

Psicoterapia sistemica integrata

Guida alle applicazioni cliniche

William P. Russell, Douglas C. Breunlin
e Bahareh Sahebi

Edizione italiana a cura di
Francesco Tramonti, Ilaria Di Vecchio,
Ilaria Genovesi e Simona Vatteroni

GUIDE
PSICOLOGIA



Erickson

PSICOTERAPIA SISTEMICA INTEGRATA

La psicoterapia sistemica integrata (Integrative Systemic Therapy, IST) è una prospettiva sistemica di meta-livello in grado di integrare il vasto e diversificato campo di conoscenze sui sistemi umani e i loro problemi, nonché i modelli e gli interventi terapeutici che sono stati sviluppati per affrontarli.

Un punto di vista integrato e sistemico, che fornisce un quadro di riferimento che trascende gli specifici modelli di terapia.

Chiaro, completo, accessibile, questo volume illustra, passo dopo passo, a psicologi e psicoterapeuti come applicare i principi della psicoterapia sistemica integrata nella loro pratica clinica, con esempi di caso, indicazioni metodologiche, esercizi pratici.

Un manuale
essenziale che
fornisce ai clinici
gli strumenti
per introdurre
la psicoterapia
sistemica integrata
nella loro pratica di
lavoro con individui,
coppie e famiglie.

GLI AUTORI

WILLIAM P. RUSSELL

Professore associato di Psicologia e direttore di facoltà del Master in terapia di coppia e familiare presso la Northwestern University. Ha praticato, insegnato e supervisionato la terapia sistemica e integrata per oltre 35 anni e ha ricoperto posizioni di leadership in programmi accademici e clinici.

DOUGLAS C. BREUNLIN

Professore di Psicologia alla Northwestern University, autore di oltre 70 articoli, nel 2020 ha ricevuto il premio AFTA alla carriera. È coeditore della collana Routledge Family Institute: Clinical Applications of Integrative Systemic Therapy.

BAHAREH SAHEBI

Assistente di Psicologia e direttrice del Master in terapia di coppia e familiare presso la Northwestern University. Ha una vasta esperienza nella terapia sistemica integrata e nel 2018 ha ricevuto il premio Dr. Christine Bard Compassion and Skill in Rehabilitation Practice.

€ 27,00



www.erickson.it

Indice

<i>Ringraziamenti</i>	9
<i>Prefazione</i>	11
<i>Presentazione</i>	15
<i>Presentazione all'edizione italiana</i>	19
CAPITOLO 1	
Psicoterapia sistemica integrata	23
CAPITOLO 2	
Convocare il sistema paziente e definire il problema: il primo contatto telefonico	45
CAPITOLO 3	
Convocare il sistema paziente e definire il problema: la prima seduta	61
CAPITOLO 4	
Strategie per collocare un problema in una sequenza a esso correlata	81
CAPITOLO 5	
Identificare una sequenza risolutiva	105
CAPITOLO 6	
Implementare una sequenza risolutiva	123
CAPITOLO 7	
Identificare i vincoli	141
CAPITOLO 8	
Integrare gli interventi per affrontare i vincoli	169
CAPITOLO 9	
Valutare i progressi della terapia e modificare i piani di intervento	203
CAPITOLO 10	
La decisione di concludere la terapia	223

CAPITOLO 11	
Possibili percorsi in psicoterapia sistemica integrata	235
APPENDICE A	
Tabelle delle strategie e delle fonti degli interventi della IST	253
APPENDICE B	
Linee guida per la pratica della psicoterapia sistemica integrata	263
BIBLIOGRAFIA	267

Presentazione all'edizione italiana

Quello che oggi è definito approccio sistemico-relazionale alla psicoterapia deriva dalla confluenza di diverse teorie ed esperienze cliniche accomunate da una particolare attenzione ai rapporti tra individui, relazioni e contesti nell'analisi e nel trattamento delle funzioni psichiche. Alle origini dell'approccio possiamo riconoscere due principali radici: da una parte l'impulso derivante dagli studi sulla comunicazione svolti a Palo Alto negli anni '50 del secolo scorso, dall'altra le esperienze cliniche di terapeuti provenienti da una formazione psicodinamica, ma guidati dall'idea di andare oltre il dominio dell'intrapsichico per lavorare — anche in modo diretto — sulle relazioni familiari (Bertrando & Toffanetti, 2000). Le due radici tenderanno a confluire sulla base di un comune interesse per le dimensioni contestuali della sofferenza psichica e grazie a un continuo dialogo, sia tra clinici che nel più vasto ambito interdisciplinare dello sviluppo delle teorie sistemiche.

