

Concetti di ipnoterapia sistemica per l'interazione con i clienti depressi e con i loro sistemi-relazionali: dalla depressione ai mondi correlati

Gunther Schmidt ¹

Abstract

Dalla prospettiva dell'ipnoterapia sistemica, la depressione può essere valutata come informazione sui bisogni negati e sui conflitti di lealtà. Questo lavoro mostra come le ipnoterapie focalizzate sulle competenze siano di aiuto nel lavoro con i clienti depressi per riattivare e reintegrare costruttivamente nel sistema relazionale quelle abilità dissociate a livello inconscio. Verrà descritto, attraverso un caso esemplare, il tipico procedimento utilizzato per attivare le competenze involontarie ed inconse.

¹ *Milton-Erickson-Institut Heidelberg, Im Weiher 12, D-69121 Heidelberg*

Introduzione

Verrà presentato un modello integrato di ipnoterapia sistemica da me sviluppato, che può essere efficacemente usato nell'interazione con i clienti con diagnosi di depressione e con i loro sistemi relazionali. I modelli orientati alla soluzione/competenza (ingl: *solution/competence-oriented*) sono diventati sempre più importanti negli ultimi anni. Noi li utilizziamo già da molti anni con i pazienti ambulatoriali e dal 1995 li applichiamo anche ai pazienti ricoverati alla Fachklinik am Hardberg di Siedelsbrunn.

Esiste un ampio consenso sul fatto che lo sviluppo della sindrome depressiva sia influenzata dalla combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Questo articolo tratta solo delle dimensioni psicologiche e di interazione, il campo degli interventi psicoterapeutici. Ciò non implica che i fattori biologici non siano importanti. Ma rappresentano una dimensione che non può essere influenzata direttamente dagli approcci psicoterapeutici. Una psicoterapia efficace deve concentrarsi su tutte quelle modalità utili a sviluppare le potenzialità e l'autonomia. Per realizzare interventi efficaci non si usano posizioni teoriche rigide quanto piuttosto posizioni che promuovano nel cliente modi creativi ed individuali di soluzione.

La terapia sistemica ha le sue radici in vari concetti della terapia familiare. Nell'area di lingua tedesca, di cui fa parte anche questo lavoro, è stata elaborata soprattutto dall'*Heidelberg Group* (direttore: H. Stierlin). In questa forma moderna è usata non solo per le famiglie ma anche in terapie individuali, di coppia e di gruppo. Si è poi diffusa trasformandosi sempre più nella direzione di una terapia orientata alla soluzione e alla competenza. Questo sviluppo ha le sue origini nell'ipnoterapia ericksoniana, già pioniera di molti dei concetti della psicoterapia breve. Anche altri metodi basati sulla trasposizione dei metodi ericksoniani, quelli della Milwaukee BFTC (de Shazer et.al. 1989), la PNL oppure quelli dei modelli ipno-sistemici, hanno influenzato il modello sulla competenza qui proposto (Schmidt 1985, 1996, 1998).

Tratteremo in modo limitato, attraverso parole chiave, quei concetti necessari per comprendere gli interventi di cui parleremo. Una dettagliata presentazione può essere trovata altrove (Mücke, 2000, Schweitzer, Schlippe 1996, Schmidt, 1992, 1994, 1996, 1998, Sparrer, 2001).

Premesse

Principali assunti sistemici

Sia nella terapia sistemica che in quella ericksoniana il principale interesse è per i cosiddetti pattern. I pattern sono generalmente descritti come associazioni (spesso ripetute) di elementi esperenziali (intesi come parti del pensiero, del sentimento e dell'azione) relativi a diversi canali sensoriali, visivo, uditivo, cinestesico, olfattivo e gustativo, che influenzano il contesto. Focalizzando l'attenzione su questi pattern, al livello sia conscio che inconscio, produciamo la percezione dell'esperienza.

Il livello più importante nella formazione dei pattern è costituito dalle esperienze fatte in contesti di interazione, che possono essere così distinti (Kriz, 1992):

- 1) *livello di comunicazione/relazione con se stessi*
- 2) *livello di percezione-esterna: come gli altri e il contesto sono interpretati e valutati*
- 3) *livello di scambio interazionale*

L'approccio della terapia sistemica familiare tratta soprattutto i pattern interazionali costruiti in un sistema di relazioni (ad es. le famiglie) e gli effetti ad essi associati. Un sistema si origina da singoli elementi (le persone) che negoziano i loro obiettivi e le loro identità. Ogni sistema è organizzato da regole che garantiscono la sua sopravvivenza e il suo funzionamento. L'individuo è visto come legato a pattern di interazione. Il significato del suo comportamento e dell'esperienza da lui vissuta può essere vista solo all'interno di questo contesto. Ciò vale anche per i sintomi, che devono comunque essere considerati nel contesto relazionale. Se si vuole far parte di un sistema relazionale, deve esistere una gamma di regole accettate. Le azioni dei singoli membri di un sistema funzionano come pattern interazionali.

Elementi principali dell'ipnoterapia Ericksoniana

La costruzione della percezione e i processi ipnotici

L'ipnoterapia ericksoniana è un modello molto particolare di psicoterapia. La premessa principale è che la percezione/esperienza è costruita in modo autonomo ed individuale attraverso la focalizzazione attentiva (Maturana 1982, Maturana e Varela 1987, Roth 1994, Spitzer 2000). Ogni suggestione esterna è efficace solamente se diventa una autosuggestione: l'esperienza si forma ad un livello sia volontario (ego-associativo) che inconscio (livello dell'Es). Gli interventi terapeutici (tecniche dirette ed indirette di comunicazione e immaginazione a livello multisensoriale) possono attivare nuove ed utili esperienze (Erickson/Rossi 1979, Kossak 1989, Yapko 1990, Schmidt 2000). L'esperienza involontaria è più veloce e più efficiente di quella volontaria, ed è quindi preferibile cercare di attivare processi involontari.

L'ipnosi diretta è solo uno dei vari modi di intervento. Nella ipnoterapia ericksoniana l'ipnosi diretta classica è usata raramente. La cosiddetta induzione di trance, solitamente associata al termine "ipnosi", è costituita da rituali di attenzione sistematica focalizzata, in altri termini la trance è l'insieme dei modi per attivare un'esperienza ad un livello inconscio. La trance solitamente si intensifica con l'aumento della concentrazione sui contenuti proposti (spesso un'attenzione diretta verso l'interno). I contenuti relativi a questa esperienza sono così vissuti più intensamente (riattivati), mentre altri contenuti di esperienza vengono dissociati (dissolti). In una trance non c'è nulla che accada ex novo. Sono gli stessi fenomeni dell'esperienza di tutti i giorni, ma focalizzati in modo più intenso a livello sensoriale.

Per raggiungere questi obiettivi l'ipnoterapia ericksoniana usa soprattutto descrizioni sistematiche e dettagliate, come sequenze di percezioni ed esperienze create dagli stessi individui. Tipici elementi-sequenza sono ad esempio: associazioni di pensiero, dialoghi interni (canale sensoriale uditivo), processi costruttivi come immagini ricordate, immagini del presente o fantasie del futuro (canale visivo), processi emotivi (rabbia, collera, gioia,

dolore etc.) e sensoriali (canale cinestesico), esperienze evolutive (se stessi da giovane, da vecchio o alla reale età), esperienze olfattive (canale olfattivo e gustativo), reazioni fisiologiche come la respirazione, il sentirsi “piccoli” o “grandi”, specifiche sensazioni corporee (stasi, movimento, tensione, forza, debolezza, estensione dello spazio soggettivo dell’esperienza). Collegati a questi ci sono i contributi delle specifiche modalità di comunicazione. Come nel sogno, i contenuti immaginati diventano una realtà psicofisiologica. La moderna ricerca psico-neuro-immunologica mostra che i nostri processi immaginativi e percettivi (soprattutto quelli inconsci e involontari) possono avere intensi effetti sui processi fisiologici e sul funzionamento del sistema immunitario (Kropiunigg 1990, Hennig 1998, Bongartz 2000). Specifiche induzioni immaginative possono infatti migliorare il funzionamento del sistema immunitario.

La nostra stessa esperienza è creata in modi diversi, non si è qualcosa in modo fisso e permanente ma a seconda della direzione dell’attenzione; siamo noi stessi a creare la nostra esperienza, come se avessimo personalità multiple (Ornstein 1992, Gergen 1996). La scelta dell’oggetto dell’attenzione avviene solitamente inconsciamente. Anche le famiglie mostrano un numero di pattern di organizzazione e interazione molto diversi, così che possono essere descritte come “famiglie multiple”, con una storia familiare e una struttura-genogramma. In questo contesto quindi non si vuol parlare di clienti “depressi” o di qualcuno “depresso”, ma piuttosto del come un individuo organizza se stesso in una esperienza definita (da lui stesso e dagli altri) “depressiva”. Tuttavia, per semplificare il testo, utilizzerò i comuni termini diagnostici per parlare di “clienti depressi”.

Le esperienze, una volta fatte, sono classificate inconsciamente (se il cervello non è danneggiato). Questo vale sia per le esperienze opprimenti ma anche per quelle belle, costruttive.

Trance quotidiana

Ciò che è vissuto come realtà è l’espressione dei pattern di percezione del momento. Nella moderna ipnoterapia ericksoniana la trance non è più vista solo come un esempio di rilassamento catalettico e come una forma di attenzione diretta verso l’interno. Tutti i processi di esperienza sono visti “come una trance” in cui è dominante l’esperienza involontaria (Beahrs, 1982). La trance riguarda quindi anche l’esperienza cosciente. Questo è il punto di vista qui adottato e corrisponde ai risultati nelle ricerche etnologiche e antropologiche sulla trance e sui rituali di guarigione in tutto il mondo (Bongartz 2000, Goodman 1994).

La comunicazione degli individui in un sistema relazionale ha effetti suggestivi sugli altri, garantendo il mantenimento dell’identità del sistema. Così facendo, i partecipanti di un sistema rivolgono la loro percezione maggiormente verso le credenze condivise. Chiamo questo processo “regola sistemica della trance” (ted: *systemische Regeltrance*; Schmidt 1985). Solitamente “ipnotizziamo” gli altri (spesso involontariamente) quando li incontriamo, ma spesso non lo riconosciamo coscientemente. (Per le dinamiche nei processi interazionali di trance: Rittermann, 1983, Schmidt, 1985, Schmidt, Trenkle 1986, Kershaw, 1990). Questa prospettiva può essere corroborata da molti esempi. Per esempio, il numero di suicidi o tentativi di suicidio molto spesso aumenta in luoghi particolari (ponti, metropolitane etc.) quando una notizia di questo tipo viene diffusa dai media. Il numero di suicidi nel sistema metropolitano di Vienna è diminuito del 50% da quando c’è stato un accordo con i media a non pubblicizzare più questi eventi (Magazin Fakt, ARD 10.09 01).

Ogni modalità di comunicazione può essere efficace, persino il comune modo di comunicare quotidiano. La struttura dei pattern di linguaggio, i valori che si esprimono, le logiche e le metafore, ma anche al ritmo del parlare, la gestualità, etc. funzionano tutti come un'induzione ipnotica indiretta. Lo stesso Erickson, nei suoi ultimi anni di lavoro, utilizzava induzioni di trance solo nel 25% dei casi, mentre nella maggioranza dei casi lavorava sempre ipnoterapeuticamente (nota personale).

Sintomo-trance, depressione-trance

Nella sintomatologia depressiva (come in tutti i sintomi psichici e psicosomatici) l'esperienza involontaria è dominante, anche se non voluta, dolorosa, e contro gli scopi dell'Io cosciente. L'Io sperimenta la sua impotenza come una vittima indifesa terrorizzata dall'Es inconscio. In questa ottica, i sintomi possono essere visti come "trance del sintomo" o "trance del problema" (Schmidt 1992, Gilligan 1991, Wolinsky 1993). Noi ipnotizziamo noi stessi focalizzando involontariamente l'attenzione in modo particolare sulle credenze, sulle fantasie e su altri pattern di elementi che sono dissociati dalle nostre possibilità di controllo coscienti e comunque ne sembrano non influenzabili.

