

La collusione

Diventare dottor omeostata

Umberta Telfener
utelfner@telematica.it

In ogni momento l'osservatore si
relaziona al sistema attraverso la
propria comprensione del sistema, la
quale modifica il rapporto con esso
(Fruggeri 1992).

- Il costruttivismo modifica il rapporto stesso con i processi di conoscenza.
Il clinico non andrà più a cercare i giochi specifici o a scoprire la 'realtà' dei pazienti; il lavoro clinico non sarà più un processo per risolvere i problemi quanto per definirli e ridefinirli (Goudsmit).

In una prospettiva costruttivista, il terapeuta non sa di più e meglio del paziente: le sue teorie, le sue ipotesi, le sue narrazioni non sono né vere né false, sono plausibili esattamente quanto lo sono quelle del paziente. Ciò che le differenzia, piuttosto, è il fatto che le ipotesi del clinico debbono porsi e mantenersi ad un differente ordine logico rispetto a quelle del paziente: non al livello dei contenuti di conoscenza, bensì dei processi che costruiscono conoscenza; non al livello (di primo ordine) del 'conoscere', bensì al livello (di second'ordine) del 'conoscere il conoscere'.

- Il cambiamento emerge da una coordinazione di una coordinazione tra persone all'interno di uno spazio di discorso condiviso. Non ci sono procedure oggettive in psicoterapia, e quello che sarà chiaro ed autoevidente alla fine di una terapia – sostiene Goudsmit – non è prevedibile prima dell'incontro psicoterapeutico.

“Conseguenze non volute” nelle dinamiche interpersonali e sociali

Secondo Shotter (1987) le conseguenze non volute sono l'esito di una azione congiunta, non riferibile ai singoli individui, ma neanche causate da fattori esterni. I partecipanti all'interazione hanno un ruolo attivo nel formare il percorso dell'azione congiunta, ma il percorso stesso é contingente, processuale e storico.

L'errore

Gli errori sono dei segnali. E' impossibile, anzi errato proporsi di non fare errori: la possibilità dell'errore non si distingue dalla possibilità stessa della conoscenza.

Si fanno errori rispetto ad una teoria definita che sola può dirci cosa considerare come rilevante o meno, cosa perseguire o evitare, cosa sia giusto e sbagliato.

La base per l'autocorrezione cibernetica deriva dalla possibilità di generare errori e differenze che permettono di modificare i propri comportamenti (B.Keeney)

L'empasse

Situazioni difficili in cui ci si viene a trovare quasi all'improvviso e a volte inspiegabilmente. Punti di biforcazione che non avevamo previsto e che ci obbligano a prendere una via alternativa. Sono il risultato della storia di quella terapia, dell'incontro tra paziente, clinico, modello di intervento, contesto e narrazioni emerse; si dipanano nel tempo e nello spazio segnalando la necessità di ripensare al proprio operato. Possono dare origine a momenti evolutivi importanti.

La cronicità

Secondo Luigi Boscolo quando una mappa di patologia viene condivisa da tutti i componenti della rete relazionale che comprende il cliente, i familiari, i curanti, gli invianti allora inizia la cronicità: quando tutti sono d'accordo non c'è più nessuno scambio di informazioni.

Gli insuccessi

Difficile parlare di insuccessi: quello che può essere un successo per un membro del sistema terapeutico può venir letto come insuccesso da un altro. Non ci sono quindi insuccessi oggettivi ma solo riferiti ad un particolare punto di vista. un i. può essere un evento che accade e ci prende la mano, una situazione in cui ci troviamo paralizzati, perché troppo invischiati, perché abbiamo perso la nostra autonomia. Quando si è persa la processualità, intesa come la disponibilità di tutti coloro che sono coinvolti di metacomunicare e riflettere su quanto sta avvenendo.

I drop out

Abbandono della terapia non contrattato che avviene di solito entro le prime sedute. Vera e propria fuga, + o – inspiegabile, che può risultare terapeutica quando comunque con la sola perturbazione iniziale la situazione evolve oppure non terapeutica quando le cose rimangono uguali o peggiorano.

Rischio del rischio iatrogeno

Il rischio che deriva dalla cura e che non ha a che fare con la gravità della sintomatologia o con la personalità dell'utente ma deriva da ciò che è accaduto nell'interazione, durante il processo clinico.