Pur in presenza di un background teorico-epistemologico in una certa misura condiviso — perlomeno in alcuni assunti di base — le differenti radici daranno impulso alle diverse ramificazioni, in termini di singoli approcci, del grande albero delle terapie sistemico-relazionali. Dalle ricerche sulla comunicazione in California deriverà la fondazione del celebre Mental Research Institute (MRI) di Palo Alto, mentre in altre località degli Stati Uniti diverse esperienze di lavoro sul campo daranno forma a una clinica dei rapporti familiari — e talora anche sociali — caratterizzata da differenti aspetti e sfumature. Con una certa approssimazione, possiamo affermare che dagli studi di Palo Alto e dal lavoro presso

il MRI sono fioriti approcci terapeutici incenerati soprattutto sulla dimensione interattiva e comunicazionale, nel qui-e-ora, dei rapporti interpersonali, mentre sull'altro fronte diversi pionieri della terapia familiare hanno elaborato teorie e modelli clinici maggiormente focalizzati sulle dimensioni storiche, simboliche, e quindi più propriamente relazionali dei medesimi rapporti (Ackerman, 1958; Watzlawick et al., 1967; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Bowen, 1978).

Non si vuole con ciò proporre una visione fin troppo dicotomica di modelli e sottomodelli che, in realtà, presentano varie sfumature e sono stati soggetti a non poche ibridazioni reciproche. Vi sono stati, poi, tutti i successivi sviluppi e contributi che, in varie aree geografiche del pianeta, hanno apportato elementi di novità che hanno contribuito all'evoluzione dell'approccio sistemico-relazionale in generale, sia sul piano teorico-epistemologico che clinico-applicativo (Lorås et al., 2017). Ciò detto, è innegabile che dentro quest'ambito generale, come abbiamo già accennato, si sono distinti diversi modelli che hanno privilegiato diversi aspetti di quelle analisi contestuali, e delle relazioni interpersonali, che caratterizzano l'approccio sistemico-relazionale. A fronte di questa ramificazione, esistono ormai da decenni rilevanti impulsi verso un'integrazione di tali differenti modelli, all'interno di un più vasto contesto di potenziale integrazione tra diversi approcci alla psicoterapia (Lebow, 1997).

Le dimensioni interattive e relazionali dei rapporti umani non sono domini antitetici, quanto piuttosto livelli differenti — e complementari — di descrizione di fenomeni complessi che includono aspetti emotivi, comportamentali e simbolici (Reiss, 1981). Sono perciò due facce della stessa medaglia che, per di più, si influenzano vicendevolmente e costantemente. La dimensione relazionale, di significazione dei rapporti, fornisce una cornice storica e simbolica per la strutturazione e l'interpretazione degli scambi comunicativi e interattivi nel qui-e-ora, tanto quanto tali scambi, nel loro dipanarsi nel tempo, possono contribuire a influenzare e modificare le attribuzioni di senso alle relazioni (Sluzki, 1983). Non vi è, pertanto, motivo di scegliere, a priori e in termini assoluti, di lavorare soltanto su uno dei due versanti, e una buona formazione sistemica — pur tenendo conto di eventuali preferenze e attitudini — dovrebbe addestrare a saper lavorare su entrambe le dimensioni, proprio in virtù delle loro costanti implicazioni reciproche. In ragione degli sviluppi epistemologici del pensiero sistemico, è da ritenersi sempre fondamentale un metalivello che tenga conto della complessità di ogni situazione clinica e che orienti nella scelta degli elementi e dei livelli di intervento che, in un dato momento e nell'evoluzione temporale di un trattamento, risultano più significativi e appropriati rispetto alle specificità del singolo caso e in funzione della costruzione e cura dell'alleanza terapeutica (Pinsof et al., 2018).

