia. Come dire che ogni discorso sul mondo è un discorso precostituito da un osservatore interessato. Questa prospettiva aiuta molto lo psicoterapeuta nel passare da una epistemologia di senso comune o bio-sanitaria, a una in cui si opera sui significati e sulla loro resistenza al cambiamento, ossia nello strutturare le percezioni, le azioni, i pensieri e i rapporti con le loro ridondanze.

Per Richard Rorty, che è considerato attualmente il maggior rappresentante del pragmatismo, gli enunciati «veri», ad esempio psicologici, non sono «veri» perché corrispondono alla realtà, ma solo perché sono creduti tali dai suoi attori interagenti. Ovviamente questa affermazione, come il lettore del libro prima o poi scopre, rende comprensibili, ad esempio, certi procedimenti e alcune tecniche relazionali e ingiuntive usate dalla terapia strategica, tra cui la necessaria asimmetria comunicativa nella relazione tra psicoterapeuta e «cliente». Costui, noto di passaggio, non viene mai appellato dagli Autori con il termine «paziente», termine non neutro che rinvierebbe quella pratica definita psicoterapia ad altri quadri di riferimento, di relazioni e di interdipendenza di ruoli. La prospettiva strategica e operativa proposta dagli Autori evita le sovrapposizioni incongrue e gli slittamenti lessicali e semantici, che possono influire sulla coerenza e sugli effetti «performativi» della comunicazione (John Austin), creando/confermando quello che pensano di risolvere. Seguendo gli Autori si deduce che la Psicoterapia strategica ha a che fare con costrutti conversazionali, guidati dal terapeuta che influiscono sui costrutti di senso, significato e valore, mentre le psicoterapie realiste hanno la pretesa di occuparsi di «fatti» psicologici oggettivi, neutri e reificati. Potremmo aggiungere che se i neurologi si occupano di corpi, cervelli e di movimenti, e quindi di sostantivi, gli psicoterapeuti si occupano invece degli aggettivi con cui questi corpi sono rivestiti, con cui le persone vanno in giro e con i quali agiscono l'esperienza di se stessi, degli altri e del mondo.

Prima di concludere questi accenni, vorrei suggerire al lettore di guardare al libro di Leonardi e Tinacci, non come a un manuale di istruzioni, ma come una guida per creare la forma mentis e le competenze più adeguate, necessarie per utilizzare con efficacia le sue indicazioni. La stessa cosa che vale per i manuali che insegnano a portare una barca a vela.

*Alessandro Salvini*  
già docente ordinario di Psicologia clinica  
e di Psicopatologia all'Università di Padova

## Bibliografia

- Austin, J.L. (1962). *How to do things with words*. Cambridge, MA: Harvard University Press (trad. it. *Come fare cose con le parole*, Torino, Marietti, 1987).
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco, CA: Chandler Publishing Company (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Milano Adelphi, , 1976).
- Beardsworth, S.G., & Auxier, R.E. (2017). *The philosophy of Umberto Eco*. Chicago, IL: Open Court (trad. it. *La filosofia di Umberto Eco*, Bologna, La nave di Teseo, 2021).
- Esquirol, J.D., (1805). *Des Passions considérées comme causes, symptômes, et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Paris: Didot Jeune (trad. it. *Delle passioni considerate come cause, sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale* [Ed. M. Galzigna], Venezia, Marsilio Editori, 1982).
- James, W. (1890). *The principles of Psychology*. New York, NY: Henry Holt and Company (trad. it. *Principi di Psicologia*, Milano, Messina, 1950).
- Mead, G.H. (1934). *Mind, Self and Society* (Ed. C.W. Morris). Chicago: University Press (trad. it. *Mente, Sé e Società*, Milano, Giunti Editore, 1966).
- Nardone, G., & Salvini, A. (2019). *International dictionary of Psychotherapy*. New York, NY: Routledge (trad. it. *Dizionario Internazionale di Psicoterapia*, Milano, Garzanti, 2013).
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1990). *L'arte del cambiamento*. Milano: Ponte alla Grazie.
- Peirce, C.S. (1982). *Opere* (Eds. M.A. Bonfantini & G. Proni). Milano: Bompiani.
- Rorty, R. (1982). *Consequences of pragmatism*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press (trad. it. *Conseguenze del pragmatismo*, Milano, Feltrinelli, 1986).
- Salvini, A., & Iudici, A. (2021). *La mente «malata» e la cura repressiva della diversità*. Padova: Nexus.

## Premessa

L'avvento delle psicoterapie strategicamente orientate rappresenta un'eresia e allo stesso tempo un punto di svolta all'interno del compassato mondo delle terapie psicologiche. Come noto, negli anni Sessanta del secolo scorso, al Mental Research Institute di Palo Alto, un gruppo di studiosi (tra cui Jackson, Watzlawick, Weakland, Fisch, Haley e altri), muovendosi sulla scia delle innovative intuizioni di Gregory Bateson, dinanzi ai limiti evidenziati dalle psicoterapie allora egemoni, si interessarono ai sorprendenti risultati del pionieristico lavoro clinico di Milton Erickson e svilupparono una nuova prospettiva di intervento clinico che di fatto rivoluzionò i canoni della tradizionale psicoterapia.<sup>1</sup>

In effetti l'avvento del modello strategico ha sovvertito i fondamenti della psicologia clinica, sgretolando alcune assunzioni fondamentali degli approcci tradizionali. Nella fattispecie, il numero di sedute necessarie per curare un qualsiasi disfunzionamento psicologico fu drasticamente ridotto, e al contempo la consapevolezza delle cause di un problema (*insight*) divenne un aspetto irrilevante per il trattamento in chiave strategica. Non solo, ma persino il profilo del terapeuta, che fino ad allora era allineato al senso comune di pre-

---

<sup>1</sup> In quegli anni, nella seconda metà del secolo scorso, la psicoterapia risultava confinata in gran parte nel meta-assunto operativo di indurre l'introspezione e interpretare l'esperienza del soggetto (prospettiva psicodinamica), e in misura minore nel meta-assunto operativo del modellamento comportamentale.

tendere più o meno esplicitamente un miglioramento del soggetto in terapia, si trasformò radicalmente arrivando persino a contemplare forme paradossali (come avviene nelle prescrizioni dei «sintomi»).

Il presente lavoro arriva oltre mezzo secolo dopo l'avvento della rivoluzione strategica, e persegue l'obiettivo di sistematizzare gli aspetti teorici e applicativi, identificando al contempo i punti di forza, le criticità, nonché le potenzialità di sviluppo.

In termini generali, questo volume è finalizzato dunque a delineare lo stato dell'arte della Psicoterapia strategica, rimanendo saldamente radicato ai principi basilari sviluppati all'interno del Mental Research Institute (MRI) di Palo Alto, ma al contempo esplorando le future possibilità di sviluppo, senza dimenticare due potenziali derive, di polarità opposta, insite a questo tipo di operazione. In tal senso, da una parte si è posta attenzione al rischio di scadere in una deriva eccessivamente teoretica, che avrebbe generato uno sterile sapere, privo di un rimando operativo: a tal fine sono state analizzate, una a una, le principali tecniche di intervento che rappresentano le prassi operative delle psicoterapie strategiche, sedimentatesi negli ultimi cinquant'anni.

Dall'altra parte, si è posta altrettanta attenzione al rischio opposto di arenarsi in un sapere eccessivamente operativo, talmente avvitato in una pretesa di precisione, da essere declinato in protocolli e procedure, esito questo che di fatto rinnegherebbe la matrice del pensiero strategico: a tal fine si sono evitate le semplificazioni e i riduzionismi che si celano dietro talune modalità rigide di applicazione delle tecniche di intervento, coltivando traiettorie argomentative complesse e un costante rimando al piano teorico e meta-teorico (epistemologico).

In sintesi, il fine di questo testo è costruire alcune fondamentali coordinate teoriche e operative che consentano agli psicoterapeuti strategici di rispondere in modo complesso alle domande di cambiamento degli individui, attraverso interventi che, per convenzione, chiamano «psicoterapie».

È doveroso sottolineare come il senso ultimo di questo volume non sia coltivare l'ortodossia del «verbo» strategico, in quanto solo dalle eresie alle prassi strategiche consolidate, dalle deviazioni alla «norma strategica», si possono generare le condizioni per far sopravvivere e far evolvere il modello strategico stesso. Se si adotta una logica circolare e si utilizza la prospettiva strategica per osservare la stessa Psicoterapia strategica, le parole di Paul Watzlawick divengono eloquenti laddove afferma che «le deviazioni dalla norma portano a correggere situazioni che mettono in pericolo il sistema o ne impediscono la naturale evoluzione [...] Nei sistemi complessi il cambiamento e l'evoluzione

derivano soltanto da fattori che in un primo momento compaiono come deviazione e patologia» (Watzlawick, 1981, p. 207 tr. it.).<sup>2</sup>

Prima di lasciare il lettore a queste pagine, ci preme sottolineare come la scrittura di questo lavoro sia stata metaforicamente quasi un viaggio, durato molti anni, al termine del quale non pensiamo di essere arrivati in qualche luogo privilegiato di conoscenza: alle lusinghe di un approdo stabile, preferiamo certamente la precarietà e la dinamicità di chi naviga perennemente in mare aperto, anche perché le certezze di una meta finale rappresenterebbero di fatto la negazione, e dunque la fine, del pensiero strategico. Se Ulisse era sicuro che Itaca esisteva, noi siamo altrettanto certi che non esiste una «Itaca» della psicoterapia e guardiamo con sospetto e diffidenza chi dice di averla trovata o chi, pur negandolo in ossequio al verbo costruttivista, si comporta come se l'avesse trovata.

*Fabio Leonardi*  
Livorno

---

<sup>2</sup> In tutto il volume, inseriremo per le citazioni l'indicazione bibliografica del volume originale, specificando il numero di pagina dell'edizione italiana riportata in Bibliografia (tr. it.), per facilitarne il recupero da parte del lettore. Ove non presente l'edizione italiana, preciseremo che la citazione è da intendersi come una traduzione degli Autori (TdA).

# La Psicoterapia strategica: origini e assunti metateorici

## **Introduzione**

In questo capitolo sono delineate, in modo sommario, le origini delle psicoterapie strategicamente orientate, al fine di comprendere l'ambiente culturale e scientifico da cui è scaturito questo peculiare approccio alla psicoterapia.

In particolare, sono illustrate le tradizioni di pensiero da cui si sono originate le fondamenta dell'approccio strategico, ovvero quelle meta-assunzioni teoriche che fanno da cornice e da sfondo all'impianto teorico-metodologico.

Successivamente è stato delineato il contesto storico nel quale si è venuto a generare il modello strategico, e nella fattispecie sono descritte le catene di eventi che in termini concreti hanno generato le psicoterapie strategicamente orientate.

L'obiettivo non è dare un'esauritiva ricostruzione storica dell'approccio strategico, bensì disegnare una cornice semantica di riferimento all'interno della quale collocare le prassi cliniche e le specifiche tecniche che saranno illustrate successivamente.

## ***Background culturale e filosofico***

La prospettiva strategica, come si è già in parte accennato e come si analizzerà in dettaglio successivamente, si origina nella seconda metà del secolo scorso

negli Stati Uniti d'America, cioè in un ambiente sociale e culturale plasmato da un forte pragmatismo. In tal senso, il modello non poteva non essere espressione dei valori e delle visioni che permeavano la cultura pragmatista nordamericana, che in ambito filosofico diede forma al «Pragmatismo», grazie al contributo di John Dewey, William James, Charles Sanders Peirce, fino a George Herbert Mead, la cui opera ispirò fortemente i teorici dell'Interazionismo Simbolico, e certamente influenzò anche l'impostazione teorica del MRI (sebbene tale influenza non fu mai espressamente riconosciuta). L'influenza pragmatista è rinvenibile nel fatto che la Psicoterapia strategica attribuisce valore alle conoscenze scientifiche esclusivamente in funzione della loro utilità pragmatica, vale a dire in funzione della loro capacità di realizzare un'efficace azione sulla realtà. In tale prospettiva, le disquisizioni teoretiche volte a stabilire il primato di una teoria sull'altra non hanno senso se non per le ricadute pragmatiche che ne possono conseguire. In altri termini, assumono senso solo quegli interrogativi la cui risoluzione conduca ad agire diversamente, con maggiore profitto ed efficacia sulla realtà. Questo assetto meta-teorico rappresenta una sorta di matrice che permea in maniera viscerale la genesi dell'orientamento strategico, nonché le vicende personali che la connotarono,<sup>1</sup> oltre che le analisi teoriche e le prassi di intervento che si svilupparono al suo interno. Una tale impostazione appare già evidente sin dai lavori che precedettero la vera e propria genesi del modello strategico, tra i quali *La pragmatica della comunicazione umana* (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967), lavoro di importanza storica che fin dal titolo dichiara in modo esplicito l'assunzione di un punto di vista pragmatista.