Si tratta di un rischio di secondo ordine: l'errore dell'errore, il non sapere di non sapere, l'aver confuso la descrizione della realtà con la realtà stessa.

Operazioni della conoscenza

Sapere

Non sapere

Sapere di sapere

Sapere di non sapere

Non sapere di sapere

Non sapere di non sapere

Mentre il paziente porta una narrazione credendola una descrizione oggettiva della propria realtà, il terapeuta propone ipotesi alternative senza credere al fine di verificarne l'utilità. Il terapeuta, quindi, è (e deve essere) colui/colei che 'sa *di sapere*' (sa che le conoscenze sono che descrivano in modo più 'vero' la realtà del paziente, bensì costruite e autoreferenziali), e 'sa *di non sapere*' (sa che ogni conoscenza è soggettiva, parziale, riduttiva, contaminata, provvisoria). Non solo, il terapeuta deve anche esser consapevole di 'non sapere di non sapere', ovvero della ineludibile presenza di punti ciechi: è necessario *non ignorare la nostra ignoranza*, non dimenticare cioè il fatto che è inevitabile la presenza di punti ciechi, l'esistenza di informazioni che non cogliamo e di collusioni nelle quali ci troviamo e delle quali rimaniamo inconsapevoli.

Sapere di sapere

La prima responsabilità di un operatore risiede non solo nella cura ma nel sapere di sapere: nella consapevolezza e nella assiduità con cui nel lavoro esplorerà e utilizzerà il metalivello dal quale impone al mondo l'ordine che poi in esso (ri)scopre

Il lavoro di rete

La comunicazione tra i sistemi coinvolti esige il chiarimento della reciprocità cioè la consapevolezza che l'osservatore è connesso recorsivamente col sistema che osserva e che non può esserci un punto di vista oggettivo prevalente sugli altri.

Il case manager

La presenza di un *case manager* a volte è indispensabile: chi ha in testa la complessità di quello che avviene, che tiene il progetto in toto, che permette di non spezzettare la realtà e di non seguire tappe le une separate dalle altre.

Si tratta di chi ha la progettazione/programmazione in mano, di chi conosce la strategia e senza strategia non è possibile far evolvere una situazione

"Sistema Determinato dal Problema"

Goolishian e coll. (1986) hanno coniato quest'espressione per indicare quella rete di familiari, operatori sociali, giudici, terapisti e altri che si esprimono sulla natura del problema e che quindi, attraverso il linguaggio, contribuiscono a crearlo.

Boscolo e Cecchin affermano che "ci vogliono tre generazioni per fare uno schizofrenico più uno psichiatra che lo etichetti come tale" (1983, 93)

L'epistemologia cibernetica

All'interno di un'epistemologia cibernetica
nulla è benefico o dannoso in sé bensì
può essere definito tale solo all'interno di
una relazione e di un contesto

Successi e fallimenti non dipendono
unilateralmente dal clinico o dal cliente
bensì si generano nella storia della
relazione, dell'incontro e del reciproco
coordinarsi tra premesse implicite del
cliente e teorie del clinico

Operazioni dell'operatore

- Lavorare con professionalità diverse
- Implementare il lavoro di rete
- Fare progetti operativi a tempo definito
- Lavorare sui concetti di secondo ordine (cambiare gli usuali pattern di cambiamento, ascolto dell'ascolto,...
- Prestare attenzione alle premesse proprie e degli altri operatori
- Separare il dominio del controllo/azione da quello delle spiegazioni
- Prestare attenzione al rischio del rischio iatrogeno
- Rinunciare al potere e al controllo
- Assumersi la responsabilità delle azioni
-

modalità di intervento I° e II° ordine

- I livello di intervento
- è dipendente dal contesto,
- è di rete,
- è una consulenza,
- è un intervento aspecifico nel senso che si fa un intervento che non è di psicoterapia e il committente può essere diverso dall'utente.
- La vera sfida di un operatore sistemico è rimanere a questo livello. Il secondo livello è un intervento di psicoterapia.

- II livello di intervento
- è un intervento specialistico,
- c'è una domanda specifica (esplicita e necessaria),
- la motivazione al cambiamento va esplicitata,
- possibilità di scelta da parte dell'utente del modello e della persona con cui lavorare,
- contratto esplicito
- committente è uguale all'utente,
- intervento mirato alla cura,
- percorso determinato dal modello.