Esiste poi un livello d'analisi ancora più ampio che riguarda la collocazione della clinica sistemica nel più vasto ambito della salute mentale. Decenni di ricerche ed esperienze cliniche hanno portato a superare visioni riduzionistiche — di ogni

tipo — e a concepire il benessere psicologico come l'esito del costante interagire, nel tempo, di numerose variabili biopsicosociali (Sluzki, 2007). Le teorie sistemiche ben si prestano a fornire una cornice teorico-clinica — caratterizzata da più livelli di analisi reciprocamente connessi — utile all'inquadramento di tali variabili e delle loro relazioni reciproche. Pertanto, oltre che una prospettiva di incontro tra sotto-approcci sistemico-relazionali, il tema dell'integrazione riguarda anche le potenzialità di inclusione di elementi provenienti da altri approcci alla psicoterapia e di interventi in salute mentale dalla comprovata efficacia. Rispetto a quest'ultimo punto, invitiamo lettori e lettrici a tenersi costantemente aggiornati e a consultare con adeguato spirito critico la letteratura sull'efficacia degli interventi psicologici, in virtù della complessità dei fattori terapeutici — spesso aspecifici e comuni a diversi approcci — e dell'impossibilità di ridurre il costrutto di psicoterapia al mero utilizzo di tecniche per la soluzione di problemi o sintomi specifici (van Os et al., 2019; Leichsenring, 2022).

Il volume che qui presentiamo costituisce una delle più recenti e sistematiche trattazioni sulla Terapia Sistemica Integrata (Integrative Systemic Therapy – IST), un approccio sviluppato negli ultimi decenni presso il Family Institute della Northwestern University di Chicago, derivante dal confluire di differenti approcci integrativi, quali il lavoro sui metaframeworks sviluppato da Breunlin e colleghi (Breunlin et al., 1992), la terapia integrata incentrata sul problema di Pinsof (Pinsof, 1995) e gli studi e approfondimenti sui fattori comuni delle terapie sistemiche svolti da Lebow (Lebow, 2014). Questa prospettiva metateorica e multisistemica, che integra concetti e interventi provenienti da modelli terapeutici differenti, lavora contemporaneamente su due livelli: quello intrapsichico della mente individuale e quello interpersonale delle relazioni con gli altri e con i contesti di riferimento, due livelli peraltro strettamente interconnessi (He et al., 2023).

Riteniamo importante che l'evoluzione e i principali assunti di questo approccio — che potremmo definire un metamodello — siano accessibili anche in lingua italiana, anche perché nel nostro paese il dibattito sull'integrazione degli approcci di area sistemico-relazionale non è mai stato trattato in maniera così esplicita e sistematica. Il libro di Russell, Breunlin e Sahebi offre una panoramica chiara, strutturata e di grande potenziale didattico, sugli aspetti più rilevanti, sia teorici che metodologici, della IST. Come indicato dagli autori, si tratta di un testo di interesse sia per terapeuti in formazione che per clinici di maggior esperienza, cui offre un impianto metodologico e di riflessione sul processo terapeutico estremamente efficace nel trovare un equilibrio tra il rigore del metodo e la sua flessibilità di utilizzo, un equilibrio che sappiamo essere così fondamentale in psicoterapia, dove l'evoluzione del trattamento non può essere descritta come una sequenza invariante di tecniche e strategie. Pur trovando grande utilità nel suggerire dei passaggi definiti e dei piani di intervento preferenziali in rapporto alle situazioni specifiche, il modello IST non cessa mai di nutrirsi di quei processi autoriflessivi

e di analisi del processo che consentono di tenere in equilibrio il bilancio costi-benefici di ogni singolo trattamento con la consapevolezza di non perdere mai di vista — e «onorare» — la complessità (Russell et al., 2023). Per dirla con le parole di Whitehead, l'approccio IST rappresenta a nostro avviso un ottimo esempio di come si possa ricercare la semplicità, pur dubitando costantemente di essa (Whitehead, 2019).