La cultura pragmatista ha spesso condotto a rivalutare in ambito strategico il famoso *Rasoio di Ockham* (Ockham, 1967/88), vale a dire quell'opzione metodologica proposta da Guglielmo di Ockham (frate francescano eretico che visse tra il XII e il XIII sec.) secondo cui tra le diverse spiegazioni teoriche possibili di un fenomeno, a parità di capacità esplicativa, va scelta sempre quella più semplice ed «economica». Tale posizione, finalizzata a liberarsi di tutte le astrazioni inutili, può essere vista come una forma di pragmatismo *ante litteram* che condusse alla necessità di postulare solo quelle entità teoriche strettamente necessarie, eliminando al contempo tutti gli enunciati non necessari.

In termini sintetici, ai giorni nostri, questa posizione metodologica può essere espressa nel seguente modo: «È inutile fare con più, ciò che può essere fatto con meno».

<sup>1</sup> Il fatto che Bateson non aderì alla fondazione del Mental Research Institute, e prese le distanze dal quel gruppo di studiosi, fu probabilmente dovuto alla loro impostazione pragmatista che li orientava soprattutto verso l'applicazione clinica delle conoscenze che via via si delineavano dai loro studi (Bertrando & Bianciardi, 2009).

Questa posizione, caposaldo del pensiero strategicamente orientato, risulta quanto mai provvidenziale in ambito psicologico e psicoterapeutico, data l'abnorme proliferazione di teorie e modelli, espressione di un'endemica propensione a costruire castelli teorici smisurati per dar conto di circoscritti elementi fattuali.

## Fondamenti epistemologici

Le teorie e le tecniche delle terapie strategicamente orientate, così come quelle di ogni altro sistema conoscitivo, si fondano su determinate assunzioni epistemologiche, spesso non del tutto esplicitate, che necessitano di essere analizzate onde comprendere a fondo la natura e le implicazioni di quelle stesse teorie e tecniche. Tale operazione non è un lusso da lasciare ai filosofi della scienza, ma dovrebbe essere un'esigenza imprescindibile di ogni clinico: difatti, come argomenta in modo eloquente Salvini (1988), ogni operazione conoscitiva colloca al centro della riflessione non solo l'oggetto dell'osservazione, ma anche l'osservatore e i suoi assunti teorico-metodologici, dal momento che il «come conosciamo», stabilisce il «cosa conosciamo».

La terapia strategica, diversamente da molte psicoterapie, ma similmente ad altre, si fonda su un *corpus* di assunzioni meta-teoriche che rimandano a un certo quadro epistemologico e ontologico. In tal senso, riprendendo la riflessione di Gregory Bateson, va sottolineato come «l'ontologia e l'epistemologia non possono essere separate» (Bateson, 1972, p. 345 tr. it.), in quanto le convinzioni (di solito non consapevoli) che ogni individuo ha sul mondo che lo circonda determineranno il suo modo di vederlo e di agirvi, e questo suo modo di sentire e di agire determinerà le sue convinzioni sulla natura del mondo. Ciò implica che ogni individuo «è quindi imprigionato in una trama di premesse epistemologiche ed ontologiche che, a prescindere dalla loro verità e falsità, assumono per lui carattere di parziale autoconvalida» (Bateson, 1972, p. 345 tr. it.).

I fondamenti epistemologici delle terapie strategiche si collocano all'interno della svolta postmoderna che ha caratterizzato l'intero universo delle conoscenze scientifiche, psicologia compresa, soppiantando la visione moderna della realtà e della scienza che aveva dominato nel XIX e XX secolo (Kvale, 1992; Sexton, 1997; Mecacci, 1999).

Volendo essere più precisi, le assunzioni epistemologiche della Psicoterapia strategica sono quelle elaborate all'interno del costruttivismo e del costruzionismo: questi termini hanno dato luogo a un certo grado di fraintendimenti

in quanto, se da una parte presentano ampie aree di sovrapposizione e sono stati usati come sinonimi, dall'altra alcuni autori hanno evidenziato differenze significative tra loro (Hoffman, 1992).

In termini generali, costruttivismo e costruzionismo assumono che la conoscenza non riguarda una realtà oggettiva ontologica, con una propria fattualità empirica, ma esclusivamente l'ordine e l'organizzazione delle esperienze nel mondo (Glaserfeld, 1984). In altri termini, entrambi si fondano su un realismo concettuale, o al massimo su un realismo ipotetico (Salvini, 1988). Ciò significa che la realtà esperita dai soggetti è una realtà costruita, priva di una propria fattualità empirica: sono gli assunti teorici dell'osservatore (la sua teoria del mondo) che generano la costanza delle percezioni e la fiducia in una realtà data (Salvini, 1988).

Secondo i modelli costruzionisti, le proprietà del reale si fondano su un insieme di accordi intersoggettivi: «Il significato dei fatti non appartiene a nessun individuo in particolare, non è nel suo cervello che va ricercato [...] il fatto è [...] distribuito nella collettività» (Piattelli Palmerini, 1987).

I modelli costruttivisti, a differenza di quelli costruzionisti, enfatizzano maggiormente l'azione dell'individuo nel processo di costruzione della realtà, e dunque tendono a privilegiare un approccio individuale, piuttosto che collettivo.

In altri termini, come sottolineò Hoffman (1985), il costruttivismo ha una visione intra-psichica, mentre il costruzionismo ha una visione sociale (inter-psichica). Interessante, in tal senso, la posizione di Steve de Shazer, secondo cui il costruttivismo radicale di Glaserfeld non è stato abbastanza radicale, in quanto mantiene sostanzialmente la dicotomia tra soggetto e oggetto, tanto che lo stesso de Shazer propone una sorta di costruttivismo interazionale (de Shazer, 1991), che di fatto risulta assimilabile a una forma di costruzionismo.

Nonostante le differenze evidenziate tra costruttivismo e costruzionismo, secondo alcuni autori i punti in comune prevalgono sulle differenze, tanto da renderli due varianti della medesima posizione epistemologica: in particolare secondo l'autorevole posizione di Gergen (1985, p. 265; 2001), il costruttivismo (nel modo in cui è stato articolato da Watzlawick) e il costruzionismo rappresentano lo stesso movimento, posizione questa condivisa anche da altri autori (Burr, 1995; Pocock, 1999). Gergen sceglie di adottare il termine «costruzionismo», invece di «costruttivismo», solo per distinguerlo dai teorici della psicologia cognitiva come Piaget (Gergen 1985, p. 265; 2001).

Pur non negando i differenti accenti tra costruzionismo e costruttivismo, all'interno del presente lavoro si è scelto di privilegiare la posizione di Gergen nel considerarli un unico movimento, ma al contempo, onde evitare ulteriori fraintendimenti, si è scelto di riferirci a tale posizione epistemologica con il

termine composto «costruzionismo/costruttivismo»: in questa prospettiva il costruzionismo e il costruttivismo possono essere configurati come due polarità di un *continuum* nella concezione del processo attraverso cui si costruisce la realtà, *continuum* in cui da una parte viene posta maggior enfasi sui processi collettivi, mentre dall'altra si sottolineano maggiormente le connotazioni individuali di tale processo. In questi termini, ogni teoria che presuppone il carattere costruito della realtà si posizionerà più o meno vicina a una polarità o all'altra, a seconda del fatto che dia più enfasi ai processi collettivi o più a quelli individuali nel processo di costruzione della realtà.

In sintesi, dunque, pur riconoscendo le differenti sfumature di un'ottica costruttivista e di una costruzionista, è possibile considerare queste due posizioni come espressioni di una medesima prospettiva epistemologica e ontologica, che chiameremo appunto «costruttivista/costruzionista».

In termini storici, tale prospettiva si è venuta ad affermare in modo rilevante nel corso del XX secolo all'interno della comunità scientifica, quando si è definitivamente affermata la cosiddetta svolta postmoderna (Kvale, 1992; Mecacci, 1999) che ha messo in crisi il concetto di una realtà oggettiva in tutte le discipline, dalla fisica alla matematica, fino a tutte le altre.

Tuttavia, tale posizione affonda le sue radici molto lontano, a partire dall'opera dei filosofi presocratici (Gorgia e Protagora), passando per le intuizioni di pensatori eretici, quali Giordano Bruno, e di filosofi pre-kantiani, quali Giambattista Vico (1668-1744), senza dimenticare il contributo di Kant, fino ad arrivare ai primi psicologi di ispirazione costruzionista quali W. James, G.H. Mead e il costruttivista G.A. Kelly, per giungere fino ad autori contemporanei quali Berger, Luckmann, Maturana, Varela, Glasersfeld, Foerster e tanti altri, tra cui certamente va ricordato Gregory Bateson.

Secondo questa posizione epistemologica/ontologica, la conoscenza scientifica non può sfuggire ai vincoli propri del nostro modo di esperire il mondo. Qualsiasi conclusione noi traiamo dalla nostra esperienza si riferisce necessariamente a quell'esperienza, e non a quel mondo mitico, indipendente, di cui sognano i «realisti metafisici» (Glasersfeld, 1981, p. 30 tr. it.), cioè coloro che sostengono che è vero solo ciò che è in accordo con una realtà oggettiva indipendente dall'osservatore (Putnam, 1981).

In altri termini, ogni descrizione implica colui che la descrive e quindi ogni descrizione non può che essere un'interpretazione (Foerster, 1981), tanto che ogni descrizione sottoposta ad analisi approfondita rivela le proprietà dell'osservatore (Varela, 1975). La presenza di un osservatore comporta la perdita della neutralità e dell'oggettività della scienza classica, e la rinuncia definitiva al mito di raggiungere la verità assoluta. Non può dunque esistere

una conoscenza indipendente dall'osservatore e «ogni cosa che viene detta, è detta da un osservatore» (Maturana & Varela, 1980, 1984).

La conoscenza non viene più intesa come ricerca di concordanza con la realtà ontologica, ma come ricerca di modi di pensare adeguati (Glaserfeld, 1981). Tutti i sistemi teorici di conoscenze, a partire da quello della matematica pura, sono configurabili, dunque, come sistemi di credenze, nel senso che tutti gli atti di osservazione e di giudizio vengono compiuti dall'interno del sistema, cioè dal punto di vista particolare del sistema stesso (Stolzenberg, 1984). In una situazione del genere, è probabile che un osservatore esterno al sistema veda chi è all'interno come dogmatico, mentre chi è all'interno veda l'osservatore esterno come qualcuno che si rifiuta di accettare la realtà. Ed entrambi hanno ragione (Stolzenberg, 1984). L'unico criterio di esattezza, in una situazione del genere, diventa allora la coerenza interna del sistema teorico, come accade nella matematica pura (Stolzenberg, 1984). Ogni teoria conoscitiva andrà valutata non più in base a quanta verità contiene, ma in funzione di quanto sia utile (adeguata) a raggiungere determinati obiettivi (Salvini, 1988).

Il sapere viene costruito dall'organismo vivente per ordinare il flusso dell'esperienza, di per sé informe, in esperienze ripetibili e in rapporti relativamente attendibili tra di esse: non può essere interpretato come riproduzione o descrizione di una realtà assoluta, bensì come un modello di conoscenza possibile (Glaserfeld, 1981). E tra i vari modelli di conoscenza possibile, la discriminante diviene l'utilità che ogni modello può avere in relazione al raggiungimento di certi scopi.

La conoscenza non è più dunque pensabile come la traccia che la realtà oggettiva lascia sui nostri sistemi percettivi, ma come il risultato di processi di costruzione dell'individuo in interazione con gli altri e con l'ambiente circostante.

Il conoscere e il sapere non possono essere il risultato di un ricevere passivo, ma nascono come risultato delle azioni di un soggetto attivo in interazione con altri. Queste azioni non sono manipolazioni di oggetti già strutturati e costituiti in un mondo indipendente dall'esperienza, ma sono azioni di costruzione dell'oggetto (Glaserfeld, 1981).

È proprio sulla base di queste premesse che Foerster (1973) coniò il suo imperativo estetico che costituisce il *core aspect* dell'approccio strategico: «Se vuoi vedere, impara ad agire». Tale assunzione, nella sua semplicità, è stata rivoluzionaria (Watzlawick, 1987), in quanto ha ribaltato il dogma fondante della tradizione psicoterapica: «Se vuoi agire diversamente, impara a vedere diversamente».

L'idea che la realtà viene dunque generata dagli individui potrebbe essere anche semplice e facilmente comprensibile, se non fosse che «nel percepire

il mondo così come lo percepiamo, dimentichiamo ciò che abbiamo fatto per percepirlo come tale» (Watzlawick, 1981, tr. it.). In altri termini, la conoscenza della realtà comporta la messa in atto di processi mentali costruttivi, la cui principale caratteristica è quella di rimanere nascosti agli occhi di colui che li attua.

Il grande merito della prospettiva costruzionista/costruttivista è di aver reso evidenti questi processi impliciti.

Il merito dell'approccio strategico è stato, invece, di aver trasposto queste concezioni in ambito clinico, e di averle utilizzate per consentire ai soggetti di produrre quei cambiamenti che si rendono necessari quando rimangono schiacciati dalle realtà psicologiche che loro stessi hanno prodotto.

Il fatto che i processi costruttivi della realtà divengono «invisibili» a colui che li attua fa sì che tale visione si scontri con il «senso comune», e quindi con la quasi totalità degli individui, tra cui spesso ritroviamo anche molti addetti ai lavori. Tuttavia, come afferma Wittgenstein, «del fatto che a me, o a tutti, sembri così, non segue che sia così» (1969, p. 3, tr. it.).