I sintomi legati alla diagnosi di depressione conclamata possono essere categorizzati come emotivi, cognitivi o fisiologici (ICD-10). I sintomi emotivi sono per esempio: perdita di interesse, umore triste, scarsa motivazione, senso di colpa, paura/irritabilità, fluttuazione giornaliera dell'umore con depressione mattutina, apatia e fatica. I sintomi cognitivi sono: limitazione del pensiero, dubbiosità continua, auto-svalutazione e criticismo, attitudini negative verso se stessi, debolezza/impotenza, esperienza di inadeguatezza, aspettative cupe e catastrofiche rispetto al futuro, pensieri di morte e suicidio etc. Quelli fisiologici: insonnia, stanchezza, complicazioni a livello vegetativo, perdita dell'appetito.

Questi sintomi sono l'espressione delle attività dissociate del cliente, delle immaginazioni involontarie auto-ipnotiche e auto-suggestive. Non si "è" depressi ma ci si rende depressi focalizzando l'attenzione auto-ipnoticamente ad un livello inconscio.

Alcuni aspetti di questa attività auto-ipnotica sono:

- Il focus della percezione è limitato negativamente solo a esperienze dolorose e deludenti. La maggior parte delle altre esperienze sono gradualmente valutate come negative e scoraggianti così che il materiale depressivo diventa sempre più dominante. A partire da queste valutazioni vengono generalizzati al presente e al futuro altri "casi negativi" (trend negativo, Beck 1967).
- Le esperienze positive ed gli eventi felici del passato sono in molti casi utilizzati per intensificare le valutazioni negative focalizzando sul fatto che sono trascorsi e quindi rendendo ancora più doloroso il contrasto con gli aspetti negativi del presente.
- I rapporti con le altre persone sono ridotti e spesso valutati secondo la logica del "tutto bianco o tutto nero" (idealizzati o totalmente svalutati). In relazione a questo i pattern di comportamento e relazione sono sempre gli stessi, indipendentemente dal contesto (per esempio anche se c'è una enorme svalutazione, la speranza è mantenuta pensando che la relazione diventerà migliore, oppure al contrario, determinate svalutazioni provano che non ci sarà alcuna speranza per il futuro)

- Un'involontaria dissociazione di scelta e possibilità creative che non sono percepibili per il pensiero cosciente.
- Enorme focalizzazione verso l'interno, anche in contesti dove la focalizzazione verso l'esterno sarebbe più adeguata.
- Autosvalutazione e rifiuto. In molti casi questo è il risultato di richieste di perfezionismo verso se stessi che non possono essere soddisfatte. Esse sono mantenute nonostante tutto poiché unite alla speranza che, se soddisfatte, potranno indurre la stima delle persone significative e importanti. I propri bisogni sono dissociati per sottolineare "ne ho abbastanza" o si esprimono in rabbia e rifiuto. Parti che provengono dalla visione dell'Io ufficiale sembrano non essere considerate oppure sono svalutate e combattute.
- Una sempre maggiore focalizzazione sugli aspetti negativi e sulle fantasie di previsioni cupe. Uno stabile stile di attribuzione: la convinzione ad esempio che nessuno sforzo, sebbene grande, apporterà mai alcuna differenza.

Si viene quindi a sviluppare una sorta di "visione-tunnel" (trance della visione-tunnel) che contribuisce ad un coinvolgimento ancora più forte in questi processi cosicché l'autoipnosi depressiva si radica ancora più fino a raggiungere una completa perdita dei riferimenti spazio-temporali (trance della distorsione temporale). Talvolta mancano addirittura i ricordi utili del passato; quest'ultimo fatto però potrebbe essere esclusivamente un sintomo amnesico associato alla trance depressiva.

Negli ultimi 20 anni, nel corso di migliaia di colloqui, non mi è mai capitato di aver bisogno di più di due sedute per scoprire e riattivare episodi utili e competenze, persino quando i pazienti avevano alle spalle una prolungata storia di episodi psichiatrici. Nella maggior parte dei soggetti che presentano una diagnosi di depressione reattiva, si riscontrano eventi stressanti molto frustranti e traumatizzanti, anche se stando alle ricerche correnti sarebbe erroneo concludere che essi siano la causa scatenante della depressione.

Il fatto che non sia l'esperienza traumatizzante a causare la patologia e la progressione dei sintomi è dimostrato ad esempio dagli studi della cosiddetta salutogenesi (Antonovsky 1993), dagli studi sulle esperienze di vita (Brown, G.W. Harris, T. - 1978), dalle ricerche sul recupero, dalla psicologia cognitiva (concetto di impotenza appresa, Seligman 1986) e dai contributi di Beck (1986). I fattori decisivi per chi sviluppa uno stato depressivo o per chi invece risulta in grado di gestire in modo positivo le esperienze traumatiche sono: a) vengono presi in considerazione gli eventi, b) sono analizzate le conclusioni raggiunte (ad es. il loro valore, le potenzialità future, le sensazioni), c) viene cercato un aiuto sul quale sia possibile contare.

I processi percettivi si svolgono sempre in un contesto presente e reale. Ne consegue che le esperienze del passato sono utilizzate come materiale esplicativo e di ricerca di senso, ma esse non determinano il processo, non ne sono la causa diretta. Questo pattern presente determina quanta influenza potranno avere gli eventi del passato. Persino un disturbo psichico e psicosomatico che perdura da anni può lasciare spazio ad un costrutto di esperienza più salutare. Le abilità necessarie sono solo dissociate. Utilizzando metodi di ipnoterapia ericksoniana, possiamo spesso riattivare già dopo una sola seduta abilità e pattern di esperienza più utili.

Le esperienze dolorose si esprimono quando una persona le combatte, e pur ricercando possibilità di vita più ottimistiche e più attraenti ma è al contrario sconfitta dalla supremazia

della prospettiva negativa e malinconica. E' proprio questo campo di tensione che porta al senso di spossatezza e agli altri vari sintomi.

Dal punto di vista delle risorse è veramente importante mantenere lo sguardo permanentemente su questa polarità: la sofferenza correlata alla depressione mostra anche una componente orientata alla vita (seppure lieve) che si sente torturata dal lato pessimistico. Nella terapia può essere ristabilito e rafforzato il contatto con questa componente.

Durante il processo depressivo una persona prova prevalentemente sensazioni di profonda inutilità e impotenza. Nel processo depressivo l'io si sente una vittima senza possibilità di modificare la situazione o di capirla, e ciò rende ancora più intensa questa terrificante esperienza; le descrizioni tipiche sono: "la superiorità totale della depressione", che è così vista e sentita come una entità dittatoriale. Chi ne è affetto inizialmente prova a combattere questo stato molto attivamente, ma solo raramente il combattere porta al successo, mentre più frequentemente porta alla disperazione che rafforza ancor più l'esperienza depressiva. A ciò seguono poi altri processi di svalutazione e affaticamento che radicano e incrementano ancor di più il problema.

Interventi terapeutici

Intervento come creazione di differenze

L'esperienza può essere trasformata spostando la focalizzazione attentiva. Ciò si realizza creando delle differenze nei pattern che fino ad allora hanno dominato. L'informazione viene creata generando delle differenze. Gli interventi dovrebbero seguire un criterio di ricerca e scoperta di nuove prospettive che forniscano convincenti esperienze rispetto a quelle che avevano rafforzato fino ad allora il costrutto depressivo. A questo scopo sono ad esempio utili le domande circolari poiché racchiudono l'esperienza in un contesto multiforme e lavorano sulle possibili alternative correlate al contesto.

Persino piccoli cambiamenti possono essere molto efficaci. Anche solo modificando il respiro e la coordinazione corporea (o entrambe) si trasforma il percorso depressivo dell'esperienza. L'autonomia del paziente deve comunque essere rispettata in ogni terapia.

I pattern della trance depressiva mostrano dove dovrebbe essere focalizzato l'intervento per creare utili differenze. Ad esempio:

- Ri-scoperta delle propria creatività
- Costruzione di prospettive di speranza
- Modificazione della valutazione degli eventi di vita
- Sviluppo di prospettive che aumentino l'autostima
- Apprezzamento dell'impegno
- Imparare a capire che la depressione è una notevole fonte di informazioni riguardanti i bisogni fondamentali non rispettati o non soddisfatti
- Apprezzamento delle risposte fisiologiche del proprio organismo; organismo come partner e supervisore
- Supporto ai processi di comunicazione costruttiva nell'area sociale
- Supporto alle interazioni utili nel sistema relazionale, anche tenendo conto delle necessità altrui

- Supporto ad un equilibrio ottimale tra i propri bisogni e quelli altrui. Rinegoziazione ad un “livello umano” delle aspettative sui propri sforzi rispetto ad una aspettativa di perfezionismo assoluto.

Sintetizzando, sono usati come interventi: domande che riattivano risorse, “scaling”, re-interpretazione, cambiamento dei pattern sia a livello sensoriale che interattivo. Alla fine della seduta vengono utilizzati i cosiddetti interventi finali. Questi ultimi servono per a) caricare ancor più di significato i precedenti interventi, b) dirigere l’attenzione sulle questioni più rilevanti e sulla possibilità cambiare i pattern anche nella vita di tutti i giorni.

Orientamento della prospettiva temporale attraverso le domande

Nei pattern della depressione il focus attentivo è ancorato ai momenti in cui c’è delusione, dolore, esperienze traumatiche. Generalizzando si fanno poi conclusioni pessimistiche sul presente e sul futuro (la triade negativa di Beck). La valutazione negativa del passato diventa una evidente “verità” di fallimento, fonte di visioni cupe, e di un prospettiva senza speranza e senza senso. Questa valutazione è uno dei più radicati fattori cronicizzanti per l’esperienza depressiva. Se durante la terapia ci si focalizzerà troppo nel passato, il pattern del problema sarà soltanto più rinforzato (“più della stessa soluzione”, Watzlawick et. al. 1974).

Per cambiare questi pattern, bisogna valutare la prospettiva temporale all’interno della quale si cercano soluzioni. Se si focalizza l’attenzione, l’esperienza ricercata verrà attivata. Le conversazioni terapeutiche dovrebbero essere un rituale concentrato sulla prospettiva temporale dell’esperienza ricercata. Ciò incoraggia e crea una prospettiva in cui diventa percepibile ciò che si “impara da noi stessi”. Le domande come strumenti per focalizzare l’attenzione sono molti efficaci così come lo sono quelle domande ipotetiche che aprono nuove prospettive di scelta tra esperienze alternative. Esse inducono l’immaginazione dei contenuti ricercati. In tal modo nell’approccio ericksoniano le domande non sono solo strumenti per “incontrare” delle informazioni ma soprattutto degli strumenti efficaci per “creare” le informazioni (Schmidt 1985, Tomm 1994). Il loro vantaggio sta nella possibilità di rimanere senza obblighi, e ciò è di grande aiuto per i pazienti depressi con pretese di perfezione. Il porre domande con il cosiddetto “scaling” (tecnica della scala; introdurre un argomento passo dopo passo) mostra le differenze nelle esperienze e funziona rapidamente (“non è questo, che voglio; mi sento sempre così”). Ho chiamato questo processo “viaggio immaginario” dentro i “tempi di soluzione voluti”. Comunque, non sono utili solamente le domande riguardanti il futuro ricercato (progressione nel tempo, Rossi 1995) come ad esempio la cosiddetta “miracle question” (domanda del miracolo; de Shazer 1989, 1990). Le domande su episodi adattativi del passato sono altrettanto utili. Ricordando le esperienze di successo vengono rivissute le competenze del passato. Sono molto convincenti per quei clienti che volevano un futuro stabilito a priori. Anche le aspettative di alcuni clienti di dover parlare del passato possono essere utilizzate. Questa modalità di fare domande deriva dalla strategia della regressione di Erickson. Dovrebbe costituire una parte centrale del colloquio. Comunque, se i clienti vogliono parlare del loro passato doloroso, non devono essere bloccati, soprattutto se questo può costituire una svalutazione e mettere in pericolo la cooperazione terapeutica. Anche la struttura degli intervalli tra le sedute è

essenziale. La distanza tra le sedute può essere al massimo di 14 giorni, in combinazione con gli obiettivi finali dell'intervento. Così i clienti possono testare le loro possibilità ed evitare pattern di dipendenza, e le esperienze vissute in questo modo possono essere utilizzate come feedback per i successivi passi dell'intervento terapeutico. Con questa organizzazione temporale raramente abbiamo bisogno di più di 10-12 sedute (anche in terapie individuali) prima che i processi adattativi si riattivino.