Francesco Tramonti
Ilaria Di Vecchio
Ilaria Genovesi
Simona Vatteroni

Convocare il sistema paziente e definire il problema: la prima seduta

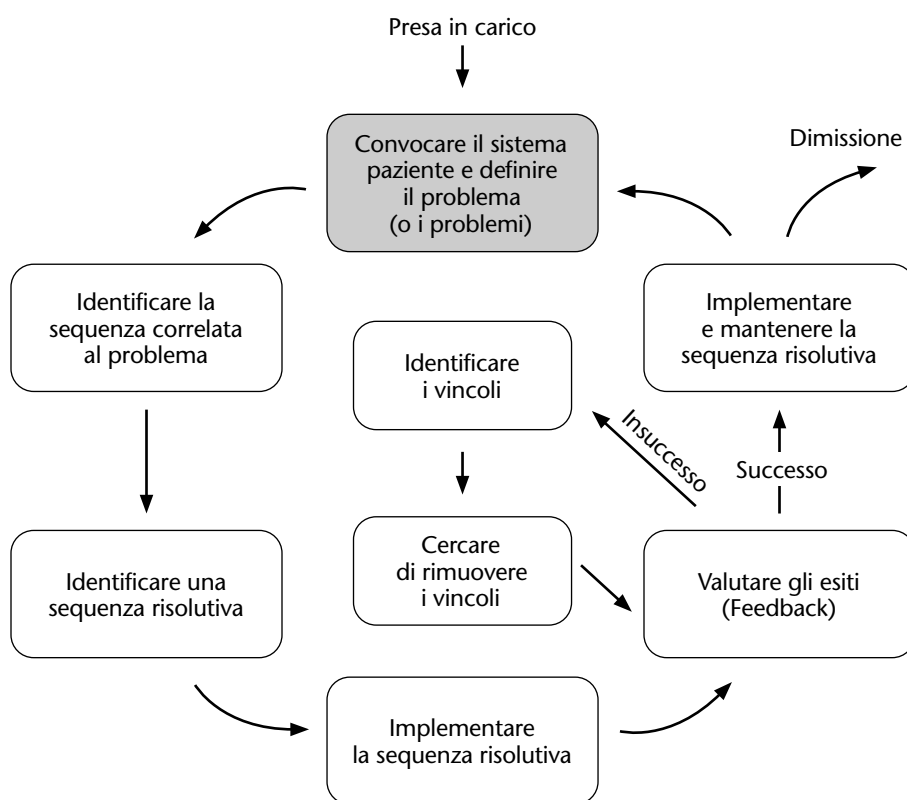


Figura 3.1 Diagramma di base della IST.

Adattato da Sexton, T. L., & Lebow, J. L. (Eds.). (2016). *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. Routledge (© 2016 Taylor and Francis. Adattato con autorizzazione).

Obiettivo

Questo capitolo tratta degli obiettivi della prima seduta di terapia. Sebbene esistano aspetti universali di cui ogni clinico dovrà occuparsi (tra cui, fare conoscenza, affrontare le questioni burocratiche, valutare il rischio e il livello di cura appropriato), in questo capitolo ci concentreremo principalmente sugli aspetti specifici della prima seduta in terapia sistemica integrata, che includono la descrizione della terapia come un processo di risoluzione dei problemi, la definizione del problema presentato, la collocazione del problema all'interno di una sequenza a esso correlata, la raccolta di informazioni sul contesto del sistema in oggetto e l'avvio di un'alleanza con tutti i componenti del sistema diretto.

Introduzione

Nel suo libro, *Problem Solving Therapy* (1976), divenuto un classico, Jay Haley aveva inserito un capitolo sulla conduzione della prima seduta. L'autore sosteneva che la struttura del primo colloquio avesse obiettivi specifici che, una volta raggiunti, avrebbero dettato la linea di tutte le sedute successive. Breunlin e collaboratori (Breunlin et al., 1992) affermano che l'obiettivo della prima seduta è creare i presupposti per una seconda. Attraverso il modo in cui il terapeuta interagisce con i pazienti, si cerca di stabilire un approccio positivo che li spinga a voler proseguire la terapia. I terapeuti coltivano il proprio stile di conduzione della seduta e dimostrano interesse, accettazione e rispetto genuini. Nella IST, il terapeuta guida il processo collaborativo per realizzare gli obiettivi universali e specifici della prima seduta, i quali costituiscono un vero e proprio protocollo per l'incontro. Fin dai primi momenti, il terapeuta cerca di stimolare un'impressione significativa sui pazienti e inizia a costruire un'alleanza terapeutica.