Nonostante l'illusione dei realisti metafisici non sembri definitivamente eclissata, e di tanto in tanto si ripresenti con rinnovato vigore anche all'interno dell'ambito scientifico (soprattutto in Medicina), ormai da diverse decadi si può affermare, senza timori di smentita, che «concepire la realtà, il mondo vivente, come oggetto, è una scelta storicamente declinata: nulla vieta di ridurre il mondo a una serie di osservati, è tuttavia necessario conservare la consapevolezza di tale riduzione e della sua arbitrarietà» (Berretta, 1981).

In conclusione, va dunque preso atto di come il concetto di realtà sia tutt'altro che scontato, e di come possa risultare problematico interrogarsi sul rapporto tra teorie e realtà, ovvero tra mappe e territorio.

In tal senso può essere utile ricorrere a un espediente esplicativo, ovvero a un riduttore di complessità, ideato da Paul Watzlawick, il quale propose di distinguere due differenti livelli di realtà a cui ricondurre le conoscenze: le *realtà di primo ordine* e le *realtà di secondo ordine* (Watzlawick, 1976b, 1981).

I dati derivanti da osservazioni ed esperimenti, la cui ripetizione porta alla medesima osservazione indipendentemente da quando, dove e da chi venga eseguito (la legge della caduta libera dei corpi) sono configurabili come realtà di primo ordine: per semplificare potremo dire che generalmente riguardano le proprietà fisiche degli elementi (il colore che corrisponde a una certa lunghezza d'onda),<sup>2</sup> ovvero le entità con una loro propria fattualità empirica (una sedia, un tavolino, una scatola cranica, un cervello, un gesto concreto, ecc.).

<sup>2</sup> Non va dimenticato che le realtà di primo ordine non possono essere totalmente indipendenti dall'osservatore, nel senso che, per quanto relative a entità fattuali, comunque hanno sempre un certo grado

Le teorie attraverso cui attribuiamo senso, ordine e valore alle realtà di primo ordine sono invece configurabili come realtà di secondo ordine, e hanno la caratteristica di essere fortemente legate alle caratteristiche dell'osservatore e alle teorie da questi utilizzate (il valore di una sedia, il fascino di un tavolino, la mente, le emozioni, le cognizioni, i significati dei comportamenti, ecc.).

Un esempio classico per esprimere la duplicità dei livelli di realtà è quello riguardante la luce rossa di un semaforo: tutti gli appartenenti alla specie *homo sapiens*, che abbiano il loro apparato visivo privo di alterazioni rispetto allo standard biologico prodottosi dopo millenni di evoluzione, vedono il rosso del semaforo (realtà di primo ordine), ma non tutti attribuiscono il medesimo significato a quella luce (realtà di secondo ordine). Alcuni lo interpretano come segnale di pericolo e si fermano, altri lo possono interpretare ugualmente come segnale di pericolo ma non fermarsi e sfidarlo, altri possono considerarlo assolutamente privo di senso, altri lo possano guardare da un punto di vista estetico ed esserne ammaliati o infastiditi. Mentre per le realtà di primo ordine ha senso fare verifiche ed esperimenti per validare il sistema di conoscenze (che rimane sempre e comunque un sistema di credenze), per le realtà di secondo ordine vi è l'impossibilità di arrivare a certe validazioni ed è anzi fuorviante farle, perché significa trattarle come se fossero realtà di primo ordine (il caso emblematico è quello delle malattie mentali, per l'analisi delle quali si rimanda a Watzlawick, 1981).

La psicoterapia certamente si focalizza esclusivamente sulle realtà di secondo ordine, tralasciando completamente quelle di primo ordine, in quanto i problemi psicologici di cui si occupa non sono problemi legati alle proprietà fattuali degli oggetti o delle situazioni, ma sono correlati al significato, al senso e al valore che gli individui attribuiscono a questi oggetti e a queste situazioni (Watzlawick, 1987, 1992).

La posizione costruttivista/costruzionista ha una rilevante implicazione sul piano pragmatico, che può essere espressa con poche parole, ma molto eloquenti: «Se un uomo definisce certe situazioni come reali, queste diventano

---

di dipendenza dall'osservatore, dato che, come sosteneva Heisenberg (1958), «ciò che noi osserviamo non è la natura in sé, ma la natura esposta al modo in cui poniamo le domande». Inoltre, non va dimenticato come i nostri organi di senso non possano che dare una visione parziale della realtà, dato che sono sensibili solo a una certa gamma di caratteristiche dei fenomeni e non ad altre. Se ad esempio i nostri occhi vedessero onde con frequenza superiore ai 700 nanometri, riusciremmo a vedere le onde a infrarossi, o le microne, o persino le onde radio, e il mondo ci apparirebbe in tutt'altro modo. Allo stesso modo, se il nostro orecchio percepisse onde sonore con frequenza superiore a 20.000 Hz, inizieremo a sentire gli ultrasuoni e ci troveremo a vivere in tutt'altro mondo. Volendo essere precisi, dovremo dunque dire che le realtà di primo ordine hanno un elevato grado di indipendenza dall'osservatore, ma non sono completamente indipendenti dalle sue categorie osservative e dalle sue caratteristiche strutturali.

reali nelle loro conseguenze» (Thomas & Thomas, 1928, TdA). Questa asserzione, conosciuta come «Teorema di Thomas» fu elaborata nei primi decenni del secolo scorso da un sociologo della scuola di Chicago, William Thomas, e sua moglie, e concerne una fenomenologia umana nota e diffusa. Molti anni dopo, anche i ricercatori del MRI posero l'attenzione su tale fenomenologia, e arrivarono a sviluppare la teoria delle profezie che si auto-determinano, ovvero delle previsioni non fondate sui dati di realtà che tuttavia generano una serie di azioni e reazioni, tali per cui si producono gli effetti profetizzati (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967; Watzlawick, 1981, 1987).

### Genesi storica

La prima messa a punto di una terapia strategicamente orientata si deve al gruppo di ricercatori del Mental Research Institute di Palo Alto, fondato nel 1958 da Don Jackson e altri studiosi, sulla scia del lavoro pionieristico che Gregory Bateson<sup>3</sup> avviò nel 1952 al Veterans Administration Hospital di Menlo Park in California. Nella fattispecie il progetto di Bateson, durato una decina di anni, era centrato sullo studio del paradosso nella comunicazione ed era conosciuto come «Progetto Bateson», o «Progetto paradosso» (Bertrando & Bianciardi, 2009), progetto all'interno del quale furono inizialmente chiamati a collaborare Jay Haley (psicologo), John Weakland (ingegnere) e William Fry (psichiatra), e che successivamente attirò altri studiosi tra cui lo stesso Don Jackson (che dal 1951 era a capo della Psichiatria alla Palo Alto Medical Clinic). Proprio da questo gruppo di studiosi, che presero a gravitare intorno a Gregory Bateson, si generò l'idea di fondare il Mental Research Institute, a cui Bateson tuttavia non aderì, per ragioni non del tutto chiare, ma attribuite al fatto che fosse più interessato alla riflessione epistemologica piuttosto che alle applicazioni cliniche su cui era orientato il nascente MRI. Va tuttavia sottolineato come l'influenza del progetto di Bateson fu cruciale per coloro che fondarono il Mental Research Institute, tanto che la Psicoterapia strategica è in ultima analisi una chiara derivazione del pensiero di Gregory Bateson, e può essere compresa a fondo solo se si situa all'interno di una visione sistemica della realtà e dell'individuo.

In particolare, la messa a punto di un modello di Psicoterapia strategica prende forma con la fondazione del Brief Therapy Center (BTC), avvenuta nel 1966 all'interno del Mental Research Institute, ad opera di Jackson, Fisch,

<sup>3</sup> Progetto finanziato dalla Rockefeller Foundation.

## La Psicoterapia strategica: setting di intervento

### Introduzione

In questo capitolo sono analizzati gli aspetti più rilevanti dei setting di intervento nei quali prende forma il processo terapeutico dell'orientamento strategico.

In particolare, dopo una premessa volta a indagare a grandi linee il campo di applicabilità delle psicoterapie strategiche, si è analizzato il processo psicoterapeutico nella sua variegata articolazione. L'obiettivo non è stabilire sequenze regolari, fasi rigide, o stadi pre-fissati, che avrebbero l'effetto di irrigidire e semplificare un processo che, al contrario, per massimizzare la sua efficacia, deve essere flessibile e complesso. Diversamente, l'obiettivo è focalizzare alcuni snodi cruciali del processo terapeutico, sui quali ogni psicoterapia strategicamente orientata deve transitare, in maniera più o meno esplicita. Tali snodi sono dunque pensabili come aree semantiche che il processo terapeutico deve attraversare, e in tal senso saranno «stressati» e analizzati.

In termini sintetici possiamo individuare sei snodi principali:

1. la co-costruzione della domanda
2. la definizione degli obiettivi
3. la configurazione del processo psicoterapeutico
4. lo sblocco
5. il consolidamento
6. la chiusura.

Successivamente, si è analizzato un aspetto centrale dei setting di intervento strategicamente orientati, cioè *il tempo*, inteso sia come durata dell'intero processo terapeutico, sia come dimensione da gestire attraverso gli intervalli, tra una seduta e l'altra.

Infine, è stato dedicato un approfondimento a una variante molto peculiare del setting di intervento, a cui si ricorre in casi particolari, cioè la *Psicoterapia indiretta*.

## **La trattabilità**

Prima di entrare nel merito delle prassi cliniche, è d'obbligo una riflessione generale sul campo di applicazione delle psicoterapie strategiche: in termini tecnici una tale analisi rimanda a un concetto molto noto e controverso in ambito clinico, ovvero il concetto di trattabilità. Si precisa che tale tematica è troppo ampia e complessa per poter essere analizzata in modo esaustivo in un manuale tecnico-operativo, ma ciò non può esimere dall'affrontare almeno gli aspetti fondamentali di tale annosa questione. Una buona parte di tale analisi sarà espletata all'interno di ciascuna tecnica, specificando la casistica di soggetti e di problematiche su cui la relativa tecnica è maggiormente appropriata. In questo paragrafo saranno invece delineate alcune considerazioni di massima, in quanto troppo spesso in ambito psicologico la trattabilità viene data per scontata ed estesa senza limiti precisi. In tal senso, non va mai dimenticato come la psicoterapia, al pari di ogni intervento clinico, abbia un campo di applicazione circoscritto: per questa ragione risulta necessario definire i limiti di applicabilità, nonché le condizioni essenziali per poter effettuare un intervento.

Entrando nello specifico, va innanzitutto precisato come il termine «trattare», riferito alla psicoterapia, rischi di essere fuorviante, perché rimanda a una sorta di posizione passiva del soggetto rispetto all'azione curativa, come accade nei processi clinici della Medicina. Per ovviare a questo rischio, il termine «trattare» viene utilizzato in senso metaforico, in quanto la psicoterapia, lungi dall'essere un processo di cura che il terapeuta applica al soggetto, è piuttosto un processo di cura che terapeuta e soggetto attivano sinergicamente, e dunque co-costruiscono.

In termini generali, il limite principale di applicabilità di ogni approccio psicoterapeutico è costituito dal rifiuto del soggetto di fare una psicoterapia, limite che caratterizza ovviamente anche le psicoterapie strategicamente orientate, sebbene la prospettiva strategica fornisca una residuale possibilità

di intervento anche in questi casi, come vedremo successivamente, attraverso un peculiare setting di intervento (la *Psicoterapia indiretta*), reso possibile dall'adozione di una visione sistemica dell'individuo e della realtà.

Al di là di questo ovvio limite, l'applicabilità della Psicoterapia strategica è desumibile dalle assunzioni teoriche e metodologiche in precedenza delineate, in particolare da quella descritta al punto III («Le psicoterapie strategiche configurano come problema psicologico solo ciò che il soggetto in terapia ritiene tale, sulla base dei suoi valori, dei suoi obiettivi, delle sue idiosincrasie, della sua visione del mondo e di se stesso»). In tal senso, se partiamo dall'assunto per cui la Psicoterapia strategica è un processo interattivo, finalizzato a indurre un cambiamento psicologico in un individuo, senza dimenticare la natura «non istruttiva» di tale forma di interazione (Maturana & Varela, 1984), possiamo asserire che in linea di principio può essere «trattato» ogni individuo che manifesta egodistonie rispetto ad alcune sue caratteristiche (emotive, comportamentali, cognitive o somatiche), ma non riesce a produrre alcun cambiamento. Quindi, laddove un individuo lamenti alcuni aspetti inerenti al proprio profilo emotivo, cognitivo, comportamentale o di reattività somatica, assieme all'incapacità di modificarli, può essere considerato un soggetto «trattabile» attraverso una psicoterapia strategicamente orientata. Come già visto al punto III delle *Assunzioni teoriche e metodologiche*, «i problemi sono comportamenti che alcuni considerano fortemente indesiderabili, anziché manifestazioni di patologia» (Fisch & Schlanger, 1999, p. 1 tr. it.).

Questa configurazione, sebbene non esaurisca la complessità della questione, come già analizzato sopra, in linea di massima amplia il campo di trattabilità rispetto alle psicoterapie tradizionali basate sull'insight e sulla consapevolezza, che invece richiedono significativi requisiti di funzionamento cognitivo e di acculturazione.