Lavoro centrato sull'individuo o centrato sul sistema?

I sintomi depressivi sono sempre manifesti. Quando si inizia una terapia, i partecipanti si aspettano che la terapia tratti per prima cosa i problemi dell'individuo che esprime la sintomatologia, il cosiddetto paziente designato.

Al contrario, i concetti della terapia familiare e sistemica considerano i sintomi nei loro pattern relazionali. I sintomi sono visti come l'espressione di pattern interattivi, disfunzionali nel sistema relazionale del paziente designato (nella famiglia di origine ma anche nel sistema attuale). Le domande per stimolare le risorse adattive producono nel paziente designato il timore di provocare danni nel suo sistema di relazione (come ad es. conflitti distruttivi). Queste valutazioni, in molti casi inconsciamente dissociate, causano nel paziente designato un rifiuto delle proprie risorse, benché essi soffrano proprio del fatto di non riuscire ad usarle.

Nel sistema presente del paziente designato solitamente troviamo "l'ideologia" che non esistano conflitti familiari: tutto è "normale", e il solo problema è la depressione del paziente designato. Questo significa implicitamente che i propri bisogni non possano essere seguiti e portati avanti a scapito dei bisogni degli altri, e che gli stessi abbiano sempre la priorità sui propri. Fino a quando uno si sente ancora forte, non segue i propri bisogni tralasciando i bisogni altrui, anche se lo vorrebbe fare, altrimenti sarebbe visto come egocentrico, insensibile e colpevole. Mostrare i risultati attesi e attenersi alle norme e alle idee del sistema conta più del prendersi cura di sé e dei propri bisogni spontanei, anche se si mostrano chiari segni fisiologici di esaurimento.

Molti clienti riportano esperienze nel sistema familiare d'origine a partire dalla loro infanzia che possono essere comprese come una sorta di regolamento di conti per aver deviato dalle regole dominanti. I tipici "regolamenti di conti" sono ad esempio *forti repressioni* come "Se lo fai ancora, vado via e non ritorno più da te"; *lo squalificare, il sorvolare, l'ignorare, l'escludere* con messaggi come: "Ti chiudo fuori di casa (vai nella tua stanza etc.)", "Sarai autorizzato a rimanere ancora tra noi solo se ti scusi e ammetti che è stato un tuo errore" (che è solitamente vissuta come una richiesta di totale sottomissione); oppure la cosiddetta *delega del salvatore* nel senso di "Il mio benessere e il mio stato di buona salute dipendono da te: comportandoti in questo modo sto bene, ma se non lo fai mi deprimerò molto (ed è colpa tua)" (Lake, 1990). Molti pazienti designati riferiscono l'esperienza di messaggi come "Parlando in questo modo così duro non sei per noi una buona persona, non c'entri nulla con noi, sei diverso e cattivo, non solo il tuo comportamento ma tu come persona, ma noi ti sopportiamo, poiché siamo leali, anche se ci vergogniamo di te." E' come una socializzazione alla dipendenza che allo stesso tempo causa nella persona una dissociazione degli impulsi, dei desideri e delle emozioni, che vengono vissute come devianti dalle regole del sistema dominante, dalla percezione cosciente.

Le emozioni e il desiderio in un sistema di regole così definito se non sono incoraggiati vengono soppressi, “depressi”, ma non eliminati. Sembrano essere sotto il dominio della percezione inconscia e pre-conscia, involontari segnali che possono essere descritti come sintomi di depressione. Quindi, i sintomi della depressione possono essere intesi e utilizzati come messaggi ufficiali di bisogni soppressi.

Nella tradizionale terapia sistemica queste dinamiche portano alla conclusione che il focus dell'intervento deve essere diretto al di fuori del paziente designato e portato nel pattern familiare il più velocemente possibile. *Questa procedura è alquanto difficoltosa specialmente nella terapia della depressione.* Sia i familiari che i pazienti designati hanno una visione individuale. Solitamente non pensano che il problema sia di tipo relazionale, nel sistema familiare, e molto spesso pensano che il terapeuta voglia dipingere la loro famiglia in modo svalutante attribuendo loro la causa dei sintomi del paziente designato. Questo produce una grande resistenza nella famiglia e genera nel paziente designato un duro conflitto di fedeltà, producendo sensi di colpa ed aumentando così la depressione. Anche se i familiari sono collaborativi, sorgerebbe un nuovo dilemma: appena si fanno evidenti dei cambiamenti, si reinterpreta il passato come prova di ulteriore fallimento assumendo che: se qualcuno si fosse attivato prima, avremmo evitato molta sofferenza. In questo caso ogni successo causa depressione, e la soluzione crea nuove tendenze problematiche. Focalizzandosi sui pattern disfunzionali familiari spesso hanno l'impressione (e la paura) che il miglioramento richieda un cambiamento.

Troviamo che la cooperazione con il sistema relazionale sia molto utile, ma con altre premesse. Come individui, questi sistemi hanno vari pattern propri, molto funzionali e utili. I colloqui familiari hanno il significato di aiutare il paziente designato a guarire. Quindi i colloqui hanno lo scopo di evidenziare i pattern interazionali familiari utili a questo scopo. Quando chiediamo ai familiari di concentrarsi su questi pattern per aiutare il paziente designato, subito troviamo un alto grado di accordo e cooperazione. I conflitti di fedeltà del paziente designato sono risolti. Per evitare gli svantaggi o la possibilità di sovraccaricare i familiari lavoriamo con loro per identificare quale sia il loro modo più utile di aiutare. In questo modo anche i loro bisogni sono appagati, indirettamente la terapia è utile alla loro salute, e diventa una situazione di successo per tutti i partecipanti.

Il principio dell'utilizzazione

In una terapia intesa come un rituale di esperienza-competenza sarebbe utile la costruzione di una realtà in cui i contributi del cliente siano comprensibili e utilizzati come competenze. Questo richiede una modalità interattiva basata sull'apprezzamento. Il principio ericksoniano dell'utilizzazione serve a questi scopi. “L'Utilizzazione” è intesa come un'interpretazione di differenti contributi (valutazioni, emozioni, azioni, etc.) dei partecipanti (sia dei clienti che dei terapeuti) in modo che possano essere utilizzati come informazioni efficaci. Se qualcosa può essere descritto come competenza, come un processo di soluzione o come un'adeguata soluzione, o al contrario, come incompetenza, dipende esclusivamente dal contesto nel quale è inserita. Questo in terapia dovrebbe tradursi nell'assunto che i contributi del cliente sono sempre una competenza, apprezzabili come espressioni della loro particolare esperienza della situazione.

I singoli contributi sono ben utilizzati quando ogni stimolo 1) è principalmente utilizzato come bisogno riconosciuto (“pacing”, per esempio come accettazione, una

competenza ben accetta), 2) è valutato per la sua utilità, per quanto possa aiutare a risolvere o ad esacerbare il problema. Così tutti i contributi possono essere apprezzati e simultaneamente utilizzati. Con questa meta-posizione dell'utilizzazione, la percezione e l'attenzione sono focalizzate sugli obiettivi. Potrebbero essere utili domande come: "In quale contesto la reazione del cliente può avere più senso ed essere una competenza?". In questo modo le prospettive pessimistiche sul futuro possono essere intese come un'importante strategia per garantire la sicurezza, la chiarezza e la protezione contro le delusioni, quasi come una "competenza-guardia del corpo". La "visione tunnel" può essere vista come un'abilità per una più profonda capacità di concentrazione. Nella terapia la si può utilizzare per focalizzare intensamente i pattern più utili. Le fissazioni negative sugli eventi spiacevoli del passato possono essere apprezzate come sforzo di fedeltà al "bambino ferito", che, deluso per ciò che è accaduto un tempo, ottiene alla fine riconoscimento e simpatia. I perfezionisti, attraverso la consapevolezza di se stessi, possono essere apprezzati per il loro atteggiamento volto a raggiungere il meglio, e per il non accontentarsi di "cose a metà". Così, i precedenti tentativi di soluzione che erano una conferma delle incapacità diventano ora prova di capacità.

Questa attitudine all'utilizzazione trasforma spesso i pattern basati su "o questo o quello" in pattern del tipo "questo e quello" (Simon 2001).

Un ulteriore esempio: la mancanza di speranza e lo scetticismo del paziente designato, può essere utilizzata invitandolo a criticare costruttivamente il terapeuta dando dei feedback quasi fosse un supervisore. Questo approccio supporta l'autonomia del paziente designato e la sua meta-posizione, il focalizzare le differenze sul "qui ed ora" e di conseguenza sulla possibilità di cambiamenti. Spesso il paziente designato si sente molto sollevato quando gli faccio presente che le sue critiche e anche ogni "sì, ma.." sono graditi e strumenti d'aiuto per il terapeuta. In questo modo i pazienti si sentono delle autorità. Le paure, lo scetticismo, le esitazioni, sono considerate risorse, e quando i clienti cambiano direzione devono essere rispettati e va concesso loro di mantenere le distanze. In questo modo l'utilizzazione è vissuta, a contatto con il terapeuta, come un modello. E così facendo, i concetti tradizionali basati sull'interpretazione dei contributi del paziente come resistenze problematiche che devono "elaborate" possono essere messi in un "museo della storia della terapia".

La psicoterapia può essere vissuta come un pericolo perché promette speranza. Molti pazienti designati proiettano su di essa delle attese che in gran parte non possono essere soddisfatte e ciò porta ulteriormente a delusioni che rafforzano il processo depressivo. Viste in questo modo, le ambivalenze e la paura della terapia del paziente designato possono essere utilizzate come informazioni utili riguardo ai bisogni di riconoscimento e di sicurezza.

Utilizzo dello stile attribuzionale

Come già detto, spesso troviamo come parte di un pattern depressivo la forte convinzione che nessuno sforzo (per quanto sia grande) possa portare ad una soluzione. La terapia è quanto meno definita implicitamente come un evento realmente senza senso. Ma, se vogliamo collaborare efficacemente con clienti con questo orientamento, è necessario adottare questa visione, per risolverla. Tuttavia, se ponessimo direttamente delle domande, incontreremo sicuramente una cospicua resistenza. Questo frequente conflitto può essere utilizzato ancora una volta nel modo indicato: in primo luogo descriveremo il conflitto

direttamente e in modo trasparente al paziente attraverso una meta-comunicazione; poi sottolineeremo ancora in modo trasparente la sua esperienza del fatto, suggeriremo che le esperienze utili vissute in passato devono essere considerate delle risorse, ma che purtroppo non può essere sempre chiaro ad una persona particolarmente preoccupata di quale esperienza può, o poteva, generare una utile soluzione. In seguito, lo inviteremo a ricercare queste differenze. Praticamente tutti i clienti depressi presentano delle fluttuazioni circadiane: terribile depressione mattutina contrapposta a un umore migliore alla sera. I clienti vivono queste fluttuazioni come se fossero totalmente fuori dal loro controllo. Dal punto di vista psicoterapeutico queste fluttuazioni costituiscono delle informazioni molto utili. L'umore migliore della serata rappresenta un episodio involontario di risorse, ma i processi che contribuiscono a questo stato sono completamente dissociati dalla percezione conscia, ed il solo risultato negativo viene preso in considerazione dal cliente. Dobbiamo offrire questa visione ai clienti in modo costruttivo, utilizzando un approccio empatico e proponendo che questo loro stato non è ancora modificabile a causa di questa dissociazione di risorse. In seguito sono invitati a ricostruire attraverso i nostri metodi di ricerca dei nuovi pattern utili (fase esplorativa). Comparando sistematicamente su tutti i livelli sensoriali la depressione del mattino e il buon umore della sera possiamo sempre estrapolare quali altri pensieri, valutazioni, fantasie future, dialoghi interiori, aspettative verso se stesso e gli altri, vengano prodotti al livello inconscio: da una parte la depressione, dall'altra un alleggerimento. In questo modo la conoscenza dissociata diviene più conscia e abordabile volontariamente. Persino le fluttuazioni circadiane possono essere utilizzate, come competenze focalizzate.