Metodo

Come in quasi tutti gli approcci terapeutici, il terapeuta sistemico integrato raccoglierà informazioni sui componenti del sistema paziente, descriverà l'approccio alla terapia e valuterà il rischio e il livello di assistenza necessario. I lettori che sono terapeuti esperti avranno già il loro modo per raggiungere tali obiettivi. Con particolare utilità per i terapeuti principianti, Patterson e collaboratori (Patterson et al., 2018) specificano quattro fasi di un colloquio iniziale: introduzione, aspetti burocratici (compresa la descrizione del processo terapeutico, la riservatezza e l'onorario), definizione degli obiettivi del paziente e inizio dell'assessment. Queste fasi si adattano bene anche al primo colloquio di terapia sistemica integrata, ricordando

che l'assessment continuerà per tutta la terapia, poiché la valutazione e l'intervento sono inscindibili e dinamici.

Oltre alle quattro fasi di Patterson, ci sono aspetti specifici della IST che chiariscono l'impostazione della definizione degli obiettivi e della costruzione dell'alleanza. A questo proposito, parliamo di cinque obiettivi per la seduta iniziale che hanno implicazioni specifiche per l'approccio sistemico integrato, ovvero: descrivere la terapia come un processo di risoluzione dei problemi, definire il problema presentato, collocare il problema in una sequenza, raccogliere informazioni sul contesto del sistema paziente e iniziare a formare un'alleanza con tutti i componenti del sistema diretto. La capacità di raggiungere tali obiettivi viene acquisita con l'esperienza; pertanto, i terapeuti in formazione spesso hanno bisogno di più di una seduta per completare questa fase. Un ulteriore obiettivo — quello di avviare una sequenza risolutiva — è talvolta possibile fin da subito per gli operatori esperti, ma è subordinato al raggiungimento di sufficienti progressi con i primi cinque obiettivi.

Aspetti universali della prima seduta

I terapeuti esperti possiedono competenze avanzate e un proprio stile personale per coinvolgere i pazienti nella prima seduta, orientarli al processo, chiedere loro cosa desiderano dalla terapia e valutare i rischi legati alla situazione. Quando adottano la IST, il loro compito diviene quello di integrare gli obiettivi specifici dell'ottica sistemica integrata nel loro usuale modello di ingaggio. D'altra parte, i terapeuti in formazione dovranno imparare e incorporare sia gli obiettivi universali della prima seduta sia gli obiettivi specifici della IST mentre iniziano il loro percorso di sviluppo di competenze e di creazione del proprio stile personale che adatteranno nella pratica.

Il primo passo consiste nel familiarizzare con tutti i pazienti presenti (il sistema diretto), tenendo conto del livello evolutivo di ciascuno. Il terapeuta si presenta in modo amichevole e può fare qualche commento di circostanza, come l'eventuale difficoltà nel trovare lo studio o nell'accedere alla piattaforma online. La fase di conoscenza prevede di rivolgere domande a ciascun partecipante sui suoi impegni lavorativi o scolastici (nel caso di bambini e adolescenti) e sui suoi interessi. Non si tratta di frivolezze, ma di un modo in cui il terapeuta cerca di mettere i pazienti a proprio agio e di avviare il processo di conoscenza e raccolta dati. L'analisi del feedback in questa fase prodromica della terapia può condurre a delle ipotesi iniziali. Ad esempio, in una prima seduta familiare, quando il terapeuta invita a presentarsi, un genitore potrebbe dire all'altro: «Sei tu che pensi che dobbiamo stare qui. Vai tu per primo!». Ciò richiede un immediato coinvolgimento dell'altro genitore e dice anche qualcosa sull'impegno a partecipare alla terapia. È in questo modo che il clinico inizia a conoscere il sistema familiare.

Nel familiarizzare con i pazienti, il terapeuta dovrà tenere conto del loro livello di sviluppo. Questo aspetto è particolarmente importante quando si incontrano delle

famiglie con bambini. Un libro di prossima pubblicazione sulla terapia sistemica integrata si concentrerà sulle complessità del lavoro con l'età evolutiva in terapia familiare, ma in questa sede vengono presentati soltanto alcuni spunti per avviare la conoscenza. Se i minori sono presenti in prima seduta, verificate il loro livello di familiarità con lo spazio, fornite giocattoli o materiale per disegnare adatti all'età e condividete qualcosa che per loro sia interessante: questo aiuterà a stabilire un'alleanza e orientarli alla terapia. Ad esempio, ecco alcune cose che un terapeuta potrebbe dire per approcciarsi a un bambino di sette anni che partecipa al primo incontro.