Tuttavia, per quanto il campo di applicazione sia più ampio, anche una tale impostazione ha un chiaro limite di applicabilità, dato che vi possono essere problemi che generano un significativo disfunzionamento (che la Psichiatria arriva a definire come vere e proprie patologie) ma che il soggetto non vive come problematici. Tra questi rientrano certamente una parte dei «disturbi della condotta alimentare» di tipo restrittivo, una gran parte dei «disturbi psicotici», e tutte le «dipendenze», che nelle fasi iniziali e a volte anche in quelle avanzate non generano egodistonie, se non limitatamente a quelle che scaturiscono dalle reazioni sociali che ne conseguono. In linea generale, si deve dunque convenire come tutti i problemi psicologici che non generano egodistonie, per definizione, non siano trattabili all'interno di un setting strategico (la trattabilità delle problematiche che non generano egodistonia rappresenta,

comunque, un problema per tutti i modelli psicoterapeutici, e in generale per tutti gli interventi clinici).

Tale regola aurea, inerente alla non-trattabilità dei problemi egosintonici, necessita di due puntualizzazioni importanti.

In primo luogo, come già trattato nel precedente capitolo, si deve tener conto della complessità e pluralità di ogni individuo, tale per cui lo stesso problema genera sia aspetti egosintonici che egodistonici, tra l'altro mutevoli: ciò obbliga a considerare ogni valutazione non in senso assoluto, ma relativo, tanto che possiamo parlare di problematiche prevalentemente egosintoniche o prevalentemente egodistoniche. Inoltre, come già visto in precedenza, l'egodistonia e l'egosintonia non possono essere pensate come variabili oggettive, ma vissuti che prendono forma all'interno di ogni relazione, ivi compresa quella con il terapeuta, e come tali sono suscettibili di essere co-costruiti in molti modi differenti. In altri termini, sebbene alcune lamentele che esperisce il soggetto nel momento in cui si rivolge al terapeuta possano risultare effettivamente non trattabili, o avere degli aspetti di non trattabilità, è possibile modificare le egosintonie e le egodistonie esperite dal soggetto attraverso appropriate ristrutturazioni semantiche. Ciò non significa che attraverso una ristrutturazione semantica ogni problematica possa divenire trattabile, dato che, nella realtà, alcuni vissuti possono non essere suscettibili di ri-costruzioni tali per cui risultino trattabili con la psicoterapia, e in modo specifico con una psicoterapia strategicamente orientata.

La seconda puntualizzazione concerne il fatto che vi possono essere margini di trattamento anche rispetto ad alcune problematiche prevalentemente egosintoniche, e specificatamente laddove vi siano familiari che lamentano il problema di un soggetto che, da parte sua, non presenta una significativa egodistonia: tale trattabilità è legata alla possibilità di fare *Psicoterapie indirette*, cioè terapie attraverso i familiari che lamentano il problema all'interno di una cornice teorica sistemica (tali forme di intervento saranno analizzate alla fine del presente capitolo).

### **La co-costruzione della domanda**

La definizione della domanda è solitamente il primo snodo cruciale che si affronta in ogni psicoterapia, quasi sempre nella parte iniziale della prima seduta, pur essendo possibili eccezioni. Il contesto socio-culturale in cui siamo situati definisce l'incontro tra uno psicoterapeuta e un individuo come un incontro centrato sulla richiesta di aiuto avanzata dal secondo verso il primo,

quindi focalizzato su una domanda di aiuto: ciò fa sì che ogni individuo, al di là dell'incipit del terapeuta, in maniera spontanea e naturale, tenda a strutturare la sua narrazione iniziale sotto forma di richiesta, esplicita o implicita, rivolta allo psicoterapeuta.

In termini molto generali, la psicoterapia potrebbe essere dunque inquadrata come una particolare forma di relazione tra un soggetto che pone una domanda di cambiamento psicologico e un altro soggetto (il terapeuta) che offre le proprie conoscenze tecniche per favorire tale cambiamento. Configurata in questo modo, la questione potrebbe risultare semplice e lineare, come ogni dinamica di domanda-offerta nella quale da una parte vi è un soggetto che fa una richiesta, e dall'altra un altro che la esaudisce. In realtà, come noto, la psicoterapia è una dinamica ben più complessa di quanto possa esprimere la legge della domanda e dell'offerta.

Le terapie più tradizionali, quasi senza eccezione, per affrontare questa complessità iniziale, attuano la cosiddetta «analisi della domanda», strumento che dovrebbe far comprendere, sia al terapeuta che al soggetto in terapia, quale sia la «vera» richiesta di cui quest'ultimo è portatore, più o meno consapevole. Storicamente l'analisi della domanda, per quanto sia stata configurata secondo modelli teorici molto diversi, è sempre stata centrata sull'obiettivo di cogliere in modo asettico la domanda reale che giace dietro la richiesta iniziale dell'individuo, senza influenzare né tantomeno condizionare il soggetto in terapia: in tal senso l'accuratezza dell'analisi della domanda è stata sempre posta in relazione alla capacità di cogliere cosa si «nasconde» dentro la richiesta iniziale.

Come abbiamo già visto nel capitolo precedente, da un punto di vista costruttivista/costruzionista, l'idea di analizzare la domanda del soggetto al fine di rilevarla nel modo più preciso possibile risulta epistemologicamente ingenua e insostenibile, perché rimanda l'idea che la domanda sia un'entità che esiste, in modo oggettivo, già prima dell'incontro con lo psicoterapeuta, e che necessiti solo di essere disvelata. In realtà, la domanda di cambiamento del soggetto non può essere vista come un qualcosa che pre-esiste nella mente del soggetto in forma stabile e definita. In termini formali, si può asserire che la domanda del soggetto può essere pensata come la mutevole risultante di complessi processi interattivi che il soggetto intrattiene con sé, gli altri (ivi compreso il terapeuta) e il mondo circostante: in termini più specifici, nel momento in cui inizia una psicoterapia, la domanda del soggetto va pensata come un processo in continuo divenire che prende forma nella relazione tra soggetto in terapia e terapeuta, tenuto conto delle interazioni che lo stesso soggetto intrattiene con sé, gli altri e il mondo circostante.

In questa prospettiva appare evidente come la domanda possa essere solo una co-costruzione all'interno della quale il terapeuta svolge un ruolo fondamentale dal momento che il soggetto varca la soglia del suo studio. Volendo essere precisi, il terapeuta inizia a svolgere un'azione già nel momento in cui il soggetto immagina di rivolgersi proprio a quel terapeuta: infatti, se si prende atto che la domanda di psicoterapia viene co-costruita all'interno della relazione, va da sé che la relazione sul piano simbolico prende forma già quando il soggetto immagina di volersi rivolgere proprio a quel terapeuta, che ha lo studio in quel posto, che si presenta in quel modo, e via dicendo, quindi addirittura antecedentemente al primo contatto telefonico. Si sottolinea questo aspetto per evidenziare come il contributo del terapeuta nel definire la domanda sia un processo complesso che lo stesso terapeuta può controllare solo in parte: infatti, le rappresentazioni simboliche che ogni individuo avrà sviluppato su di lui, attraverso informazioni ottenute dal web o da conoscenze personali, hanno già esplicitato il loro effetto di modellamento prima che l'individuo entri in contatto con lui (è noto, infatti, come gli individui che si rivolgono deliberatamente a un terapeuta strategico arrivino spesso con un *corpus* di vissuti e un abbozzo di domanda già pre-configurati rispetto al setting di intervento strategico).

In ogni caso a essere rilevanti sono i processi che il terapeuta può attivare deliberatamente in terapia per configurare i vissuti del soggetto, in modo tale da farli esitare in una richiesta appropriata, e dunque raggiungibile. Ovviamente, co-costruire la domanda del soggetto non significa imporre i propri giudizi di valore, la propria etica e la propria morale, ma definire i punti realisticamente raggiungibili, con una psicoterapia strategicamente orientata, nella direzione indicata dal soggetto in base ai suoi valori, alla sua etica e alla sua morale.

La forma che si dà alla domanda di cambiamento è una fase fondamentale del processo psicoterapeutico, da cui dipende l'esito del trattamento stesso. In questo senso non possiamo non riportare quanto Haley scriveva con estrema lucidità:

Quando un terapeuta e una persona con un problema si incontrano, entrambi contribuiscono a determinare la situazione che si sviluppa, ma [...] il terapeuta [...] deve individuare i problemi da risolvere, stabilire gli obiettivi, progettare gli interventi per raggiungere tali obiettivi [...] (Haley, 1973, p. 7 tr. it.).

D'altra parte, se il terapeuta strategico è colui che per definizione si prende la responsabilità di influenzare direttamente le persone (Haley, 1973), come potrebbe non iniziare dall'influencare proprio la domanda di cambiamento che essi portano?

Quindi, riprendendo il primo assunto teorico analizzato nel capitolo precedente, il terapeuta strategico mantiene l'iniziativa in tutto quello che si verifica nel corso della terapia (Haley, 1973), ivi compresa la definizione della domanda di psicoterapia del soggetto.

Questa configurazione dell'intervento è spesso oggetto di ingenuità e obiezioni da parte delle psicoterapie tradizionali, ancorate al mito della domanda da scoprire, ignara della svolta postmoderna che obbligherebbe tutte le discipline a prendere le distanze dal realismo metafisico, per adottare una prospettiva costruttivista o costruzionista. Da un tale punto di vista, tutti i modelli di psicoterapia, e i loro psicoterapeuti, al di là di ciò che pensano di fare, di fatto co-costruiscono insieme ai loro «pazienti» la domanda di psicoterapia, influenzandoli legittimamente, nel senso di modellarne e plasmarne i vissuti in modo da farli esitare in una domanda a cui le loro psicoterapie possano rispondere.

In ogni caso, se da una parte si può lasciare ai modelli di psicoterapia tradizionale l'ingenuità di cercare la «vera» domanda del soggetto che arriva in terapia, dall'altra si deve ribadire che una psicoterapia è strategicamente orientata solo se si muove nell'ottica di «co-costruire la domanda», al fine di massimizzare le potenzialità del processo psicoterapeutico.

In termini concreti, venendo ai processi che il terapeuta può attivare per co-costruire la domanda, si deve partire da quei vissuti che hanno indotto la persona a chiamare il terapeuta, i quali generalmente hanno la forma di un disagio o un'insoddisfazione. In termini tecnici, si tratta di egodistonie che il soggetto esperisce rispetto a proprie azioni, emozioni, pensieri o risposte somatiche: tali egodistonie sono basate sul suo sistema di valori e narrate attraverso le sue categorie e il suo linguaggio. Tali vissuti sono per definizione suscettibili di molteplici riconfigurazioni, e possono dare luogo a richieste differenti di cambiamento. Non tutte le domande di cambiamento esperite dai soggetti necessitano di essere modellate per divenire trattabili, anche se è altamente probabile che in una qualche misura ciò sia quasi sempre necessario.

In linea di massima, volendo schematizzare, si possono rilevare tre diverse situazioni.

Una prima tipologia di situazioni si ha quando i vissuti precedenti all'inizio della terapia sono già strutturati in una necessità di cambiamento definita, e fin dai primi scambi nel corso della relazione prende forma una domanda di cambiamento lineare, esplicita e appropriata per essere trattata con le tecniche psicoterapiche. In tali situazioni, l'azione di influenzamento del terapeuta sarà minima e consisterà in feedback di conferma e validazione, con eventuali piccoli aggiustamenti.

Una seconda tipologia di situazioni si ha quando i vissuti del soggetto si sono strutturati attraverso un'attesa di cambiamento non realistica, oppure contraddittoria e ambivalente, oppure focalizzata su obiettivi utopistici, centrata su target inappropriati rispetto agli obiettivi manifestati dal soggetto, o comunque secondo forme non perseguibili all'interno di una psicoterapia. Ad esempio, una donna che sta male per i comportamenti del partner può rivolgersi allo psicoterapeuta per chiedere di cambiare il funzionamento psicologico del partner (tale esempio è paradigmatico di una situazione molto tipica, in cui il soggetto porta la richiesta di cambiare qualcun altro). In queste situazioni, l'azione del terapeuta dovrà essere più incisiva e il suo apporto alla co-costruzione dovrà essere inevitabilmente più radicale, perché la costruzione iniziale con cui l'individuo esprime il suo disagio non può trovare risposte realistiche, perlomeno non all'interno di un setting di psicoterapia e con le tecniche di una psicoterapia scientificamente fondata. Rimanendo nella concretezza dell'esempio portato, un modo per riconfigurare la domanda di cambiamento in simili situazioni consiste nel sottolineare come la psicoterapia non abbia il potere di cambiare gli altri, bensì di modificare il peso che gli altri hanno sulla vita del soggetto in terapia. Questa ristrutturazione semantica è già una prima manovra terapeutica, perché tende a bloccare le tentate soluzioni del soggetto consistenti nel provare a modificare l'altrui comportamento, tentate soluzioni che spesso sono un fattore che mantiene la situazione lamentata dal soggetto. In realtà, gli psicoterapeuti strategici sanno bene, e i soggetti lo apprendono velocemente, che modificando l'impatto del comportamento altrui su di sé si modifica di fatto anche il comportamento altrui, in quanto si è parte di sistemi relazionali interconnessi, tali per cui modificando un elemento del sistema inevitabilmente si modificano anche gli altri.