Passi tipici del processo

I passi tipici del processo di ipnoterapia sistemica con clienti depressi possono essere idealmente così sintetizzati:

- 1) Fase di chiarimento del contesto che ha portato all'idea di richiedere una consulenza.
- 2) Fase di costruzione e discussione di un contratto terapeutico.
- 3) Fase in cui si smussano le forti aspettative e le dissociazioni, e in cui si fanno altri interventi per promuovere alternative creative e motivazioni.
- 4) Fase di traslazione della depressione in informazioni sui legittimi bisogni della persona.
- 5) Fase di sviluppo di immagini-obiettivo.
- 6) Fase di focalizzazione sulle eccezioni: "soluzione dall'esperienza".
- 7) Comparazione dei pattern-problema e dei pattern-soluzione con gli interventi che potrebbero renderli comprensibili e modificabili.
- 8) Comparazione degli effetti dei differenti modi in cui si formano le esperienze e le relazioni, in particolare riguardo agli effetti dei pattern-problema e dei pattern-soluzione (analisi costi-benefici)
- 9) Coaching sull'ambivalenza e sviluppo di nuovi obiettivi.
- 10) Sviluppo e negoziazione dei prossimi obiettivi verificabili.
- 11) Fase di valutazione
- 12) Chiusura

Creazione della relazione in terapia e costruzione di sistemi-terapia come esperienze significative, sistematiche, di cooperazione e di rafforzamento delle competenze

Nelle persone con reazioni depressive troviamo spesso la mancanza dei cosiddetti "sentimenti di coerenza" (salutogenesi). Con ciò si intende quel sentimento di fiducia che "le richieste che ci vengono dal mondo esterno o da quello interiore possano essere in primo luogo prevedibili e spiegabili, e in secondo luogo che siano disponibili le risorse per far fronte a tali richieste; infine, la consapevolezza che tali richieste costituiscano una sfida e che quindi richiedano energie" (Antonovsky, 1993). In una prospettiva orientata alle risorse ciò significa che in ogni momento di contatto con un paziente depresso si dovrebbe dare esperienza della presenza di tali risorse nell'interazione.

Tutti gli interventi terapeutici rappresentano dei rituali per lo sviluppo di sentimenti di coerenza. Essi dovrebbero essere vissuti come espressione della cooperazione. Devono quindi essere comprensibili e chiari, in altre parole, concreti. Gli scopi ed i singoli passi della terapia devono quindi essere discussi in modo trasparente per orientare il cliente verso idee autonome. I terapeuti possono dare dei consigli a questo scopo, ma al tempo stesso dovrebbero mostrare apprezzamento (invece di patologizzare) e prendere sul serio le decisioni autonome del cliente. Credo che la trasparenza terapeutica espressa attraverso la metacomunicazione sia un passo centrale. Al contrario, l'approccio orientato alla soluzione di De Shazer evita questa esplicitazione. Ogni intervento viene proposto senza una spiegazione nel timore che la trasparenza possa innescare nel cliente una lotta tra le nuove e le vecchie credenze (De Shazer, nota personale, 2000). Dal mio punto di vista questo determina il pericolo che, ancora una volta, il cliente depresso si senta gestito e controllato in una posizione passiva e senza speranza. Il paziente designato si sforza per sentirsi competente, per avere autostima e per sentirsi autodeterminato. Gli obiettivi concordati con il terapeuta si devono quindi adattare alle possibilità del cliente (sulla base delle abilità che il cliente sente di avere in quel dato momento). Di conseguenza si dovrebbe procedere per piccoli passi e obiettivi poiché la probabilità di successo aumenta. Il potere costruttivo della cooperazione viene dalla relazione-per-uno-scopo, e dalla concretezza nella creazione di obiettivi raggiungibili.

Quando ci confrontiamo con forti tendenze suicidarie, la cornice del contesto terapeutico viene superata e l'inserimento in un contesto di controllo sociale può assumere la priorità. Ciò deve essere proposto e definito molto chiaramente quando il terapeuta pensa che sia necessario. Se un paziente designato non è più in grado di garantire la sua e l'altrui sicurezza, questa competenza deve essere presa in carico da ruoli istituzionali (ad es. attraverso un affidamento) fino a quando non sopravvenga un orientamento più positivo. L'affidamento non si ha perché il terapeuta sa meglio del paziente cosa è meglio per lui, ma perché il terapeuta valuta che in quel momento è la migliore delle soluzioni. È molto importante che ciò venga proposto come una scelta terapeutica che coinvolge il terapeuta e il suo contesto, e non come una descrizione del cliente, cosa che lo farebbe sentire etichettato e ancora una volta costretto, amplificando le dinamiche suicidarie.

Tipici pattern di aspettative, la loro utilizzazione, il chiarimento del contesto, la soluzione dei conflitti in cooperazione.

Se i clienti si sentono accettati nel loro punto di vista sulla realtà, la terapia può essere costruita come un sistema di cooperazione. Se questi punti di vista vengono valutati come espressione di patologia, rifiuto, ostinazione e quant'altro, non vi è nessun senso costruttivo a cooperare in tale contesto. Espresso in concetti ericksoniani, molte strategie utili possono essere trovate per un ottimo "avvicinamento" (apprezzare "l'incontro" e scortare i clienti nella loro visione del mondo) (Zeig, 1995). Una modalità molto utile è stata proposta da De Shazer (1992). Aspettarsi che le attitudini dei clienti siano differenziate, così che i loro pattern possano di volta in volta essere considerati quelli di "clienti", di "accusatori", o di "ospiti". Propongo inoltre una quarta categoria, quella di "co-terapeuta" o "supervisore" (Schmidt, 2000).

I pattern tipici del "cliente" esprimono il modo in cui la persona vive il problema ed assumono che sia la persona stessa a trovare una soluzione al problema. Gli "accusatori" invece si vedono come vittime che non possono fare nulla direttamente per trovare una soluzione; sono gli altri a doverla fornire. In terapia questa visione porta subito ad un conflitto, specialmente quando gli altri sono assenti o sono nell'impossibilità di fornire aiuto. Gli "ospiti" si sentono invece nella condizione di non dover portare richieste proprie nella terapia; non ha per loro senso il coinvolgimento diretto e cooperativo nella terapia anche quando si rendono conto di possedere delle loro competenze e capacità per trovare una soluzione. I "co-terapeuti/supervisor" presentano invece una attitudine a vedere negli altri (spesso nei parenti) il problema e ad avere idee prestabilite riguardo a quello che dovrebbe essere il lavoro terapeutico. Ognuno di questi pattern può dare la possibilità al terapeuta di lavorare costruttivamente solo però se si concorda un contratto iniziale in modo esplicito.

Nella prospettiva sistemica il comportamento del cliente esprime la sua interpretazione del contesto terapeutico. Spesso i clienti depressi non prendono direttamente l'iniziativa di venire in terapia ma vengono spinti da altri. Spesso sono quindi degli "ospiti". Questo li porta a vedere la terapia come una forma di controllo esterno e di sottomissione. È quindi importante che i terapeuti non prendano posizioni di parte ma piuttosto apprezzino l'ambivalenza espressa dal paziente designato, cercando di concordare con lui quali condizioni lo farebbero sentire autonomo e cooperativo.

Anche quando si rivolgono a noi di loro iniziativa la prospettiva di essere senza speranza è dominante. Nella percezione cosciente i problemi sono sempre causati dall'esterno. Sono spesso gli altri ad essere visti come cause. E ciò porta all'idea che la terapia abbia un senso solo se riesce a cambiare gli altri. Ma questa è una richiesta terapeutica che non può essere soddisfatta. Noi contrattiamo continuamente obiettivi e cooperazione in modo da aumentare il senso di competenza del paziente designato. Poiché ciò è in contrasto con la loro richiesta originale potrebbero sentirsi rifiutati velocemente, o sentirsi come "attori" involontari e impotenti. Possono inoltre reagire mostrandosi senza speranza e aspettandosi che sia il terapeuta, usando astute strategie, ad eliminare il "cattivo attore", ovvero questa loro involontaria esperienza. Ciò porta solo ad una stabilizzazione del problema e ad un reiterare delle tentate soluzioni. Al tempo stesso le passate esperienze di fallimento potrebbero essere proiettate sulla terapia aumentando ancora di più la sensazione di essere senza speranza. Queste aspettative devono essere trasformate

svelandone i danni prodotti. In questo modo il terapeuta lavorando con pazienti depressi ne mette a nudo l'intenso conflitto (doppio legame). Altri modi sono ad esempio:

- Una regola base della terapia sistemica è quella di assumere un atteggiamento di neutralità: a) verso le persone e le opinioni riguardanti il sistema-cliente, b) verso le tendenze di cambiamento o stabilità (v. Schlippe, Schweitzer 1996). Il concetto è che se la regola della neutralità viene infranta si verificano spesso irritazione e reazioni distruttive da parte del cliente. *Tuttavia, se utilizzata in modo troppo rigido, la neutralità ha effetti deleteri.* I pazienti interpretano questo atteggiamento come prova del loro essere senza speranza, poiché se ci fossero stati dei cambiamenti positivi il terapeuta avrebbe assunto un atteggiamento più attivo. Ciò naturalmente aumenta il pattern depressivo. Sin dall'inizio il terapeuta dovrebbe incentivare e supportare tutte quelle differenti esperienze che mostrano una diversa prospettiva, di speranza e di autonomia. I clienti si convincono solo attraverso le loro stesse esperienze di competenza nel raggiungimento di un obiettivo, e questo implica l'assunzione da parte del terapeuta di una prospettiva orientata alla speranza.

- La maggior parte dei clienti depressi ha l'aspettativa che durante la terapia si debba lamentare, nonché parlare a lungo dei propri problemi, alla ricerca delle cause che li hanno prodotti nel passato. Il terapeuta deve interrompere questi "viaggi nelle soluzioni passate" e questo "parlare del problema" invitando a cambiare la direzione del discorso. Questo viene spesso criticato da chi ha orientamenti teorici differenti sostenendo che impedisce l'autodeterminazione della persona, e che al contrario lo si dovrebbe far esprimere e ci si dovrebbe lavorare sopra. Qui voglio mettere in guardia dall'incentivare a "parlare del problema" perché ciò che in realtà si sta riproponendo è la "trance del problema", e naturalmente ciò non fa altro che acuire il malessere. I clienti non se lo meritano. Si dovrebbe invece farli passare il più velocemente possibile dall'attingere da un pattern problematico ad uno non problematico (Yapko 1996). Ma sino a quando restano fissati sul "parlare del problema" possono interpretare gli inviti a cambiare direzione come squalifiche e rifiuti. Reazioni come "Lei non è veramente interessato a me, non sono così importante" non sono così rare. Tuttavia, non è al tempo stesso del tutto utile ignorare totalmente il bisogno dei clienti di "parlare del problema".

- Quando i clienti scoprono velocemente di avere risorse per trovare una soluzione (cosa che accade regolarmente nei nostri interventi) ed esperiscono un miglioramento, iniziano spesso a colpevolizzarsi e a svalutarsi per il fatto di non averlo saputo fare prima. Non raramente ascoltiamo: "Quindi ho sbagliato tutto fino ad ora. Ho sofferto per anni invano". Tali reazioni possono nuovamente e velocemente riattivare pattern depressivi. Spesso inoltre possono derivare da queste situazioni di ancor maggiore pressione poiché avendo provato che è così facile uscirne pretendono da loro stessi sempre di più. E il non riuscirci subito viene interpretato come un ulteriore fallimento.