Dominio delle spiegazioni e delle azioni

- **Il dominio delle azioni:** si tratta della assunzione di responsabilità rispetto al proprio mandato sociale, per cui l'operatore deve decidere su alcune azioni da compiersi in tempi stabiliti (allontanare un genitore abusante, cercare una casa famiglia, valutare una violenza, indagare un possibile incesto,...)
- **Il dominio delle spiegazioni:** si tratta di lavorare sulle narrazioni e sui collegamenti che le persone offrono circa le loro azioni e di costruire insieme una narrazione condivisa che sia processuale ed evolutiva e che inglobi sia gli aspetti negativi che le potenzialità della situazione

E' IMPORTANTE CHE L'OPERATORE SEPARI QUESTI DUE MOMENTI SIA NELLA SUA TESTA CHE ESPLICITAMENTE AGLI UTENTI

I modelli e i bisogni cambiano nel tempo

Dobbiamo cioè fare i conti con le discontinuità culturali presenti ovunque, che attivano compiti di sviluppo che sono inusuali e ci propongono modelli di plurinuclearità, plurigenitorialità e l'intreccio ineludibile tra dinamiche sociali e familiari, sempre più embricate tra loro e ad una multiculturalità inevitabile. La cultura ha aspettative obsolete e questo favorisce il processo di costruzione della patologia in quanto le famiglie si sentono e si muovono in maniera differente rispetto alle aspettative usuali e quindi rischiano di venir criticate. I loro normali processi di *coping*, anche molto creativi, rischiano di venir patologizzati in quanto il nostro approccio è spesso troppo universalistico. (Fruggeri)

Aspetti di eccellenza

- Lavorare *con* anziché *sugli* utenti
- Lavorare *sulle risorse* più che sui limiti (non limitare potenzialità evolutive)
- Che ci sia una domanda specifica da parte dei soggetti implicati (es. questura e donne in strada, sinti a Bo)
- Che partecipino tutti i soggetti implicati (scuola che delega la Caritas)
- Che si costruiscano *interventi evolutivi* anziché ortopedici
- Attenzione al rischio del rischio iatrogeno
-

Nei servizi pubblici (Rotondo 1995)

Il principale elemento scatenante di un circuito iatrogeno nei servizi pubblici è costituito dalla esaustività e dalla non modificabilità delle risposte istituzionali di intervento e dalla conseguente reificazione della malattia mentale come realtà in sé, avulsa dalla relazione attuale e dalla storia. È solo la modificazione della posizione curativa che potrebbe permettere l'interruzione di tale circuito ed impedire al paziente e alle altre istituzioni pubbliche di accomodarsi alle offerte della struttura.

Solo non istituzionalizzando le risposte si può permettere alle domande di cambiare

Ogni intervento come problema di costruzione sociale

La ***responsabilità relazionale***, fa riferimento al dovere, da parte dell'operatore, di rendere conto del processo di costruzione di realtà sociali che si realizza nell'interazione col problema presentato e il suo sistema significativo. Non c'è bagaglio tecnico né modello epistemologico che possa di per sé dare una direzione evolutiva o stabilizzante all'intervento terapeutico: il significato di ciò che un clinico fa è negoziato attraverso un processo interattivo di cui tutti i partecipanti sono coautori.

L.Fruggeri 1995

Ciò che accomuna i casi in impasse e li differenzia da quelli in evoluzione è da una parte l'idea condivisa dai familiari della propria colpa rispetto al problema presentato dal paziente e dall'altra l'idea condivisa dagli operatori che il proprio intervento debba essere sostitutivo di quello della famiglia. In altre parole, l'operatore agisce a partire dal presupposto che la famiglia non possa o non debba avere un ruolo nell'intervento terapeutico attuato per il paziente, mentre i familiari partecipano alla dinamica interattiva a partire da una idea di una propria responsabilità nella condizione problematica del paziente.

Questa danza diventa una coordinazione interpersonale che si configura come un processo scismogenetico.