Vi è una terza gamma di situazioni in cui i vissuti precedenti alla psicoterapia non si sono strutturati in un'attesa esplicita di cambiamento e si presentano in maniera cangiante e multi-faccettata, se non addirittura caotica. In tali situazioni, il terapeuta si dovrà prendere esplicitamente la responsabilità di guidare, passo dopo passo, il soggetto verso la costruzione di una domanda, che inevitabilmente risentirà in misura rilevante dell'apporto del terapeuta.

Queste tre situazioni ipotetiche sono solo esempi scolastici: nella realtà clinica le situazioni sono mediamente meno nette e più variegate, con una gamma di sfumature molto ampia.

In ogni caso, volendo sintetizzare, in taluni casi l'apporto del terapeuta è minimale e la domanda viene co-costruita validando i vissuti che il soggetto riporta spontaneamente in prima battuta, mentre in altri l'apporto del terapeuta è più consistente in quanto i vissuti debbono essere rimodellati significativa-

mente, o addirittura radicalmente ricostruiti, per renderli trattabili con una psicoterapia strategicamente orientata.

### **La definizione degli obiettivi**

Haley affermava ironicamente che non definire in alcun modo gli obiettivi della terapia è una strategia che uno psicoterapeuta dovrebbe usare per rendere fallimentare la propria terapia (Haley, 1969). Nella fattispecie Haley, nel delineare l'arte di essere un terapeuta fallimentare, scriveva con vivace sarcasmo:

Se un terapeuta stabilisce degli obiettivi, prima o poi il paziente si domanderà se questi sono stati raggiunti. Se proprio si rendesse necessario enunciare un obiettivo, è essenziale che ciò avvenga in una forma ambigua, fumosa, che chiunque si trovi a domandarsi se detto obiettivo è stato raggiunto si scoraggi (Haley, 1969, TdA).

Al di là del sarcasmo e dell'ironia di Haley, la definizione degli obiettivi è un aspetto cruciale di un percorso psicoterapeutico strategicamente orientato, e come tale va presidiato con attenzione. La definizione degli obiettivi è ovviamente in stretta relazione con la co-costruzione della domanda e di fatto ne costituisce la declinazione concreta. Gli obiettivi, infatti, vengono definiti esplicitamente nella parte iniziale del primo colloquio, salvo poche eccezioni, basandosi sulla domanda di cambiamento co-costruita in precedenza.

Anche la definizione degli obiettivi è in realtà un processo di co-costruzione, in quanto il terapeuta non assume una posizione neutra e di mero ascolto, ma fornisce un contributo essenziale nell'individuare gli obiettivi di cambiamento, in modo da far sì che il processo terapeutico sia focalizzato su mete realistiche e compatibili con le potenzialità del processo terapeutico, senza tuttavia imporre una sua visuale o una sua scala di valori etici e morali. A tale proposito, vale quanto espresso in merito alla domanda portata dal soggetto: il terapeuta strategico non è neutrale, e si prende la responsabilità di influenzare il soggetto in merito a ogni aspetto, ivi compresi quello relativo alla definizione degli obiettivi della psicoterapia.

In tal senso, Watzlawick asseriva che non solo la conduzione, ma anche il fine della terapia, sono determinati dalla realtà di secondo ordine del terapeuta (Watzlawick, 1976a). E quindi la definizione di ciò che può essere o non essere un obiettivo di una psicoterapia è una co-costruzione del soggetto in terapia e del terapeuta, che rimanda al loro rispettivo universo semantico. Ciò non significa che il terapeuta debba entrare con i suoi valori e i suoi scopi nella

## Introduzione alle tecniche di intervento

Le prassi delle psicoterapie strategiche hanno preso forma attraverso la costruzione di un vasto repertorio di tecniche strategiche, che in linea generale consistono nel prescrivere al soggetto una qualche forma di azione o altro processo psicologico. Va subito precisato che le prescrizioni sono leve per produrre cambiamento in un sistema complesso nel modo più concreto possibile, e si focalizzano quindi sugli aspetti più accessibili del problema: per tale ragione sono spesso centrate sul «sintomo», in quanto esso rappresenta l'aspetto più immediatamente accessibile (la porta di ingresso) per entrare nel sistema psicologico e generare il cambiamento. In tal senso, si ribadisce, ancora una volta, che il cambiamento del «sintomo» rappresenta il mezzo, e non il fine della terapia.

In questo capitolo analizzeremo, una a una, le tecniche più importanti e quelle più utilizzate, senza aver la pretesa di descriverle tutte, anche per il fatto che il numero di tecniche strategiche potenzialmente costruibili è pressoché infinito.

Le tecniche sono state suddivise in base al «principio attivo» prevalente, ovvero al processo psicologico prevalente che generano per indurre il cambiamento: va precisato che molte tecniche possono basarsi su più principi attivi e dunque potrebbero rientrare in più categorie, ma si è scelto di classificarle in base al principio attivo prevalente.

Prima di illustrare la classificazione, è doveroso sottolineare il fatto che si è evitato intenzionalmente di classificare le tecniche in funzione del tipo

di problema, in quanto questo genere di classificazioni contiene una forma di riduzionismo che può risultare fuorviante: infatti, ogni classificazione di tecniche in funzione del problema implica l'assunzione infondata secondo cui per ogni problema esiste una soluzione migliore, ignorando il fatto che l'efficacia di ogni tecnica dipende, in realtà, dalle caratteristiche della persona, ma anche dal momento peculiare in cui questa si trova, dalle caratteristiche del terapeuta e del particolare momento in cui egli si trova, dalle caratteristiche della loro relazione, oltre che del contesto e dai significati esperiti dal soggetto (Leonardi, 2021). In altri termini, la capacità del terapeuta di risolvere un problema non dipende semplicemente dalla tecnica che utilizza per quel dato problema, in quanto l'efficacia di ogni tecnica è inesorabilmente legata a un insieme di fattori variegati che possiamo far rientrare nell'ampio concetto di relazione psicoterapeutica: in tal senso, come già più volte puntualizzato, non sono le tecniche a rendere efficace la relazione psicoterapeutica, ma è la relazione psicoterapeutica a rendere efficace le tecniche usate in psicoterapia.

Ritornando alla suddivisione delle tecniche, sulla base di quanto detto, abbiamo identificato le seguenti otto categorie:

1. Tecniche di aumento dell'intensità del disfunzionamento
2. Tecniche di modifica delle qualità formali del disfunzionamento
3. Tecniche di contrasto del disfunzionamento
4. Tecniche di rilevamento sistematico del disfunzionamento
5. Tecniche di spostamento dell'attenzione dal disfunzionamento
6. Tecniche focalizzate sulle risorse e sulle soluzioni
7. Tecniche di modifica dei significati
8. Tecniche di modifica del sistema di relazioni.

Ogni tecnica è stata illustrata seguendo un preciso schema e riportando per ognuna tutti i dettagli fondamentali, indipendentemente dal fatto che fossero già stati esposti nelle tecniche precedenti, in modo da consentire un utilizzo manualistico di questo volume, che permetta di saltare a proprio piacimento da una tecnica all'altra, senza doverle leggere tutte in sequenza. Tale scelta ha inevitabilmente generato una significativa ridondanza nell'esposizione delle diverse tecniche, sia in termini di citazioni che di costruzioni semantiche, la quale va considerata come un'inevitabile conseguenza della sovrapposizione esistente tra le tecniche illustrate.

Nella fattispecie lo schema adottato è il seguente:

- breve introduzione (target e ratio della tecnica)
- obiettivi
- modalità applicative

- effetti e contromisure
- ristrutturazione semantica
- caso clinico esemplificativo.

La prima parte consta in una breve *introduzione* in cui sono delineate le problematiche verso cui quella specifica tecnica risulta tendenzialmente più appropriata (facendo riferimento alla nosografia psichiatrica, laddove possibile, non tanto per un realismo ingenuo, ma per una mera aderenza a una convenzione linguistica in essere negli ambiti clinici), le tentate soluzioni che mantengono e alimentano il problema, i presupposti teorici, nonché la ratio clinica alla base della tecnica. Si è data particolare attenzione alle principali citazioni rinvenibili per ogni tecnica, al fine di fornire un riferimento bibliografico di confronto con quanto illustrato, fermo restando che tali citazioni non hanno la pretesa di essere esaustive né di attribuire la paternità a ogni tecnica.

Nella parte dedicata agli *Obiettivi* sono illustrati in modo sintetico, sia in termini generali che in termini operativi, gli specifici obiettivi di ogni tecnica.

Nella parte dedicata alle *Modalità applicative* sono illustrate le possibili modalità attraverso cui la tecnica può essere applicata nella seduta iniziale, con particolare attenzione alle modalità comunicative più appropriate da adottare.

Nella parte degli *Effetti e contromisure* sono elencati i possibili effetti determinati dall'applicazione della tecnica e le conseguenti contromosse che il terapeuta può intraprendere nelle sedute successive, e vengono prese in considerazione la gestione della tecnica nel tempo e le possibili evoluzioni.

Nella parte della *Ristrutturazione semantica* sono illustrate le principali modalità comunicative finalizzate alla configurazione degli effetti terapeutici e del cambiamento.

Infine, per ogni tecnica, è stato riportato una breve sintesi di un *Caso clinico* che ne illustra la concreta applicazione in una situazione reale.

È doveroso precisare, con estrema chiarezza, che tutte le tecniche descritte sono il risultato dell'esperienza clinica, del lavoro, dell'inventiva di tanti terapeuti strategici, a partire dai fondatori del MRI, passando per il Brief Family Therapy Center di de Shazer, fino al CTS di Nardone, per arrivare a tutti coloro che oggi fanno psicoterapie strategiche in tutto il mondo. In termini concreti, ciò significa che la maggior parte di queste tecniche sono state inventate ed elaborate da altri studiosi, mentre alcune sono il risultato diretto dell'esperienza degli scriventi autori: l'obiettivo di questo lavoro è sistematizzarle e darne un quadro il più possibile esaustivo. Le citazioni dei precedenti lavori in cui queste tecniche sono state descritte per intero, o limitatamente ad alcuni processi, hanno nella maggior parte dei casi solo un valore

documentativo, e non hanno la pretesa di ricostruire la loro genesi storica, né tantomeno attribuirne la paternità a qualcuno, dato che la maggior parte delle tecniche descritte sono il risultato di esperienze condivise tra addetti ai lavori, le cui origini si perdono nella storia delle psicoterapie strategicamente orientate, quale risultato di decine di migliaia di terapie, fatte da migliaia di terapeuti diversi.

Ribadiamo, a scanso di equivoci, che il fondamento scientifico di tali tecniche non è nei dati empirici che documentano gli effetti clinici della loro effettiva applicazione, ma in una serie di casi clinici riportati in letteratura, oltre che nelle assunzioni teoriche e metodologiche da cui sono state derivate le stesse tecniche, assunzioni che abbiamo illustrato precedentemente, con dovizia di citazioni, in linea con la prassi scientifica.

Si auspica che questo lavoro di sistematizzazione possa rappresentare un contributo affinché si arrivi a produrre un *corpus* di dati empirici, che finalmente documenti, per ogni tecnica, in modo inoppugnabile, la sua straordinaria efficacia.

## TECNICHE DI INTERVENTO

### TECNICHE DI AUMENTO DELL'INTENSITÀ DEL DISFUNZIONAMENTO

Tecniche focalizzate sulla richiesta di aumentare intenzionalmente l'intensità del disfunzionamento, o di un suo peculiare aspetto, per generare la riduzione e possibilmente l'eliminazione dello stesso disfunzionamento. Si basano in modo prevalente sulla logica paradossale in quanto richiedono di aumentare deliberatamente ciò che si vorrebbe eliminare, cioè il disfunzionamento.

- Tecnica del «Povero me»
- Tecnica della ricerca del vuoto assoluto
- Tecnica della reiterazione scritta del trauma
- Tecnica della peggior fantasia
- Tecnica dell'addensamento delle sensazioni organiche
- Tecnica dell'autocritica feroce
- Tecnica delle esplosioni di rabbia
- Tecnica del malessere basato sulle azioni
- Tecnica dell'illusione di alternativa per le compulsioni
- Tecnica dell'illusione di alternativa per il cibo
- Tecnica dell'abbuffata perfetta

- Tecnica del delirio a oltranza
- Tecnica delle lettere apologetiche
- Tecnica del divieto
- Tecnica dell'assenza di piacere

### TECNICHE DI MODIFICA DELLE QUALITÀ FORMALI DEL DISFUNZIONAMENTO

Tecniche focalizzate sulla richiesta di apportare alcune modificazioni qualitative del disfunzionamento che possono consistere nel cambiarne la forma, le tempistiche, le caratteristiche, le modalità e altri aspetti. Si basano sulla logica di mettere in atto il disfunzionamento in modo diverso da come si verifica spontaneamente al fine di introdurre piccole incongruenze che lo «sabotino».