Tuttavia questi conflitti possono essere usati terapeuticamente (Schmidt 1998). Possono essere risolti creando delle priorità (prima questo, poi quello) o attraverso la metacomunicazione. Attraverso quest'ultima forniamo al cliente informazioni sul procedimento terapeutico. Infatti, come dimostrato dalle psicoterapie basate sulla ricerca e valutazione, il fornire informazioni sul processo terapeutico è un contributo essenziale per il

successo terapeutico (Yalom, 1996), poiché oltre ad offrire al cliente e ai familiari delle strategie efficaci, aumenta la loro conoscenza delle esperienze e il loro background concettuale. Tutto ciò viene proposto in una forma molto semplice ed intelligibile.

Iniziamo spedendo, ancor prima della prima seduta, una lettera informativa in cui descriviamo brevemente il nostro metodo basato sulla focalizzazione delle competenze, e una proposta di data e orario per il primo appuntamento. Naturalmente questo metodo non viene proposto come l'unico possibile. Se il cliente inizia con ripetitive descrizioni delle sue esperienze negative, accettiamo questa descrizione con empatia e apprezzamento.

Qui di seguito presenterò alcuni esempi di terapia eseguite seguendo i tipici passi del nostro approccio: Il signor M, insegnante di 50 anni, sposato, con 2 figli (20 e 16 anni), arriva al primo colloquio, pressato dalla moglie. La moglie non è potuta venire per improvvisi impegni di lavoro. Il signor M si descrive come una persona che ha perso ogni speranza. Da alcuni anni si sente sempre più depresso, svariate volte ha giustificato le sue assenze lavorative con un certificato di malattia ed è stato ricoverato in trattamento psichiatrico per brevi periodi. Non crede più di poter trovare qualcosa che lo aiuti. Dice di aver ormai provato ogni cosa e questa sola idea lo rende ancora più pessimista. Ogni tanto piange e desidera che tutto abbia fine. Io accolgo e utilizzo la sua descrizione e gli dico: *"ascoltandola ho l'impressione che lei abbia sostenuto enormi sforzi. Ha già provato così tante cose. Deve essere veramente doloroso non vedere alcun risultato. E lo trovo veramente ingiusto. Penso che la sua situazione sia veramente difficile e anche più dolorosa di quanto possa essere espresso a parole, e penso che si debba sentire veramente solo nel suo dolore."* (I pazienti depressi si sentono molto più compresi se gli si comunica che nessuno a parte loro può capire fino in fondo il loro dolore. Ciò rispecchia infatti la loro convinzione che nessuno può comprendere il loro dolore. A volte i segnali di comprensione vengono da loro interpretati come una squalifica).

Sig. M: Ha ragione; ma quando mi sento così male penso spesso che non abbia senso affliggere gli altri perché nessuno mi può comprendere o aiutare.

Ter: Penso che sia veramente apprezzabile il fatto che lei si preoccupi degli altri anche quando si sente così male.

Sig. M: Questo è il minimo che io possa fare. Sono già un gran peso.

Ter: Più parliamo più penso che dovremmo cercare che la nostra conversazione sia per lei un, anche se pur piccolo, aiuto. Ha già ricevuto fin troppe delusioni. Lavorare insieme avrà come obiettivo che lei possa vedere soddisfatte le sue richieste. Cosa succederebbe se attraverso questa nostra cooperazione raggiunghessimo almeno in parte un suo obiettivo? Come si renderebbe conto di averlo raggiunto?

(Questa modalità di domanda focalizza l'attenzione sulle esperienze future e desiderabili).

Sig. M: Sarebbe bello se funzionasse, ma onestamente non riesco ad immaginarlo.

Ter.: È naturale sentirsi così quando non si ha più speranza. Mi posso immaginare come ci si senta scettici quando in questa situazione ci sentiamo dire che c'è una soluzione e che è possibile uscirne.

Sig. M: No, no, ha ragione. E mia moglie ha già fatto tanto per me. Mi ha convinto a venire qui. Qualcosa deve succedere, non può continuare così. Me lo ripeto tante volte al giorno. Mia moglie e miei figli se lo meriterebbero. Con me si va oltre ogni sopportazione. Ma più me lo ripeto, più mi sento impotente. Qualche volta mi sento come ingabbiato e questo mi far stare ancora più male.

Ter: Questo deve essere proprio un terribile conflitto. Mi sembra quasi che ci sia una parte di lei che lotta per raggiungere ciò che desidera e una parte che invece è completamente sovraccarica.

Sig. M: Proprio così, sì, è questo, mi sento completamente lacerato internamente.

Ter: Ciò può essere collegato a molti aspetti. Mi chiedevo se lei sarebbe qui adesso se sua moglie non avesse preso l'iniziativa.

Sig. M: Credo di no. Io mi sento rassegnato e credo che non ci sia più alcun senso nel fare qualcosa.

Ter: Beh, allora penso sia particolarmente encomiabile il fatto che lei sia qui adesso. Questo è un grande sforzo. Inoltre mi sembra che anche lei abbia a cuore la situazione accogliendo il desiderio di altri, anche se avrebbe preferito agire diversamente.

Sig. M: Sì giusto. Ma questo è il minimo che possa fare, altrimenti sarei del tutto inutile.

Ter: In queste circostanze però, dal mio punto di vista dovremmo iniziare senza aspettarci che queste conversazioni le siano subito di aiuto. Conosco persone che si sentirebbero controllate e sottomesse percependo questi colloqui come una forzatura e un obbligo. E ciò non sarebbe di alcuna utilità. Se lei vorrà cooperare il suo scetticismo sarà considerato legittimo e ci dovremo occupare con molta attenzione dei suoi bisogni.

Sig. M: Ma qualcosa deve succedere. Mi sono detto che devo scrollarmi di dosso questo maledetto scetticismo.

Ter: Quali sono le sue esperienze nell'affrontare le sue sensazioni? Si sente meglio se le sopprime? Immagino che questo le provochi ancor più stress. (Con questa domanda provo a dare un primo indizio degli effetti delle sue tentate soluzioni. Se infatti rimanessimo ancorati a soluzioni che provocano stress, anche la terapia stessa diventerebbe un rituale stressante).

Sig. M: Sì, giusto. Sono spesso stressato. Forse sono io stesso a causarmi lo stress. Ma è perché mi sento completamente impantanato.

Ter: Sì, sembra dispiaciuto per questo. Sarebbe interessato a scoprire se esistono soluzioni alternative meno sofferte?

Sig. M: Certo, se fosse possibile. Pensa che funzionerà?

Ter: Per mia esperienza, sì. Per far questo, il punto decisivo è come essere capaci di gestire i propri impulsi contraddittori. Combatterli costa tante energie e ci rende esausti. Se lei è interessato le posso mostrare quali alternative abbiamo messo a punto nel nostro lavoro. (Voglio fornirgli nuove informazioni, incuriosirlo, e al tempo stesso rispettare la sua possibilità di scelta ed evitare di squalificare le sue precedenti strategie).

Sig. M: Mi interesserebbe ... (Ora non devo elogiare unilateralmente le possibilità positive della terapia ma apprezzare il suo muoversi a piccoli passi mantenendo l'ambivalenza e chiarendo sempre di più il conflitto).

Ter: Ho un dubbio. Naturalmente, poiché è lei a chiederlo, le mostrerò il prima possibile le diverse cose che la possono aiutare e i modi per gestirle. E la mia esperienza con persone con problemi simili al suo mi dice che lei li troverà utili. Tuttavia, se io fossi nella sua situazione sarei molto scettico sulla possibilità che esistano cose del genere. Sarei diffidente e mi sentirei sotto pressione. Le è già capitato altre volte. Quindi forse sarebbe meglio che io facessi un passo indietro e non le proponessi qualcosa che è contro le sue aspettative. D'altra parte però non voglio nasconderle cose che si sono dimostrate molto utili a persone nella sua stessa situazione, giusto?

Sig. M: Non sono sicuro di aver capito. Pensa che ci siano delle possibilità? Sarebbe bello, e inoltre ho bisogno d'aiuto! Ma probabilmente ancora una volta non funzionerebbe. Ma quindi questo vuol dire che lei non mi vuole aiutare?

Ter: Naturalmente la voglio aiutare. Ma il semplice iniziare potrebbe essere da lei interpretato come se io svalutassi il suo scetticismo e non la prendessi sul serio. E questo sicuramente no la aiuterebbe. Io la voglio rispettare.

Sig. M: Beh, sono d'accordo. Ma allora cosa posso fare?

A questo punto è opportuno utilizzare la tecnica della dissociazione per fronteggiare, apprezzandola, l'ambivalenza del cliente ed aprire nuove opportunità.

La tecnica della dissociazione e la "conferenza interna"

I processi che fanno parte e caratterizzano la depressione sono particolarmente pericolosi e dannosi in quanto il paziente tende ad identificarsi con essi. Tali processi mentali assorbono quasi completamente l'attenzione e iniziano a divenire dominanti. La loro dominanza può essere risolta attraverso una sempre maggiore dissociazione dai processi mentali involontari e da un conseguente allontanamento mentale. Per tale motivo i metodi e le tecniche che vengono usate nell'induzione ipnotica possono risultare utili anche nel trasformare l'inconscia induzione del problema in un meccanismo consapevole, problema che diviene pertanto maggiormente accessibile ad un'esperienza volontaria e quindi modificabile. Ciò inoltre supporta e facilita la creazione di un processo positivo di dissociazione. La lotta interna, che si manifesta ad esempio attraverso dialoghi interni di autosvalutazione e che abbiamo sentito dal Sig. M., si ritrova in tutti i pazienti depressi. Questa dinamica può essere utilizzata trattandola come materiale metaforico, come se ci fossero aspetti o parti della personalità in contraddizione e che rappresentano la credenza in valori contrapposti. Attraverso l'uso di metafore si dà al paziente la possibilità di esternalizzare processi mentali incalzanti. Le differenti e contraddittorie tendenze del paziente che sono associate al suo "ego" ("Io faccio", "Io sperimento...") devono essere invece dissociate da esso affinché il paziente possa guadagnare uno spazio libero.

Gli interventi con pazienti depressi derivano dalle tecniche di dissociazione ipnoterapeutica che sono frequentemente utilizzate ad esempio nelle terapie di forte sofferenze o traumi in cui la persona può ritenere che il suo stato non comporti un danno fisico. In questi casi le tecniche di dissociazione portano ad una notevole riduzione della sofferenza (Barber). A partire da questa prima rilevazione scopriamo che esistono molte parti che comunicano fra sé come in una conferenza. Venti anni fa ho definito e sviluppato modelli che ho chiamato "conferenza interna" o "parlamento familiare" (Schmidt 1989, Stierlin 1995, Hesse 2000). Negli ultimi anni sono stati pubblicati molti altri modelli simili (Schwartz 1997, Schultz v. Thun 1999). Al Fachklinik am Hardberg utilizziamo questi concetti come parti di un gruppo, di un contesto sistemico; perciò i membri del gruppo possono rappresentare parti diverse e relazioni significative, che simbolizzano e danno significato alla relazione tra le dinamiche interne e le evidenze esterne e ciò promuove e facilita risultati positivi e utili. Nella terapia di gruppo c'è spesso un'intensa atmosfera di vicinanza e solidarietà che viene sentita, soprattutto dai pazienti depressi, come particolarmente utile e incoraggiante (per un approfondimento si veda Schmidt 2000).