Fruggeri 2

Un intervento è un processo di negoziazione di significati tra clinico e cliente, processo mai condotto ex novo: le relazioni emergenti sono vincolate da precedenti pratiche sociali ricorsivamente prodotte e riprodotte attraverso le interazioni

Secondo l'impostazione interattiva che suggerisco il clinico è responsabile dell'analisi e della comprensione del processo di costruzione della realtà sociale che si è realizzata nell'interazione col cliente e il suo sistema significativo

Non siamo gli unici che giocano

- I comportamenti del clinico non hanno un effetto costruttivo di per sé, né in positivo (evoluzione), né in negativo (patologia). I comportamenti dei clinici hanno effetti all'interno delle definizioni o rappresentazioni condivise sul piano sociale di ciò che gli operatori sono. Gli esiti degli interventi dei clinici emergono cioè da un gioco interattivo in cui essi non sono i soli soggetti attivi e in cui, peraltro, le rappresentazioni sociali che informano i comportamenti non hanno soltanto per oggetto la figura del terapeuta.

Processo patologizzante

- Rigidità nel rapporto tra la teoria del terapeuta e tempi della cura (troppo lunghi o troppo rapidi)
- Non prendere in considerazione le retroazioni nel tempo all'interno del contesto relazionale
- La persistenza di un'ipotesi, l'attaccamento a una mappa
- La familiarizzazione
- La collusione

Quali situazioni favoriscono la collusione?

- cadere nella patologia, reificarla, non vederla evolutivamente
- cadere nelle richieste ed effettuare interventi ortopedici
- occuparsi solo del sistema osservato
- mancanza della dimensione temporale
- mancanza della dimensione contestuale
- reificazione di una relazione di potere
- cadere nei protocolli, perdendo la curiosità
- ridefinire positivamente a tutti i costi, senza “com-prendere”
- aderire eccessivamente alle indicazioni del modello teorico
- “comprare” le ipotesi del sistema
- rimanere in una logica dell'emergenza
- saltare l'analisi della domanda
- cadere nella normatività
- non riflettere e non cambiare le proprie mappe
- offrirsi in situazioni in cui non c'è una domanda
- giocare un ruolo che non è quello del terapeuta

Le premesse epistemologiche impiegate

Il clinico che adotta un approccio lineare, dualistico, semplificante, ortopedico, oggettivante contribuisce a mantenere o a creare le situazioni patologiche.

Al contrario, il terapeuta che assolve alla sua funzione evolutiva è quello che oppone alla visione "aristotelica" una epistemologia cibernetica (Dell, 1980b), alle ipotesi diadiche ipotesi triadiche (Ugazio, 1984), ad una concezione oggettivistica della realtà una concezione costruttivista (Maturana, 1988), al dualismo la complementarità (Fruggeri, Matteini, 1987).

Boscolo 1995

Direi che i r.i. può essere messo in relazione a due fattori: 1- una epistemologia implicita secondo cui l'osservatore è separato dall'osservato; 2- una teoria che preveda e descriva delle tappe normative secondo cui una persona dovrebbe arrivare alla sanità o alla maturità.

A partire da queste premesse è dunque possibile considerare l'esito di un intervento come il prodotto di un processo interattivo di coordinazione delle premesse epistemologiche e dei sistemi di significato e delle rappresentazioni di tutti i soggetti coinvolti (terapista, paziente e familiari, altri operatori).

E' in questo contesto di coordinazione che si inserisce l'emergenza della collusione, la quale può dunque essere indipendente dalla correttezza tecnica o epistemologica con cui l'intervento viene condotto.

Diventa così un'operazione di secondo livello

Rischio del rischio iatrogeno

Il rischio non è quindi che il terapeuta ignori qualcosa dell'oggetto di conoscenza, questo è inevitabile e salutare. Il rischio è che ignori qualcosa di sé, ovvero ignori le caratteristiche costitutive di potenzialità e di riduttività dei propri percorsi e delle proprie modalità conoscitive in rapporto a quelle dei clienti. Che ignori la propria ignoranza.

Questo confondere i propri mezzi conoscitivi con la realtà è la radice di ogni possibile rischio di un danno collusivo e iatrogeno

Ingredienti per perturbare

- Differenziare interventi I° e II° livello
- Analizzare il pattern di collegamento
- Analizzare la domanda/ridefinirla
- Sapere dove toccare come avessimo un bisturi
- Fare e far fare
- Usare parole chiave
- Non diventare omeostatici