- Tecnica del rituale per ossessioni e compulsioni
- Tecnica della scrittura del dubbio ossessivo
- Tecnica della ruminazione scritta
- Tecnica del piccolo cambiamento del rituale
- Tecnica della pianificazione dei comportamenti compulsivi
- Tecnica della pianificazione dell'abuso di sostanze
- Tecnica del check-up delle sensazioni organiche
- Tecnica della manipolazione delle sensazioni organiche
- Tecnica del check-up estetico
- Tecnica del trittico per dormire
- Tecnica dell'intervallo del vomito
- Tecnica della busta dell'abbuffata
- Tecnica dell'interferenza dei processi auto-percettivi
- Tecnica della comunicazione rituale
- Tecnica dello *switching* del piacere

### TECNICHE DI CONTRASTO DEL DISFUNZIONAMENTO

Tecniche focalizzate sulla richiesta di agire in contrasto a un aspetto specifico del disfunzionamento o a una sua conseguenza, seguendo una logica strategica nella

sceita degli obiettivi, delle modalità e delle dinamiche attraverso cui ci si oppone, per generare la riduzione e possibilmente l'eliminazione dello stesso disfunzionamento. Si basano in modo prevalente sulla logica di contrastare il disfunzionamento secondo modalità strategiche.

- Tecnica del blocco della comunicazione
- Tecnica dei controevitamenti
- Tecnica delle improprietà situazionali
- Tecnica dei piccoli errori
- Tecnica della limitazione temporale degli sforzi
- Tecnica del piccolo disordine
- Tecnica della dieta paradossale
- Tecnica della piccola trasgressione alimentare
- Tecnica del «sabotaggio» delle abbuffate
- Tecnica del disvelamento
- Tecnica «dell'autosabotaggio» dell'accondiscendenza
- Tecnica degli step nel rapporto sessuale

### **TECNICHE DI RILEVAMENTO SISTEMATICO DEL DISFUNZIONAMENTO**

Tecniche focalizzate sulla richiesta di rilevare sistematicamente il disfunzionamento, chiedendo al soggetto di osservare, scrivere, registrare tutte le manifestazioni del disfunzionamento, per avere una visione chiara dello stesso ma anche per generare la sua riduzione e possibilmente la sua eliminazione. Si basano in modo prevalente sulla logica di indurre una rilevazione sistematica per modificare i processi osservativi del soggetto e generare una perturbazione minima del sistema, che può essere sufficiente a ridurre o eliminare il disfunzionamento.

- Tecnica del cronista
- Tecnica dei video-clip
- Tecnica del peso del problema
- Tecnica dell'osservare senza intervenire
- Tecnica della misurazione dei limiti
- Tecnica del diario alimentare
- Tecnica della ricerca dei segnali di rifiuto

## TECNICHE DI SPOSTAMENTO DELL'ATTENZIONE DAL DISFUNZIONAMENTO

Tecniche basate sulla richiesta di focalizzare l'attenzione su aspetti secondari del disfunzionamento, o in alternativa su aspetti del tutto estranei, al fine di ridurre l'intensità del disfunzionamento oppure ottenere una sua completa remissione. Si basano in modo prevalente sulla logica di spostare l'attenzione dal disfunzionamento principale e defocalizzare il soggetto dal problema.

- Tecnica della defocalizzazione dal problema
- Tecnica dell'album mentale dei ricordi
- Tecnica dell'antropologo
- Tecnica della focalizzazione sul partner
- Tecnica delle repliche
- Tecnica del cambiamento irrilevante

## TECNICHE FOCALIZZATE SULLE RISORSE E SULLE SOLUZIONI

Tecniche focalizzate sulle risorse del soggetto e sull'identificazione delle possibili soluzioni, per indurre lo sviluppo di risorse e capacità che conducono al superamento del disfunzionamento. Si basano in modo prevalente sulla logica di orientare e spingere il soggetto verso la soluzione.

- Tecnica del «come se»
- Tecnica del «come peggiorare»
- Tecnica dell'attualizzazione del futuro
- Tecnica della scala
- Tecnica delle eccezioni al problema
- Tecnica dei desideri reciproci
- Tecnica della pianificazione strategica

## TECNICHE DI MODIFICA DEI SIGNIFICATI

Tecniche focalizzate sulla modificazione dei significati che la persona attribuisce al problema, al trattamento, ai miglioramenti, ai peggioramenti, a se stessa, agli altri, alla situazione nel suo complesso e alla realtà circostante, al fine di generare

la riduzione o l'eliminazione del disfunzionamento. Si basano in modo prevalente sulla logica di cambiare i significati per cambiare le realtà psicologiche alla base del disfunzionamento.

- Tecnica della paura più grande
- Tecnica del riconfigurare la risposta
- Tecnica del riconfigurare la ricaduta
- Tecnica della rilettura positiva del problema
- Tecnica dell'andare piano
- Tecnica della valutazione di fattibilità

### **TECNICHE DI MODIFICA DEL SISTEMA DI RELAZIONI**

Tecniche focalizzate sulla modificazione del sistema di relazioni in cui si trova inserito il soggetto in terapia, per generare la riduzione o l'eliminazione del disfunzionamento. Si basano in modo prevalente sulla logica secondo cui il funzionamento psicologico di ogni individuo è strettamente interconnesso a quello di «altri significativi», e dunque modificando un qualsiasi membro di tale sistema relazionale, si modifica anche il soggetto con il disfunzionamento.

- Tecnica dei litigi ritualizzati
- Tecnica della corrispondenza segreta
- Tecnica della posizione «one-down»
- Tecnica della rilettura positiva dell'oppressione
- Tecnica della disattenzione
- Tecnica del «sabotaggio» benevolo
- Tecnica del disinnescio paradossale delle abbuffate
- Tecnica della resa incondizionata
- Tecnica della richiesta di aiuto
- Tecnica del blocco della relazione
- Tecnica della co-costruzione del sistema normativo familiare
- Tecnica dell'epistolario

e opposizione in quanto collimano con le attese del soggetto portatore del problema.

### Tecnica del cronista

Tale tecnica è utile e applicabile a una vastissima gamma di problematiche, se non addirittura a tutte. Sebbene conosciuta con nomi differenti, sia in ambito strategico che in altri approcci terapeutici, si è scelto di denominarla come «*Tecnica del cronista*», in quanto tale analogia si presta a veicolare in modo efficace e incisivo l'assetto mentale con cui deve essere applicata dal soggetto. Essa consiste appunto nel rilevare sistematicamente, con il distacco e la precisione di un cronista, tutte le manifestazioni del disfunzionamento. Può essere focalizzata ad esempio sui «sintomi» ansiosi, oppure su quelli dello spettro depressivo, o su quelli ossessivi e compulsivi, e in genere su ogni forma di disfunzionamento. In realtà può anche essere centrata sul rilevare aspetti che non rappresentano problematiche o disfunzionamenti, quali vissuti, eventi o dinamiche relazionali che possono avere una rilevanza per l'egodistonia portata dal soggetto in terapia. Si possono introdurre molte varianti nelle modalità di rilevazione, tra cui anche domande-guida, oppure specifiche griglie di rilevazione, o sveglie intervallate per fare rilevazioni a campione, e tante altre. Al di là delle innumerevoli varianti, l'aspetto nucleare della tecnica consiste nel chiedere la rilevazione in diretta dei fenomeni osservati, come fa appunto un cronista, e non la loro ricostruzione in differita diverse ore dopo.

La presente tecnica, rinvenibile in diversi approcci psicoterapeutici secondo differenti varianti, è stata descritta da Nardone e Watzlawick (1990, p. 107) in ambito strategico, ed è conosciuta anche con il nome di «Diario di bordo», «Diario di rilevazione» o «Tecnica del taccuino». Sebbene in linea di principio sia finalizzata a ottenere informazioni su come il soggetto percepisce le manifestazioni del problema, le variabili di contesto, le posizioni relazionali degli altri significativi e ogni altra variabile potenzialmente utile, sul piano pragmatico la *Tecnica del cronista* può svolgere un'importante azione trasformativa, cioè un'azione di cambiamento del soggetto e del problema. Tale azione consiste nel modificare la percezione che il soggetto ha del problema, e in definitiva la sostanza stessa del problema: essenzialmente si fonda sul noto principio costruttivista tale per cui i problemi psicologici sono realtà costruite

attraverso i processi osservativi e di significazione dello stesso soggetto (Watzlawick, 1976a, 1981, 1987). Va da sé che le operazioni osservative implicate nella presente tecnica vadano a modificare i processi osservativi del soggetto, e quindi la percezione che il soggetto ha del suo problema e in definitiva il problema stesso. In termini concreti, la tecnica può modificare l'entità del problema, in termini di intensità, frequenza e impatto sul soggetto, ma agisce anche nel senso di favorire un distanziamento del soggetto dal problema, per il fatto di sistematizzare i processi auto-osservativi inducendo il soggetto stesso a viverlo «da fuori» e a essere meno identificato con il problema. Tale distanziamento a volte rappresenta un pre-requisito indispensabile per poter applicare altre tecniche, e dunque la *Tecnica del cronista* non di rado può costituire una tecnica di preparazione in vista dell'utilizzo di altre tecniche.

L'efficacia di tale tecnica è inoltre in parte rinvenibile anche negli altri fattori identificati nel paragrafo introduttivo a questa categoria di tecniche, tra i quali va sottolineato il principio di bloccare le eventuali tentate soluzioni che il soggetto attiva quando si manifesta il problema (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974; Fisch, Weakland, & Segal, 1982), dato che la fattualità delle operazioni osservative interferisce con le altre risposte che rappresentano le tentate soluzioni fallimentari (Fisch, Weakland, & Segal, 1982, p. 127 tr. it.). Infine, va evidenziato come tale tecnica possa anche rimandare al principio terapeutico dell'ordalia (Haley, 1984), dato che le procedure osservative possono essere rese particolarmente laboriose e complesse, al punto da divenire talmente faticose da generare un effetto inibente verso la manifestazione del disfunzionamento.

## Obiettivi

L'obiettivo generale della tecnica è in prima battuta quello di ottenere informazioni sul problema, in tutti i suoi variegati aspetti, mentre, in seconda battuta, è indurre una modificazione del disfunzionamento riducendo la sua portata o la sua disfunzionalità, oppure rendendolo più trattabile attraverso la psicoterapia.

In termini operativi, il primo obiettivo è indurre il soggetto ad attivare una sistematica osservazione del suo problema e del modo in cui questo impatta su di sé, sul contesto e sugli altri: ciò viene realizzato costruendo una procedura di osservazione che si declina in precise istruzioni.

Un secondo obiettivo operativo è introdurre focus attentivi particolari, modalità di osservazione e rilevazione insolite che vadano a spostare il punto di vista del soggetto in una direzione ben precisa, pianificata dal terapeuta.

Un terzo obiettivo operativo è bloccare le tentate soluzioni fallimentari, ottenibile attraverso procedure osservative che vadano a interferire proprio con la messa in atto delle risposte spontanee del soggetto.

Un possibile quarto obiettivo è generare effetti ordalici rispetto al disfunzionamento, attraverso la pianificazione di procedure osservative particolarmente faticose e stancanti.

### **Modalità applicative**

Tale tecnica, pur essendo di facile comprensione e congruente alla logica del senso comune, può presentare qualche difficoltà applicativa legata, ad esempio, all'azione concreta di annotare i disfunzionamenti in un certo modo nel momento in cui si manifestano, oppure al fatto di doverlo fare per un certo numero di giorni. Per tali ragioni è necessario generare nel soggetto un adeguato assetto mentale, al fine di ottenere una buona esecuzione della tecnica. A tal fine le modalità comunicative rivestono un'importanza strategica, nel senso che devono essere suggestive e utilizzare una costruzione semantica adeguata. Pur essendo possibile utilizzare tante diverse costruzioni semantiche per comunicare la prescrizione, riteniamo che l'utilizzo dell'analogia con il cronista si riveli molto efficace. Ovviamente, l'analogia con il cronista va modellata in base al tipo di soggetto su cui è applicata la tecnica, per cui si può far riferimento al cronista di un evento sportivo, oppure al cronista di guerra, oppure al cronista televisivo, o a un cronista scientifico, ecc. Si possono affiancare anche altre analogie, come ad esempio quella dell'*holter* cardiaco, usato per monitorare lungo l'intera giornata l'andamento dei parametri cardiaci.

Al di là delle modalità comunicative, e delle relative costruzioni semantiche, in concreto si chiede al soggetto di rilevare con la massima precisione possibile ogni singola manifestazione del problema, in tutti i suoi variegati aspetti, nel momento in cui si verifica, per l'intero arco temporale della giornata, mantenendo una sorta di «partecipato distacco» che assicura un ottimale assetto osservativo. I focus attentivi indotti e le informazioni richieste possono essere differenti, in funzione degli obiettivi perseguiti con quel dato soggetto in quella specifica situazione (impatto su se stesso, sugli altri, variabili di contesto, ecc.). Se, ad esempio, si vuole defocalizzare l'attenzione del soggetto,

si può chiedere di rilevare elementi estranei al problema, oppure, se si vuole introdurre nel soggetto la consapevolezza del ruolo altrui nella dinamica del disfunzionamento, si possono inserire richieste osservative centrate sui presenti. Se si vuole inserire anche un effetto ordalico, si dovranno chiedere una miriade di dettagli, abbastanza faticosi.