Questa modalità offre allo stesso tempo più vantaggi: a) il miglioramento può essere esperito molto rapidamente. b) permette di dare una descrizione metaforica di queste parti e

ciò facilita una maggiore dissociazione dai pensieri opprimenti e permette maggiori possibilità di immaginare scenari utili e positivi. c) Aiuta a condividere una meta posizione. Nel colloquio con il Sig. M. ciò si è espresso nel modo seguente:

T: nella nostra esperienza si può facilmente costruire qualcosa di utile, ma per far ciò è importante che tutti gli aspetti si incontrino dentro di lei. E' come se ci fossero molte anime o parti dentro di lei in conflitto l'una con l'altra. Noi tutti come lei parliamo di questi processi come se potessimo sempre avere un'esperienza di equilibrio, ma in definitiva e per essere onesti occorre dire che c'è una parte che si sente molto giù e un'altra che la combatte. Perché la parte che è depressa non è la stessa che combatte. Oggi sappiamo che il modo in cui descriviamo l'esperienza umana conduce ad effetti completamente diversi. Se lei volesse modificare gli effetti, dovrebbe innanzitutto descrivere il processo, c'è una parte e c'è un'altra parte, ma nessuna delle due sono me nel senso di un'unica parte integrata. Che effetti diversi sperimenta attraverso queste due parti?

Questo semplice invito a dissociare è molto efficace, più del 90% dei nostri pazienti riportano un immediato miglioramento attraverso l'utilizzo di questa strategia. Non conosco nessun altro intervento altrettanto efficace in breve tempo, immediatamente, completamente chiaro e utilizzabile dalle persone in modo autonomo.

Sig. M.: Quando dico "sono depresso" e poi "Non dovrei esserlo" sento molta pressione. Ma quando c'è una sola parte depressa sento molta meno pressione. E se c'è una parte depressa ci possono essere anche altre parti diverse. Mi sento come se ci fosse una finestra aperta e avessi più spazio.

T: Quindi il suo organismo le dice attraverso altre sensazioni e reazioni fisiologiche che l'altra parte la fa sentire meglio? (Con questa domanda si intende suggerire l'idea di prendere sul serio i feedback che provengono dall'organismo e considerarli importanti in quanto utili informazioni sui bisogni)

Sig. M.: Sì, è molto più semplice se riesco ad immaginarla solo come una parte.

T: Ho l'impressione che le suggerisca quello di cui ha bisogno, ad esempio più spazio e alleggerimento; come se il suo organismo le mostrasse, attraverso le proprie reazioni spontanee, la sua conoscenza intuitiva, cosa è utile per lei (vengono suggerite idee ed esperienze che possono facilitare un'immagine di sé maggiormente positiva).

Sig. M.: Cosa intende? Intende che ho una conoscenza intuitiva? Spesso mi sento così vuoto e cupo.

T: Bene, a secondo del modo in cui parla e pensa di sé, il suo organismo immediatamente reagisce in modo differente. Lei non deve fare nulla di particolare, accade involontariamente. E' il modo in cui si rileva e manifesta la conoscenza inconscia. E se lei si sente male, anche questo accade involontariamente. Se lei si permette di percepire le parti diverse, questo ovviamente crea spazio e una distanza tra lei e la parte depressa e lei si sente più sollevato. Per tale motivo ho tratto la conclusione che il suo organismo le dice, nel suo linguaggio del corpo, ciò che sa relativamente a ciò di cui lei ha bisogno. E quando lo ottiene risponde con un premio, una ricompensa. (Si suggerisce l'idea di considerare l'organismo – come una metafora dei bisogni inconsci – come un collaboratore con bisogni che vanno rispettati, per costruire un rapporto di lealtà verso se stesso. Inoltre: confrontando situazioni diverse, le loro caratteristiche e i diversi effetti, possono essere esperiti dei cambiamenti e costruita una meta-posizione)

Sig. M.: Non ho mai visto la cosa in questi termini. Intende realmente dire che io posso influenzare il modo in cui sento le cose? Mi piacerebbe avere tale influenza, ma spesso mi sento così male che non riesco a fare niente.

T: Questo è comprensibile. Sarebbe troppo facile dire che basterebbe che qualcuno le dica che lei può farlo facilmente. Lo sperimenta ogni giorno. Ma quando si sente più impotente e arreso: quando dice a se stesso, sono così depresso e non riesco a fare nulla, o come direbbe lei, una parte di me sente e sperimenta questo? (la capacità e possibilità non deve mai essere associata all'idea che dovrebbe essere facile metterla in atto. In questo caso il paziente svaluterebbe se stesso molto velocemente se non riuscisse subito, metterebbe se stesso sotto pressione e la spirale depressiva diventerebbe ancor più forte)

Sig. M.: Allora sarebbe sbagliato se dicessi che sono incompleto, come se non ci fosse qualcos'altro in me.

T: Le devo spigare meglio come questo avviene, è chiaro che c'è un parte in lei che ha un'influenza nociva. Le potrebbe apparire insolito perché tutti noi non parliamo di questa modalità nella vita quotidiana. Ma se ho ben capito lei si sente spesso tremendamente disarmato e impotente, come se non potesse fare assolutamente nulla per alleviare o fermare la sua sofferenza. Ho capito bene? (ogni volta i miei suggerimenti si basano su delle verifiche, in modo tale che il paziente non si senta definito dall'esterno, ma viene trattato come esperto).

Sig. M.: Sì esattamente, e allo stesso tempo mi dico milioni di volte che dovrei fare qualcosa, ma non riesco a fare nulla, e così mi sento tremendamente depresso e rassegnato.

T: Ma è chiaro che lei sente questo. Chiunque si sentirebbe così. Se pensasse che potesse fare qualcosa di utile, lo farebbe, non è così? (Si suggerisce l'idea che queste reazioni sono tipicamente umane e che non c'è niente di sbagliato in lui).

Sig. M.: Naturalmente

T: E questo è esattamente il motivo per cui mi sento in dovere di parlare di una parte che si sente depressa e non di lei come un tutto. Perché come lei ha già avuto modo di sperimentare, questa esperienza terribile di essere imprigionato può essere piano piano modificata. Ha sperimentato che può essere modificata, o ho capito male? (Invito a ricordare esperienze positive, che vengono dimenticate molto rapidamente).

Sig. M.: No, è giusto, ora che mi ci fa pensare. Lo avevo già dimenticato.

T: Lo trovo naturale. Il modo usuale di pensare e di rapportarsi con questi aspetti importanti è per lo più automatico, funziona in modo troppo veloce per rendersene conto. Per avere delle modalità più funzionali occorre rintracciare dei significati, che aiutano a interrompere le vecchie modalità e rafforzare quelli più utili e positive. Sarebbe d'accordo se le suggerissi alcune strategie che nella nostra esperienza possono essere molto d'aiuto? (tento di convincerlo a passare ad un nuovo ordine maggiormente differenziato, il paziente è di nuovo considerato colui che può decidere che permette o meno l'intervento).

Sig. M.: Sì, sono molto interessato

T.: OK. Ma prima di iniziare vorrei chiederle qualcosa. Se quello che le sto proponendo è per lei plausibile e adeguato: ho l'esperienza che le persone che sono molto attente e desiderose di fare le cose per il meglio si mettono immediatamente sotto tensione e si aspettano di realizzare immediatamente al 100% ciò che è stato loro suggerito. Ma questo è un sovraccarico estremamente dannoso. Di norma l'unica cosa utile è procedere gradatamente, passo dopo passo, con molta pazienza e concedersi, nel caso in cui le cose non vadano tanto bene, di provare con scrupolo una cosa dopo un'altra e di gestire con

cautela le conseguenze. Ma questo poi può essere di grande supporto. Perciò io vorrei chiederle di valutare ogni cosa che io le suggerisco e che, nel caso in cui notasse di essere sotto tensione, eventualità che sarebbe naturale, o che procediamo troppo velocemente, me lo dicesse immediatamente, per favore. E' pronto per fare questo? (Questo intervento è finalizzato a relativizzare la spinta e l'idea di dover realizzare tutto subito e perfettamente, cosa che i pazienti di solito non si concedono. Ciò rafforza la meta posizione e facilita anche l'avvio di un processo di valutazione maggiormente auto-responsabile)

Sig. M.: Ho pensato fino adesso che se alla fine non riprendo d'animo non succederà nulla, ma se secondo la sua esperienza questo è più utile cercherò di prenderlo in considerazione (il paziente accetta con cautela il permesso).

Passerò ora a spiegare il modello in modo semplice, passo passo e seduta per seduta in linea con lo sviluppo del trattamento. Il paziente viene considerato e trattato come un collaboratore, quasi un coterapeuta, è lui che modificando le proprie competenze è il responsabile del successo del trattamento. Affinché il paziente diventi indipendente dalla terapia e quanto prima non abbia più bisogno del terapeuta è utile che tutto il processo sia per lui il più chiaro possibile e che la terapia sia una sorta di training con una forte valenza di auto-esperienza.

Attraverso tale processo il paziente è in grado di costruire in tempi brevi una meta-posizione che lo aiuta ad apprendere e a controllare e utilizzare in modo maggiormente costruttivo anche le esperienze opprimenti.

Ciò funziona anche come vera e propria prevenzione.

Traduzione degli stati depressivi in informazioni relative a bisogni importanti e giustificati

Quando una persona si trova a vivere in uno stato depressivo può vedere i sintomi solo come un male, una rovina, come segni della propria incapacità – le tentate soluzioni individuate sono solitamente tentativi di “eliminare del tutto”, tentativi che invece aggravano il problema. Attraverso una descrizione metaforica di “parti” diverse e dell'interazione delle une con le altre viene facilitata una strutturazione positiva e supportate strategie più integrate, che permette un maggiore autoapprezzamento e tranquillità interiore.

La maggior parte dei pazienti riferisce che le parti più perfezioniste che cercano fino allo stremo di soddisfare le richieste incontrano quelle di un bambino remissivo e sottomesso (regressione). La parte del bambino può essere definita come completamente desiderosa di una vicinanza simbiotica, soddisfatta, totalmente in armonia e completamente accettata. Se tale desiderio viene costantemente ignorato allora ci sarà una parte che apparirà molto arrabbiata. Ma la parte arrabbiata viene solitamente svalutata e repressa. E' una minoranza che lotta contro le altre parti, ma si difende respingendo e costringendo. Alla fine si ribella alla persona stessa. Tale lotta interna richiede molte energie e conduce all'esaurimento fino ad arrivare al desiderio di morte.

Quando i processi depressivi vengono raccontati sotto forma di metafora, allora il paziente può facilmente e rapidamente comprendere che la depressione non è l'espressione di un'incapacità di base, ma una reazione comprensibile e adeguata alla repressione e alla svalutazione. Risulta essere sempre una reazione involontaria nel momento in cui il paziente lascia che la parte perfezionista diventi la “maggioranza” dominante. Tal processo

può essere quindi considerato come una fonte di informazioni su dei bisogni importanti e legittimi. Nel momento in cui i processi depressivi vengono collegati con quelli in cui il paziente considera più favorevolmente e maggiormente i propri bisogni, allora si può rilevare come lo stato depressivo inizi a diminuire o addirittura si risolve.

Comunque a lungo termine non è utile suggerire al paziente di privilegiare in modo univoco la parte più sensibile ai bisogni, in quanto anche la parte perfezionista fa parte del sistema di valori della persona. Nessuna di queste parti è problematica in sé. Rappresentano aspetti parziali e importanti per un individuo che vuole costruire delle relazioni con altri individui. Contribuiscono all'escalation depressiva solo nel momento in cui diventano delle polarità che lottano le une contro le altre secondo un modello "tutto o nulla", "o questo o quello". Il tentativo di eliminare completamente l'ambivalenza conduce allo stato depressivo.

Per tale motivi invitiamo i pazienti, secondo la tradizione della scultura di famiglia, di posizionare le diverse parti ad un'adeguata distanza e vicinanza le une dalle altre, in modo da percepirsi come membri di una conferenza e sentirsi bene e forti. Viene così sperimentato che non è possibile identificarsi con una parte ed escludere l'altra. E' inoltre molto importante focalizzare una nuova "entità" interna al paziente, ad esempio il "manager" o "il presidente della conferenza" e le sue reazioni fisiche. In tale strutturazione il paziente sente immediatamente dei forti segnali fisici di armonia che esprimono la conoscenza intuitiva dell'organizzazione interna ottimale. Focalizzandosi su questo i pazienti divengono in grado, in tempi brevi, di sentire gli stimoli che provengono dalle varie parti e di gestirli nel modo più adeguato (a seconda del contesto). In tal senso la depressione può essere considerata un desiderio di: - essere accettato, -soddisfatto; poter semplicemente essere, poter dare, ma anche prendere – sicurezza.

Pertanto in modo molto rapido si crea empatia fra le diverse parti e internamente i clienti sviluppano una sorta di cultura della tolleranza e della cooperazione multiculturale.

Il Sig. M. per esempio mostrò come fin da quando era giovane aveva cercato di ottenere il rispetto del padre. Era l'unico figlio maschio. Suo padre era un impiegato, ma avrebbe voluto volentieri studiare e "fare qualcosa di importante" – nella speranza di soddisfare maggiormente le aspettative del padre il Sig. M. aveva sempre avuto l'impressione che il padre riponesse molte speranze in lui e sognasse che potesse realizzarle, ciò si configura come un contratto di delegazione subliminale nel senso di Stierlin (Stierlin 1978). Ma qualsiasi cosa facesse sentiva che non era abbastanza per suo padre. Più si sforzava più perdeva le speranze di riuscire. Quando a volte si arrabbiava e prendeva le distanze dal padre, allora la madre ne soffriva molto ed era molto rammaricata del fatto che anche il padre si arrabbiasse e si deprimesse, e tutto la famiglia ne soffriva. Di conseguenza il Sig. M. iniziava a sentirsi in colpa e provava di nuovo. Nella sua famiglia attuale mette in atto lo stesso modello e cerca di fare le cose al meglio per la moglie e per i figli fino allo stremo delle forze. Questi conflitti interni possono essere rappresentati in terapia attraverso il modello delle "parti", e venire anche riconosciuti. In tal modo lo stato depressivo può essere considerato come uno sforzo di fedeltà in nome della famiglia e allo stesso tempo come informazione utile rispetto a dei bisogni trascurati. Attraverso l'uso di domande che differenziavano le diverse esperienze, tra cui anche quelle in cui il Sig. M. si sentiva bene, si poteva facilmente rilevare che i momenti "migliori" erano quelle in cui il paziente si permetteva di prendere le distanze e si trattava con più rispetto. Così gradatamente ha iniziato a comprendere che la depressione era un feedback della sua conoscenza inconscia rispetto a ciò che era carente e ciò che avrebbe dovuto

incrementare. Lo stato depressivo può essere da tale punto di vista considerato una "spia di allerta" o una "guardia del corpo" che richiede di comportarsi con sé e con gli altri in modo più salutare.

La simbolizzazione della depressione come "ospite" e altri interventi simbolici e rituali per definire migliori soluzioni strategiche.

Il procedimento descritto prima alimenta la possibilità di cambiare i precedenti problemi partendo dalle tentate soluzioni degli altri. Il modo in cui si cerca di risolvere un problema, è un elemento centrale della modalità che mantiene il problema: "la soluzione è il problema" (Watzlawick et al., 1974). L'esperienza depressiva è quasi sempre la conclusione della maggior parte delle tentate soluzioni, l'incompetenza di base non viene mai mostrata al paziente designato, ma vengono mostrate solamente le tentate soluzioni: una scelta ad alto prezzo. Come prima cosa i clienti cercano di star meglio risollemandosi dalla depressione, dalla tristezza, ecc. tramite interventi diretti (incoraggiandosi, accusando, "collaborando" ecc.). I processi involontari, di rado però possono essere direttamente controllati. Così la lotta aumenta e questo alimenta la depressione che viene vissuta come un'esperienza forte. A ciò segue la rassegnazione. Noi abbiamo varie esperienze valide per dire che in molti casi la depressione non è direttamente cambiabile. Secondo un apprezzato punto di vista la depressione è considerata come una fonte di informazione che porta ad intuizioni che non possono essere eliminate, perché una così importante come la "guardia del corpo" non può essere eliminata. Se questa non viene eliminata, i clienti sono più facilitati. Lo stress creato da tale aspettativa di eliminare la depressione si risolve perché si capisce che è necessaria ma questo non significa che ci si deve rassegnare solo "per avere preso contatto con essa".

Perciò invitiamo i clienti a cercare con noi strategie risolutive più utili per affrontare la ristrutturazione. Ipotizziamo ancora una volta che per confrontare serva questo: "supponiamo, che voi vi perdoniate da soli per essere stati impazienti e aver preteso tanto da voi stessi, che effetti avrebbe questo su di voi?". I feedback dei clienti possono essere di grande aiuto. La depressione può essere utilizzata come un "quasi supervisore" per seguire i passi della terapia in modo da ottimizzare i tempi. Siccome questo accade come un "visitatore che fa ritorno in mente" solo in quel momento quando i bisogni necessari per la salute sono considerati, questo può essere ignorato. Questi modi, definiti come ricadute, possono essere considerati come feedback che hanno valore per qualcosa che va troppo in fretta e che non è considerata adeguatamente o che è ancora controllata dalle vecchie modalità.

Nella maggior parte dei casi è opportuno invitare i clienti a non esser in obbligo né verso le loro reazioni e né verso quelle degli altri. Per esempio la parte depressiva viene metaforicamente descritta come un bambino bisognoso ed esausto (generalmente come un bambino disperato ma che allo stesso tempo si sente vecchio) da ciò si può concludere che il trattamento non dovrebbe far sentire meglio (per esempio sentirsi protetti, consolati). Ciò che è utile per il paziente designato come persona integra può essere descritta con la metafora "azione d'aiuto per persone bisognose" o come un contributo per la "felicità dei bambini" ecc. Questo richiama un'altra volta il sistema di valori del paziente designato che è più disponibile verso gli altri anziché verso di sé. Quando il paziente designato non ha aspettative esorbitanti, lui può fare questo per se stesso perché non lo fa solo in maniera

egoistica (questo è considerato un tabù) ma come un dovere dell'organismo che ha un obiettivo ancora più elevato, com'è "la salute" per l'intero sistema.

Come possiamo mostrare in un nostro studio esteso a pazienti diagnosticati come maniaci-depressivi e ai propri familiari, ogni intervento con questo gruppo di clienti era efficiente quando la "malattia" era considerata come un "essere" che si può imparare a gestire in modo funzionale (anche da parte della famiglia) (Rotzer et al.; 1989; Weber et al. 1987).

Dissociazioni utili che danno un senso di sollievo, possono essere più utili se la depressione in sé è descrivibile sottoforma di metafora. Numerosi sono le descrizioni date come: "un estremo peso", "una pietra che schiaccia", "una palude terrificante dove mi sento affogare lentamente" o metafore riguardanti la meteorologia come "freddo ghiacciante", "nuvole scure". Queste immagini anche se sembrano terrificanti aiutano il paziente designato a dare alla depressione più contorni, a distanziarsene e in questo modo è resa più gestibile. Gli interventi hanno un effetto illuminante, i clienti inoltre sono invitati ad estrarre simboli concreti da queste immagini, immagini che possono essere portate sempre con sé o da esporre al bisogno.

Il signor M., per esempio, descrive la sua depressione come un grande peso che lui porta sempre con sé. Io allora gli ho suggerito di prendere dei pezzi di carbone da portarsi dietro. Lui ha deciso di prenderne sei pezzi. Questi rappresentavano le richieste dei genitori, della sorella, della moglie e di entrambi i suoi figli. Abbiamo deciso che lui avrebbe messo questi pezzi di carbone in uno zaino che avrebbe dovuto portare sempre con sé per qualche settimana, ovunque, senza attirare troppo l'attenzione. Riferì immediatamente di sapere con chiarezza cosa stava portando e cosa avrebbe ottenuto facendo tutto ciò. Ogni volta che lui rimuoveva lo zaino dalle sue spalle, si sentiva meglio. Questo rituale, la metafora lo ispirava, lui sapeva come procurarsi un po' di sollievo. Le idee, le cognizioni seguivano la stessa direzione dei rituali e in questo modo si potevano trasformare meglio durante il giorno. Per rappresentare la sua precisione ha immaginato una frusta che lo sollecitava a dare sempre di più. Allora io gli ho suggerito di procurarsi una frusta e di osservare quando l'avrebbe utilizzata e le alternative che potevano venirgli in mente. Lui l'ha fatto e ha riportato che tante volte si è ripreso dal frustarsi, interrompendo la solita modalità. Un'altra analogia è l'immagine di una maratona senza fine. Inspirato da domande ipotetiche questo ha portato ad una vera pratica.

Ciò ha offerto molte possibilità per capire il miglior modo per arrivare in fondo senza strafare. Finalmente lui comprò un pulsometro per il cuore che gli mostrava quando cominciava ad andare troppo in fretta. In questo modo ha costruito una sua modalità per diventare più forte, senza alcuna sollecitazione. Infine portammo tutto questo nel quotidiano e fu usato al fine di creare relazioni.

In modo metaforico la medicazione antidepressiva può essere utilizzata "quasi come una modalità relazionale" ciò rappresenta le competenze che il paziente designato può esternare. Noi lo consideriamo come cooperatore del paziente designato, come "leader" che delega i compiti al medicamento. Lui crede che finché non è in grado di garantirsi tutto ciò da solo, nel suo caso l'uso dei medicinali è da considerarsi come un'azione di responsabilità. Queste posizioni valutative comuni nelle tradizioni antipsichiatriche (potrebbero solo creare conflitti di lealtà nel paziente designato) possono quindi essere effettivamente evitate. Dopo però il prezzo che una delegazione può avere sulla medicazione, il sentirsi dipendente, non in grado di utilizzare le proprie competenze potrebbe essere discusso in modo costruttivo. Allora a piccoli passi la motivazione più

attiva del paziente designato si sviluppa per cercare di utilizzare pochi o nessun medicinale e in modo da utilizzare tutte le reazioni in modo costruttivo.

Bilancio tra la soluzione-focalizzata e l'apprezzamento del "problema"

In molti casi di soluzioni focalizzate, i concetti sono compresi in modo che il compito terapeutico centrale sia quello d'attivare le risorse e la concentrazione focalizzata. Dal punto di vista sistemico questo è rigido e indifferenziato. Ma quando le competenze che aiutano i clienti sono scoperte, la domanda che sarebbe da farsi è: quale può essere stata la ragione di queste competenze dissociate.

Com'è prospettato e rappresentato qui, ciò che sembra incompetenza può essere compreso solo nel contesto relazionale dei clienti (ricontestualizzando il problema e la modalità di soluzione). Quello che ci verrebbe da chiedere immediatamente quando le competenze sono scoperte e attivate nuovamente è: quali effetti si aspettano i clienti a) se essi vogliono continuare ad usare queste competenze in un modo sano e comparare questo con b) se essi vogliono continuare con la propria dissociazione e se vogliono continuare a vivere la modalità del problema precedente. La maggior parte di questi confronti genera rapidamente molte informazioni importanti che sembrano essere: paure da parte dei clienti che aumentano i conflitti, dando un peso maggiore agli altri, ciò li farebbe sentire colpevoli perché farebbero qualcosa di buono per loro stessi. Il comportamento-problema e la dissociazione dopo però possono non essere definiti più come una pura incompetenza ma apprezzati come una sorta di competenza rispettabile, benché utile per differenti scopi. La maggior parte di questi obiettivi esprime l'obbligo-lealtà in cui i clienti si rivedono. Comunque, un focus della competenza da una sola parte non è mai sufficiente, essa può far derivare nuovi problemi seri nei clienti. Perché per il paziente designato depressivo "la propria salute" come scopo primario non è una prospettiva significativa. Essi rigidamente sono orientati verso la lealtà e non riescono a fare qualcosa di buono per loro stessi da soli. Dal punto di vista dei clienti, essi invece non possono usare le loro risorse perché non riescono a trovare l'accesso, "ciò può essere" visto da loro come un modo di fare essere leali: rifiutando le loro competenze attraverso la dissociazione.... I sintomi diventano sottointesi come il risultato di un enorme dilemma e conflitti-scopo in cui i pazienti speriscono se stessi e il loro agire. Essi non sono solo problemi ma anche l'espressione delle prova per arrivare alla soluzione ma si arriva pagando un alto e distruttivo prezzo.