Per particolari esigenze, si possono anche prescrivere rilevazioni a campione, dilazionate nel tempo a intervalli fissi o a giornate.

Va sottolineata, più volte, con enfasi, l'importanza di rilevare i disfunzionamenti in diretta, «step-by-step», senza tralasciare nulla, proprio come un attento cronista, in quanto ogni dettaglio può fornire informazioni importanti per il trattamento. Tale lettura può essere rafforzata facendo leva sul senso di confusione che spesso riportano i soggetti come principale vissuto rispetto alle loro problematiche.

Può essere utile valorizzare questa operazione osservativa dichiarando che la precisione della rilevazione è decisiva per il buon esito della terapia.

### **Effetti e contromisure**

Sebbene sia una tecnica abbastanza semplice, in alcuni casi i soggetti ritornano in seconda seduta senza aver eseguito alcuna annotazione. Se ciò è dovuto all'assenza del problema, che non si è mai manifestato durante il periodo di auto-osservazione, probabilmente si può trattare di una prima forma di sblocco. Questa situazione è l'esito atteso quando la rilevazione del problema era stata strutturata come un'ordalia, quindi con l'intenzione di produrre un'inibizione delle manifestazioni problematiche; può comunque verificarsi anche quando non vi era nel terapeuta l'intenzione di produrre un effetto ordalico. In ogni caso, la scomparsa del problema permette di introdurre altre tecniche, come quelle di prescrizione del disfunzionamento, per consolidare questo effetto. Se il problema si è invece manifestato, ma il soggetto non lo ha rilevato, significa che la comunicazione della tecnica non è stata efficace. Si può rinnovare la prescrizione per un ulteriore periodo, ma certamente introducendo dei cambiamenti nelle forme comunicative al fine di ottenere una migliore aderenza del soggetto. Tale approccio va considerato anche laddove i soggetti rilevino in modo parziale e scostante il problema, evidenziando un impegno piuttosto scarso.

Laddove i soggetti riescano ad applicare la tecnica, rilevando una quota cospicua delle manifestazioni problematiche, è importante indagare l'effetto dell'aver svolto la rilevazione con una serie di domande, possibilmente chiuse,

con alternative di risposta, che servono a polarizzare il processo osservativo, come si riporta nei seguenti esempi.

Rispetto a quanto si aspettava, ci sono state maggiori o minori manifestazioni del problema?

Dopo la rilevazione si è sentito meglio o peggio di prima?

I «sintomi» sono stati più o meno violenti di prima?

Molto spesso la rilevazione modifica l'idea che i soggetti avevano del loro problema, riducendo la sensazione di gravità o circoscrivendo l'entità del problema; più raramente accade che la percezione del problema possa aggravare l'idea che il soggetto ha del suo problema. In ogni caso, ogni modificazione delle idee che il soggetto ha rispetto al problema va vista come funzionale al lavoro terapeutico, in quanto introduce il principio che la situazione è ben diversa da come appare. Se il soggetto riporta che l'intensità e la frequenza del problema è diminuita durante i giorni della rilevazione, certamente è utile mantenere la *Tecnica del cronista* anche nelle sedute successive, sfruttando l'effetto terapeutico prodotto dal semplice atto di rilevare: tale esito, tra l'altro, sarà incrementato dall'effetto ordalico che si genera attraverso il prolungamento della rilevazione, dato che l'atto di rilevare nel lungo periodo si rivela sempre faticoso.

In linea generale, gli effetti rilevati permettono di introdurre altre tecniche, in modo più mirato.

La *Tecnica del cronista* può essere chiusa non appena si introducono altre tecniche, oppure può essere proseguita insieme alle nuove tecniche introdotte. Ad esempio, quando si introducono le *Tecniche di aumento dell'intensità del disfunzionamento* (*Tecnica del «Povero me»*, *Tecnica della peggiore fantasia*, ecc.), la *Tecnica del cronista* può essere associata facilmente, finalizzandola a raccogliere proprio quegli elementi che vanno utilizzati nelle *Tecniche di aumento dell'intensità del disfunzionamento*.

Se la prescrizione viene mantenuta anche nelle sedute successive, si possono aggiungere ulteriori indicazioni, a seconda degli obiettivi che si perseguono, o di altri parametri che non si erano inseriti in prima battuta. Ovviamente questo può essere fatto solo con soggetti che sono riusciti a realizzare la tecnica nella prima fase, mentre non ha senso con coloro che l'hanno realizzata in maniera parziale o incompleta.

Quando si rileva lo sblocco, in linea di massima tale tecnica si sospende, anche se vi è la possibilità di lasciarla al bisogno, oppure di riprenderla in una fase successiva della terapia, qualora emergano nuovi aspetti «sintomatologici».

## Ristrutturazione semantica

In questa fase vanno riprese le eventuali attribuzioni semantiche evocate durante l'applicazione della tecnica (metafora del cronista, oppure dell'*holter* cardiaco, o altre) e vanno utilizzate per connotare gli effetti rilevati, i quali vanno ri-significati in maniera funzionale agli obiettivi terapeutici. Come si è accennato sopra, è utile evidenziare qualsiasi discrepanza tra le attese del soggetto e quanto si è rilevato, perché questo permette di introdurre l'idea di fondo che il problema è diverso da come appare. L'invalidazione delle aspettative rappresenta un elemento funzionale a introdurre cambiamenti terapeutici, nonché a indurre il soggetto ad agire in modo diverso dal consueto.

Le ristrutturazioni semantiche più complesse e meno ovvie si hanno nei casi in cui si sia rilevato uno scarso o nullo impegno del soggetto: questo quadro va configurato con attenzione, facendo attenzione a non essere risucchiati in una logica del senso comune. Si può essere tentati dal redarguire il soggetto, dandogli un feedback negativo, dicendogli, ad esempio, che se non si impegna la terapia va interrotta. Tuttavia, questa linea è poco produttiva, e anche poco strategica: è preferibile trovare attribuzioni semantiche, se possibile associate a feedback positivi, che generino una certa dissonanza cognitiva nel soggetto e spiazino le sue attese di essere redarguito «per non aver fatto il compito». In altri termini, lungi dal dare feedback negativi, è importante riuscire a ricavare significati tali per cui il soggetto si senta in dissonanza con il suo agito, senza però utilizzare i classici feedback negativi che, come teorizzato chiaramente da Festinger (1957), riducono la dissonanza invece che aumentarla. Ad esempio, si potrebbe dire al soggetto che il non essere riuscito a rilevare il problema non va visto come una mancanza o una colpa del soggetto, bensì come una oggettiva mancanza della motivazione a farlo, motivazione che è direttamente proporzionale all'impatto del problema. Quindi una ridotta motivazione significa una scarsa importanza del problema, il che può voler dire che il soggetto ha sopravvalutato l'impatto del problema decidendo di voler fare una terapia. Si può introdurre la domanda sottilmente provocatoria:

Forse non era così grave da doverlo portare in terapia? Forse se lo sapeva avrebbe potuto evitare anche le due sedute già fatte?

In questo modo il problema potrebbe riconfigurarsi e divenire un'eccessiva sopravvalutazione di certe preoccupazioni, oppure il soggetto potrebbe rifiutare questa minimizzazione del problema e attivarsi nell'applicazione della tecnica. Questo è ovviamente solo un esempio della direzione che si dovrebbe seguire per gestire le situazioni in cui il soggetto non ha attuato la prescrizione.

Nel caso in cui la scomparsa del problema sia dovuta a un chiaro effetto ordalico, introdotto intenzionalmente mediante la prescrizione, questo va rilevato e spiegato, come ogni altro effetto terapeutico, dando al soggetto le categorie semantiche per poterlo padroneggiare. In queste situazioni si possono utilizzare metafore ad hoc, dicendo che, laddove si vincoli ogni manifestazione del problema a una fatica, le si aggancia un fardello schiacciante che la blocca.

## CASO CLINICO

Una giovane donna di venticinque anni, studentessa universitaria di Psicologia, riporta numerosi attacchi di panico da quando ha iniziato l'università. Abita con altre ragazze e ha diverse difficoltà, sia nella convivenza che nella gestione dei suoi stati ansiosi. Nel corso della prima seduta, la giovane donna riporta una vasta serie di «sintomi» ansiosi, con moltissimi dettagli, a tratti confusi, se non addirittura contraddittori. Dopo una prima analisi, si decide di chiederle di annotare su un taccuino tutti i suoi «sintomi» e le situazioni nella quale si trova ogni volta che il panico arriva. In seconda seduta, la giovane donna riporta una riduzione notevole degli attacchi, con solo 5 annotazioni: si mostra stupita di questo risultato e non sa come spiegare questo cambiamento che si è prodotto senza un'apparente ragione. La tecnica viene confermata, e viene associata alla *Tecnica della peggiore fantasia*, da effettuarsi solo nel momento di ansia. In terza seduta la giovane donna riporta solo 1 episodio, legato tra l'altro a una situazione di oggettivo pericolo. Si introducono ristrutturazioni volte a modificare il suo modo di «misurare» l'ansia e il malessere, nonché a «utilizzare» la *Tecnica del cronista* dentro la peggiore fantasia. La terapia si chiude alla quinta seduta, con una remissione totale del disfunzionamento e una ristrutturazione del sistema psicologico.

Tecnica dei *video-clip*

Questa tecnica di rilevamento del disfunzionamento è una variante della precedente, applicabile con quasi tutti i problemi, ma si rivela più utile per rilevare problematiche di una certa complessità (come ad esempio quadri compulsivi caratterizzati da sequenze di comportamento articolate), oppure

quali tipi di lavoro abbia pensato di intraprendere una volta interrotti gli studi, e anche rispetto a questa domanda si dimostra molto indeciso, riferendo più soluzioni anche molto lontane fra loro. A questo punto, si applica la *Tecnica dell'attualizzazione del futuro*, chiedendogli di immaginarsi come gli piacerebbe essere tra 5 anni, senza considerare la situazione di difficoltà in cui si trova. Il ragazzo immagina diversi lavori, ma tutti di alto profilo, nei quali è investito di responsabilità, con rilevanti ritorni in termini di identità lavorativa. Una volta individuato il traguardo, gli si chiede di pensare a ritroso tutti gli step che deve realizzare per raggiungere quelle posizioni lavorative: il ragazzo si rende chiaramente conto che ognuno di quei lavori immaginati necessita di una formazione basata su una laurea. Con questo risultato si concentra l'attenzione nell'individuare tutti i sotto-obiettivi necessari per raggiungere il traguardo, fino a identificare il prossimo esame, che, in questa ottica, non è solo un esame, ma diviene un passo verso l'obiettivo di essere in un certo modo tra 5 anni. Nell'arco di qualche seduta il ragazzo riferisce di sentirsi più sicuro di sé e più padrone della sua vita: le crisi di rabbia e sconforto sono del tutto rientrate e sente che sta preparando con profitto il prossimo esame. L'intervento procede seguendo il ragazzo fino al superamento dell'esame pianificato e alla programmazione di quello successivo, chiudendosi all'ottava seduta.

### Tecnica della scala

Questa tecnica si utilizza per valutare in termini sintetici i miglioramenti esperiti dal soggetto durante la psicoterapia, e indurre un costante incremento di tali miglioramenti attraverso una strategia di piccoli passi quotidiani. È dunque una tecnica applicabile in ogni situazione problematica per la quale si sia iniziato un percorso, soprattutto al fine di contrastare due bias osservativi che si incontrano con una certa frequenza.

Il primo consiste nel dimenticare il punto da cui si è partiti, non mantenendo la consapevolezza di quanto avvenuto e dunque dei miglioramenti realizzati: in altri termini, i soggetti si abituano velocemente alle nuove modalità di funzionamento acquisite con la terapia, e tendono a non ricordare come effettivamente funzionavano prima, minimizzando l'entità del progresso fatto. Un secondo bias, molto diffuso, consiste nell'immaginare una piena salute psicologica in termini idealistici, e non realistici, trasformando dunque il fine terapia in un'utopia, mai raggiungibile.

Tale tecnica, sviluppata nell'ambito delle Terapie Brevi Focalizzate sulla Soluzione (*Solution Focused Brief Therapy*), descritta da Berg e de Shazer (1993), si fonda sul principio di indurre piccoli passi per arrivare all'obiettivo finale, ovvero piccoli cambiamenti per arrivare a cambiamenti più grandi (Haley 1973, p. 291 tr. it.; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974, pp. 134-136 tr. it.; Weakland, Fisch, Watzlawick, & Bodin, 1974, p. 150; Haley, 1982, p. 23 tr. it.). Nella fattispecie, ciò avviene attraverso la richiesta di valutare da 0 a 10 i progressi fatti (dove «0» è il punto di partenza e «10» il punto finale della terapia), focalizzando al contempo il soggetto sul punto successivo da raggiungere nel percorso di avvicinamento all'obiettivo: ovviamente ciò che è rilevante ai fini della terapia strategica è la valutazione personale del soggetto, fermo restando che può non essere realistica e differire da quella del terapeuta. Al contempo, anche in questa tecnica sono rinvenibili sia il principio della defocalizzazione dal problema (Rosen, 1982; Nardone, 1993; Watzlawick, 1997), che si genera per il fatto di focalizzare il soggetto sui progressi realizzati verso la soluzione, sia il principio delle profezie che si auto-determinano (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967; Watzlawick, 1981, 1987), in quanto immaginare il punto finale, cioè il 10, esplica tale effetto profetico. Infine va puntualizzato come tale tecnica svolga un'importante azione sul piano dei significati, in quanto induce nel soggetto una visione chiara e definita del percorso che sta facendo, veicolando una visione dinamica ed evolutiva dello stesso, che è insita nell'immagine della scala da salire: questa configurazione semantica rappresenta uno scenario suggestivo in grado di aumentare l'aderenza al percorso terapeutico.

La presente tecnica viene tipicamente usata nelle fasi più avanzate del percorso, quando si sono realizzati già i primi cambiamenti significativi: può rivelarsi particolarmente utile qualora vi siano dei cambiamenti di prospettiva che ridisegnano l'orizzonte di vita del soggetto o dei momenti di stasi del percorso.

Tale tecnica può essere utilizzata anche per stabilire il momento più appropriato per chiudere la psicoterapia, dato che una valutazione «10» implica il vissuto di essere arrivato alla fine e dunque la necessità di chiudere il percorso. A volte, anche una valutazione minore può far emergere la volontà del soggetto di fermarsi, rimandando a un momento successivo la salita di quei gradini che mancano al 10.

La *Tecnica della scala*, pur rientrando a pieno titolo tra le *Tecniche focalizzate sulle risorse e sulle soluzioni*, può essere utilizzata come una delle *Tecniche di modifica dei significati*, laddove sia necessaria una modificazione delle aspettative idealistiche del soggetto inerenti agli standard di funzionamento psicologico da raggiungere (ad esempio qualora il soggetto immagini che l'obiettivo sia

raggiungere il completo benessere psicologico, senza alcuna forma di fisiologico e salutare malessere).

## Obiettivi

L'obiettivo, in termini generali, consiste nell'indurre il soggetto a sviluppare una piena consapevolezza del percorso che ha intrapreso, focalizzando i progressi fatti e quelli che rimangono ancora da fare.

In termini operativi, l'obiettivo è indurre il soggetto a collocarsi entro un'immaginaria scala da 0 a 10, dove «0» rappresenta il punto iniziale del percorso e «10» quello finale.

Un secondo obiettivo è pianificare, in modo operativo, i passi successivi da compiere per avvicinarsi alla meta finale, chiedendo in modo dettagliato tutti i passi per salire ogni gradino della scala, fino al 10.

Un terzo obiettivo operativo consiste nel trasformare mete utopiche della psicoterapia in mete realistiche, attraverso la declinazione del 10 in obiettivi concreti e raggiungibili.

## Modalità applicative

L'applicazione della tecnica è di per sé molto semplice, in quanto consiste nel chiedere al soggetto di immaginare una scala da 0 a 10, dove «0» è il punto iniziale in cui si trovava all'inizio del percorso, mentre «10» è il punto finale: una volta fissata questa immagine, si chiede al soggetto dove senta di trovarsi, ovvero in quale punto della scala. È importante specificare che non si tratta di un voto in senso scolastico, per cui il 10 deve essere realistico e non corrispondere a una perfezione utopica. Ovviamente ciò che è rilevante ai fini della terapia strategica è la valutazione personale del soggetto, fermo restando che può non essere realistica e differire da quella del terapeuta.

Il target temporale di questa valutazione può variare in funzione degli obiettivi e può essere focalizzato sul giorno stesso, o sulla settimana presente, oppure sull'ultimo mese.

Dopo che il soggetto ha espresso attraverso un numero la sua posizione in questa ipotetica scala, si definiscono tutti i passi per arrivare al 10.

Vi sono diverse varianti, tra cui una molto usata è quella di definire i passi a ritroso, ovvero partendo dal 10 e scendendo al 9, e così via, fino ad arrivare al punto in cui il soggetto sente di trovarsi.

Sia che la scala venga utilizzata in avanti sia che venga utilizzata all'indietro, va chiesto al soggetto di specificare in modo concreto a cosa corrisponde ogni gradino in termini di comportamenti, pensieri, emozioni e risposte somatiche. È importante, comunque, tradurre questi indicatori in obiettivi concreti, in modo che divengano obiettivi della terapia. Ad esempio, se il soggetto identifica il 10 con un maggiore stato di serenità, si deve chiedere cosa cambierebbe nella sua vita se effettivamente si sentisse più sereno, e nello specifico cosa farebbe o non farebbe di differente se fosse più sereno.

Si può prescrivere di attuare la tecnica ogni giorno, in genere nel tardo pomeriggio, per tenere focalizzata l'attenzione del soggetto sugli obiettivi della terapia: in questo caso è possibile aggiungere la richiesta di immaginare cosa fare di concreto fino a quando non termina la giornata per alzare di un punto la propria valutazione.

Tra le tante varianti esistenti, una di queste prevede di configurare esplicitamente il 10 come il pieno stato di salute, inteso come la piena capacità di affrontare e gestire le proprie condizioni di benessere e malessere (Leonardi, 2015, 2018). La piena capacità di affrontare e gestire le proprie condizioni di benessere e malessere viene concepita come la capacità di avere quelle risposte comportamentali, cognitive, emotive e somatiche che il soggetto ritiene appropriate, e di non avere quelle che ritiene inappropriate (Leonardi, 2015, 2018). In questa variante lo 0 rappresenta la totale assenza di questa capacità, che corrisponde al vissuto di sentirsi «in balia degli eventi». Anche in questa variante, al soggetto viene chiesto di specificare i gradini che lo separano dal 10, e questo può essere fatto sia in avanti che all'indietro. Tale variante si presta molto bene per essere usata quotidianamente a casa, come forma di monitoraggio del proprio funzionamento psicologico: anche in questo caso, è possibile aggiungere la richiesta di immaginare cosa fare di concreto fino a quando non termina la giornata per alzare di un punto la propria valutazione.

### **Effetti e contromisure**

Qualunque sia la valutazione del soggetto, non va in alcun modo messa in discussione, che risulti sia eccessivamente ottimista sia, al contrario, troppo autosvalutativa.

In linea di massima, quasi sempre, le valutazioni dei soggetti emesse attraverso questa tecnica tendono a esprimere una tendenza autosvalutativa, ovvero a essere più negative di quanto il terapeuta possa pensare sulla base di ciò che ha osservato. In termini concreti, le persone tendono a sottovalutare i propri progressi rispetto a quanto hanno effettivamente fatto nel percorso psicoterapeutico. In queste situazioni, si devono evitare feedback negativi, chiedendo semplicemente di rappresentare i gradini, uno a uno, fino al 10, in avanti o all'indietro: qualora il soggetto sia stato effettivamente autosvalutativo, non riuscirà a connotare i gradini, e dinnanzi a questo impasse si risolverà spontaneamente a rettificare l'iniziale valutazione, aumentandola e rendendola più realistica.

Nel caso il soggetto sia stato eccessivamente ottimista e abbia sopravvalutato i progressi, è probabile che li rettifichi ugualmente quando deve connotare uno a uno i gradini.

In ogni caso, al di là che la risposta sia stata autosvalutativa o eccessivamente ottimista, è importante ipotizzare alcune giornate negative, in cui saranno fatti passi indietro, che saranno la necessaria premessa per fare maggiori passi avanti. Questa manovra si inserisce nella logica di anticipare possibili ricadute, come elemento necessario per gestire i fisiologici alti e bassi che si verificano in ogni percorso.

Qualora si sia usata la variante di immaginare e mettere in atto una piccola cosa concreta per salire di un gradino, è molto utile analizzare cosa il soggetto abbia immaginato e cosa abbia effettivamente fatto, perché tale variante rappresenta un potente strumento di cambiamento, sia nel suo aspetto ideativo che in quello applicativo.

La tecnica, una volta introdotta, si mantiene generalmente lungo tutto l'arco del percorso e si applica quasi sempre anche nell'ultima seduta per sancire il fine terapia.

### **Ristrutturazione semantica**

Le ristrutturazioni semantiche sono focalizzate sulle valutazioni che il soggetto fa di sé, nel senso che ricalcano i suoi giudizi: in buona parte sono state già descritte nel paragrafo precedente, ma è importante ribadire qui l'aspetto centrale della tecnica, cioè quello di non tentare di far cambiare giudizio al soggetto e non entrare in simmetria sulla valutazione data. Si possono tuttavia fare domande, con la finalità di complessificare il giudizio del soggetto, facendo attenzione che non siano espressamente tendenziose.

Va verificato sempre che il 10 sia concepito in modo realistico dal soggetto, e non rifletta una visione utopistica di sé, in quanto, nella nostra società, vi è una distorsione culturale tale per cui la valutazione massima è per definizione irraggiungibile e dunque viene a essere una forma di perfezione non compatibile con la realtà degli individui. Nel caso si riscontri una concezione utopica del 10, il soggetto va guidato verso la definizione di uno standard massimo raggiungibile.

In linea generale, attraverso le ristrutturazioni vanno messi in risalto i miglioramenti ottenuti, al fine di veicolare l'idea che il cambiamento è un processo ormai innescato e irreversibile.

Ogni volta che si utilizza la tecnica in seduta, è importante sapere quale era stata la valutazione nella seduta precedente, in modo da fornire un feedback sullo spostamento tra una seduta e l'altra.

Quando si prescrive la tecnica con cadenza quotidiana, è importante analizzare una a una le valutazioni giornaliere al fine di co-costruire significati funzionali al percorso di cambiamento intrapreso. Se vi si aggiunge la variante di provare a salire un gradino ogni giorno, può essere molto utile analizzare cosa ha immaginato il soggetto e se effettivamente lo ha fatto, oltre al risultato ottenuto. Ogni volta che il soggetto riferisce di avere fatto un gradino in più, è fondamentale dare importanza al progresso realizzato, analizzando in seduta i dettagli di questo cambiamento, configurandolo come espressione delle risorse e delle capacità del soggetto.

#### CASO CLINICO

Una donna di cinquant'anni arriva in terapia lamentando un quadro psicologico caratterizzato da persistenti «sintomatologie» depressive, che associa alla relazione con la famiglia di origine, dalla quale non riesce a emanciparsi. Dopo 5 sedute, in cui sono state utilizzate la *Tecnica del cronista* e la *Tecnica del «Povero me»*, la donna ha cambiato radicalmente il suo quadro psicologico, dissolvendo la «sintomatologia» depressiva e cambiando le modalità interattive con i propri genitori. A questo punto, si applica la *Tecnica della scala*, per verificare il vissuto della donna rispetto alla sua idea di cambiamento. La donna, nonostante gli evidenti miglioramenti raggiunti, si dà un voto intermedio, pari a 6. A questo punto si lavora in seduta per definire ogni gradino della scala fino ad arrivare al 10: questo consente alla donna di mettere a fuoco alcuni snodi per lei fondamentali, tra cui coltivare altre relazioni importanti al di fuori della famiglia, cambiare sede di lavoro e andare

ad abitare da sola. La terapia prosegue dunque su questi obiettivi attraverso altre *Tecniche focalizzate sulle risorse e sulle soluzioni*: dopo altre 4 sedute, la donna si sente di chiudere la terapia, avendo raggiunto tutti gli obiettivi, tra cui quello di andare ad abitare in un proprio appartamento, separato dalla famiglia di origine.

### Tecnica delle eccezioni al problema

Questa tecnica risulta utile con quei soggetti che lamentano problemi di funzionamento psicologico di entità circoscritta, che non risultano eccessivamente pervasivi, lasciando aree esperienziali libere. In linea di massima, non vi sono specifiche problematiche a cui applicare la tecnica, in quanto potenzialmente è applicabile a ogni problema, a condizione che siano presenti situazioni in cui la problematica lamentata non si manifesta.

Tale tecnica si basa sull'evidenza che molti individui, se esperiscono un problema, tendono a focalizzare l'attenzione su di esso, quasi come se l'iperfocalizzazione aumentasse le probabilità di risolverlo. Tale modalità rappresenta a tutti gli effetti una tentata soluzione, quasi automatica, che i soggetti adottano per massimizzare le probabilità di superare il problema. In realtà, focalizzare l'attenzione sul problema fa perdere di vista le risorse: in termini più concreti, focalizzarsi su ciò che non va impedisce di vedere ciò che va, ovvero quelle situazioni in cui il problema non si presenta (le cosiddette «eccezioni al problema»).

La presente tecnica, di cui si trova una descrizione in de Shazer e colleghi (1986) e in White (1988), è stata ripresa successivamente da O'Hanlon e Beadle (1997, p. 71 tr. it.) e da Nardone, Verbitz e Milanese (1999, p. 101). È molto utilizzata nell'ambito delle Terapie Brevi Focalizzate sulla Soluzione (*Solution Focused Brief Therapy*) e si fonda sul principio di indurre comportamenti virtuosi (che rappresentano la soluzione) attraverso lo stratagemma di focalizzare il soggetto sulle situazioni in cui ciò avviene già in modo spontaneo, cioè nelle cosiddette «eccezioni al problema». In altri termini, citando Bateson (1972), le eccezioni forniscono le «informazioni di differenza» tra ciò che funziona e ciò che non funziona, informazioni che risultano essere quelle più rilevanti