Anche dopo aver riattivato le competenze un ulteriore compito centrale in terapia viene aumentato, quello di supporto i pazienti nel risolvere queste dilemma e dirigere i conflitti verso una direzione costruttiva (individuazione collegata nel senso di Stierlin, Stierlin 1995). "La ricaduta" può essere compresa rapidamente e usata come un'allusione alla negligenza di una parte di un sistema bisognoso che in seguito può iniziare ad contro-regolarsi, così questa "ricaduta" può essere valutata, come uno sforzo per il sistema (Schmidt, 1988).

Per questo è molto importante includere il sistema-relazionale rilevante nella consultazione. Le conversazioni familiari dopo, focalizzano a) provare se le paure del paziente designato sono corrette, b) chi nella famiglia è d'accordo a supportare il paziente designato con questa modalità d'aiuto, c) di cosa gli altri da soli hanno bisogno per cambiare nel miglior modo. Attraverso questo c'è sembrato che anche gli altri della famiglia devono sopportare un gravoso peso durante la fase depressiva, ma nessuno prende

le distanze in modo funzionale, perché seguono lo stesso sistema di valori del paziente designato.

Dalla comparazione delle domande con cui si fa chiarezza sono emersi gli effetti delle diverse interazioni familiari, le variazioni costruttive e i partecipanti hanno notato inoltre quali di queste modalità possono essere problematiche pur avendo buone intenzioni. I membri partecipanti della famiglia tipo riportano i seguenti fattori d'aiuto che sono ad esempio: rivolgersi verso il paziente designato mentre viene ascoltato, ma dicendo "lascia stare" cioè semplicemente accettarlo nel senso "ora sei così", senza dare nessun suggerimento e nessuno sforzo per cambiare, - per trattare il paziente designato come malato e non come un "essere colpevole" e per vedere insieme come gestire in modo ottimale la malattia;- conciliare la pazienza con il depresso, ma anche con se stessi e le proprie reazioni interne che sono in lotta (che si esercitano all'ambivalenza);- "i messaggi dell'io" esempio parlare sulle nostre emozioni, percezioni, reazioni, frustrazioni, paure, angosce, aggressioni, quando questi accadono, senza accusare il paziente designato come una "causa"; -non pretendere "il falso" (emozioni positive), perché la persona depressa noterà immediatamente e la considererà come una prova per la sua solitudine o considererà se stesso come un peso; curare in base al nostro limite di potenza. Sovraccaricare se stessi causerebbe nel paziente designato un senso di colpa. L'aiuto è per lui "amore, che qualche volta dice no"; - qualche volta chiede per aiutare se stesso e menziona il nostro bisogno di aiuto, reagire verso la persona con rispetto e pensare che la situazione non resterà in questo modo. (Aspettativa moderata); - invitare il paziente designato alle comuni attività; pretendere da lui (moderato), perché pretendere poco dalil paziente designato lo può mettere in imbarazzo.

Il signor. M aveva paura, già solo se erano citati gli effetti attesi delle modalità-soluzioni che potevano aiutarlo, di dare un'impressione di sé come una persona fredda senza cuore e ingrato nei confronti di sua moglie e dei suoi figli e irritare i suoi genitori tanto da rompere la relazione con loro. Probabilmente la sua preoccupazione era: diventerò non curante e arrogante. Per prevenire la creazione di questo "pensare nero e bianco" i nuovi conflitti che noi offrivamo erano finalizzati a bilanciare questi aspetti apparentemente così contraddittori. Egli era molto sollevato da questo. Durante le conversazioni familiari sua moglie e i suoi bambini hanno portato altri desideri e lentamente li hanno perseguiti, qualche volta anche per mettersi alla prova. In questo modo, avevano la possibilità di sviluppare un'empatia congruente. Il Signor M. riferì di essersi reso conto che sua moglie e i suoi figli non si prendevano più molte responsabilità al posto suo. Durante una seduta, la moglie chiese al cliente di dargli per un po' i suoi pezzi di carboni, simbolo della sua depressione, per sentire com'era e perché aveva l'impressione di sentirsi più carica in questo modo. Dopo anche entrambi i figli volevano portare i pezzi di carbone, la depressione si era quasi liquefatta nel sistema. Il Signor M. esperì se stesso come emozionato e compreso. Dapprima io avevo intenzione – come spesso faccio- di suggerire un saluto rituale per il depresso e la sua famiglia, per esempio bruciando i pezzi di carbone (vedi v.d.Hart, 1982). Il signor M., comunque aiutato da sua moglie ha rifiutato con decisione. Egli voleva prendere i pezzi di carbone e tenerli in memoria dei suoi struggenti e lunghi anni, come un ricordo per la sua sofferenza e soprattutto in ricordo della migliore modalità di aiuto, li avrebbe messi in un "posto d'onore sull'armadio". Io accettai questo, ricordandogli che erano reazioni simili a molti altri clienti "depressi". Dopo nove sedute a distanza di circa sette mesi la terapia finì, ma come sempre preparai il signor M. e gli dissi

che poteva sempre richiedere ancora una seduta, non solo quando aveva bisogno, ma anche dopo, come una richiesta di ricompensa.

Questo lavoro è dedicato a Helm Stierlin con gratitudine per tutto il supporto che ha dato al nostro "Gruppo di Heidelberg" e per tutte le possibilità che ha sviluppato per noi.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1993): *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In: Franke, A., Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3-14), Tübingen: dgvt.
- Beahrs, J. (1982): *Unity and Multiplicity*. Irvington, San Francisco.
- Beck, A.T. (1986): *Kognitive Therapie der Depression*, PVU, München-Weinheim
- Brown, G.W. , Harris, T. (1978): *Social origins of depression*. A Study of psychiatric disorders in women, Tavistock, London
- Damasio, Antonio R. (1999). *Descarte's Irrtum- Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München, dtv.
- de Shazer, S. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart
- ders (1989). *Konferenzen mit der inneren Familie*. (Toncassetten), Müllheim, Audiot.-Verlag
- ders (1992) *Sucht-"Krankheit" und/oder Such(t)-Kompetenzen; lösungsorientierte systemische Therapiekonzepte für gleichrangig-partnerschaftliche Umgestaltung von "Sucht" in Beziehungs- u. Lebensressourcen*. In: Richelshagen, K. (Hg.): *Süchte und Systeme*, Freiburg, (Lambertus-Verlag)
- ders (1992) *Systemische und hypnotherapeutische Konzepte für die Arbeit mit psychotisch definierten Klienten*. In: Peter, B., Schmidt, G. (Hrsg.) (1992): *Erickson in Europa*, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- ders (1992): *Das Spiel mit Unterschieden; wie therapeutische Lösungen lösen*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- ders (1996). *Vom sog. "Rückfall" zur Nutzung von "Ehrenrunden" als wertvoller Informationsquelle*, In: Richelshagen, K. (Hrsg.) *Systemische Suchttherapie*, Lambertus-Verlag
- ders (1999) *Hypnosystemische Kompetenzentfaltung. Nutzungsmöglichkeiten der Problemkonstruktion*, in: Döring-Meijr, H. (Hg.): *Ressourcenorientierung - Lösungsorientierung*, Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht
- ders (2000) *Die Utilisation von „Wahr-Gebungs-Prozessen“ aus der „inneren“ und „äußeren Welt“ von TherapeutInnen/ BeraterInnen für eine zieldienliche Kooperation in der Therapie/Beratung*, in: *Familiendynamik* 2/2000
- ders (2001). *Kompetente jugendliche Kunden und Familien als ko-therapeutische Helfersysteme- das Hardberg-Modell einer stationären systemisch-hypnotherapeutischen Jugendlichen-Psychosomatik*. In: Rotthaus, W.: *Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen*, Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg
- ders (1988). *Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht*. In: Körtel, J. (Hg.): *Der Rückfall des Suchtkranken*. S:173-213.
- ders (1990): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen der Kurzzeittherapie*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Erickson, M., Rossi (1981): *Hypnotherapie*, Pfeiffer, München (1979, *Hypnose*, Pfeiffer, München)
- Gergen, K.J. (1996). *Das übersättigte Selbst- Identitätsprobleme im heutigen Leben*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Gilligan, St. (1991). *Therapeutische Trance. Das Prinzip Kooperation in der Erickson'schen Hypnotherapie*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Goodman, F.D. (1996): *Trance- der uralte Weg zum religiösen Erleben*. Gütersloh.
- Haley, J. (1978): *Die Psychotherapie von Milton Erickson*, Pfeiffer, München
- Hesse, P.U. (2000): *Teilarbeit: Konzepte von Multiplizität in ausgew. Bereichen moderner Psychotherapie*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Hoffmann, L. (1982): *Grundlagen der Familientherapie*, Isko-Press, Hamburg
- Kossak, H.Ch. (1989): *Hypnose- ein Lehrbuch*, Weinheim- Psychologie Verlags-Union
- Kriz, J. (1992): *Chaos und Struktur. Systemtheorie*, Bd.1. München (Quintessenz).
- Lake, T. (1990): *Depressionen bewältigen*, A.Müller-Verlag, Zürich-Stuttgart-Wien
- Maturana, H. (1982). *Erkennen. Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit*. Braunschweig, Vieweg
- Maturana, H., Varela, F. (1987): *Der Baum der Erkenntnis*, Scherz, Bern/München/Wien
- Nuber, U. (1996): *Der Mythos vom frühen Trauma*.
- Ornstein, R. (1992). *Multimind - ein neues Modell des menschlichen Geistes*. Paderborn, Junfermann.

- Penfield, W. (1975). *The Mystery of Mind*. New York
- Reddemann, L. (2001): *Imagination als heilsame Kraft- zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Retzer, A., Schmidt, G., Simon, F.B., Weber, G., Stierlin, H., (1989). *Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie*. *Familiendynamik* 14:214-235.
- Rossi, E. (Hrsg.)(1995). *Gesammelte Schriften von M.H. Erickson*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme.
- Roth, G. (1994). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit*. Frankfurt, Suhrkamp
- Schmidt, G. (1985). *Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie*. In: *Familiendynamik* 10: S.242-264
- Schulz v.Thun, F. (1999). *Miteinander Reden 3. Das „innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation*. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg.
- Schwartz, R.C. (1997). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. Pfeiffer-Verlag, München.
- Seligman, M.E.P. (1986): *Erlernte Hilflosigkeit*, PVU, München-Weinheim
- Selvini-Palazzoli, M., Cecchin, G., Boscolo, L., Prata, G. (1978): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart, Stuttgart, Klett-Cotta
- Simon, F.B. (2001). *Die andere Seite der Gesundheit*. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg
- Spitzer, M. (2000). *Geist im Netz- Modelle für Lernen, Denken und Handeln*. Heidelberg/ Berlin, Spektrum Akadem. Verlag
- Stierlin, H. (1978). *Delegation und Familie*. Frankfurt, Suhrkamp
- Stierlin, H., (1995): *Das Ich und die Anderen*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Tomm, K. (1994). *Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik 2. Ordnung in der systemischen Therapie*. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme.
- v. Schlippe, A., Schweitzer, J. (1996): *Lehrbuch der systemischen Therapie*. Göttingen, Vandenhoeck u. Rupprecht
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fish, R. (1974). *Lösungen- Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Huber, Bern
- Weber, G., Retzer, A., Schmidt, G., Simon, F.B., Stierlin, H., (1987). *Die Therapie der Familien mit manisch-depressivem Verhalten*. *Familiendynamik* 12:139-161.
- Wolinsky, S. (1993). *Die alltägliche Trance*. Freiburg, Lüchow.
- Yalom, Irvin D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Pfeiffer, München
- Yapko, M. (1995): *Depression und Hypnose*, München, Pfeiffer-Verlag
- Yapko, M. (1990). *Trancework: An introduction to the practise of clinical hypnosis*. New York, Brunner/ Mazel.
- Zeig, J. (1995). *Meine Stimme begleitet Sie überall hin- ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson*. Stuttgart, Klett-Cotta