- Terapeuta:* Piacere di conoscerti, Tara. Sono felice che tu sia qui oggi. Penso che la mamma ti abbia detto qualcosa su di me. (Ciò che ne consegue può stabilire cosa il bambino sa della terapia).
- Terapeuta:* Mi piace incontrare i bambini e i loro genitori e trovare nuovi modi per parlare insieme. A volte disegniamo o giochiamo. Spero che ti piaccia farlo. Hai qualche domanda da farmi?
- Terapeuta:* Vedo che hai un portachiavi a forma di cane. Io ho un cane che si chiama Lucky! Vuoi vedere la sua foto?

Questi esempi indicano come si potrebbe iniziare un colloquio con un bambino, stabilire se conosce il motivo di quell'incontro e fornire un'iniziale descrizione del processo terapeutico. Cercare interessi comuni può anch'esso facilitare la costruzione di un'alleanza (ad esempio, la passione per i cani). Il terapeuta può consentire una certa autonomia al bambino offrendo la possibilità di disegnare con pastelli e carta come mezzo per mitigare l'esperienza di trovarsi in un ambiente nuovo e aiutare a gestire l'ansia. Il terapeuta deve prestare attenzione sia al processo sia al contenuto della conversazione che avviene con il minore per coglierne il coinvolgimento. Ad esempio, il bambino stabilisce un contatto visivo? In quali momenti guarda verso il genitore per avere una guida, una rassicurazione o il permesso di rispondere? Come risponde il genitore? Anche nella fase di familiarizzazione il terapeuta analizza il feedback e impara a conoscere la famiglia. Come si evince da questa breve discussione sull'accoglienza del bambino in terapia, il livello di sviluppo dei partecipanti del sistema diretto può avere un impatto significativo sul processo terapeutico e quindi la conoscenza delle fasi di sviluppo da parte del terapeuta è essenziale.

Una volta rotto il ghiaccio, è bene affrontare le questioni burocratiche, come la spiegazione e la compilazione dei moduli necessari alla presa in carico, la discussione degli onorari e le informazioni sulla riservatezza e sui suoi limiti. Questo è anche un buon momento per illustrare brevemente il processo terapeutico e rispondere alle domande e alle preoccupazioni dei pazienti. Quindi, il terapeuta può passare alla discussione dei problemi. È buona prassi riassumere brevemente la conversazione avvenuta con chi ha preso appuntamento e poi invitare tutti i presenti a parlare del motivo per cui si trovano lì. Ascoltate attentamente i temi e le narrazioni e iniziate

a capire le ragioni per cui i pazienti cercano la terapia. Il terapeuta deve mostrarsi empatico con tutti i partecipanti e mostrare un approccio positivo nei loro confronti (Rogers, 1965). La fase di definizione del problema del primo colloquio sarà discussa in modo più approfondito nella sezione del capitolo dedicata agli aspetti specifici della IST.

Valutare il rischio e il livello di assistenza richiesto

Riprendendo i temi emersi nella telefonata iniziale, è essenziale che i terapeuti si accertino di possedere le competenze (in autonomia o con la supervisione) necessarie per gestire la terapia. In altre parole, il caso presentato deve rientrare nell'ambito della pratica del terapeuta. Il clinico deve anche confermare che il contesto in cui lavora è in grado di fornire il livello di assistenza richiesto per soddisfare i bisogni del sistema paziente. Se il caso necessita di un livello di assistenza più elevato o di un operatore con determinate competenze che il terapeuta non possiede, quest'ultimo fornisce le informazioni e i riferimenti appropriati.

La valutazione e la gestione del rischio, così come gli obblighi di segnalazione degli abusi, sono regolati dalla legge, dagli standard etici, dalle buone pratiche e dalle politiche e procedure di specifici enti. Il terapeuta è tenuto a conoscere tali normative. Senza entrare nel dettaglio dei protocolli utilizzabili per la valutazione del rischio e degli estremi per la segnalazione degli abusi, si sottolinea che il terapeuta deve dare la massima priorità alla sicurezza (compresi i rischi di autolesionismo, suicidio, pericolo per gli altri, violenza domestica, traffico di esseri umani, violenza sessuale e abuso o negligenza nei confronti di anziani) e alla tutela dei minori. I vari protocolli per la valutazione dei rischi e la segnalazione degli abusi possono essere facilmente incorporati nelle terapie sistemiche integrate.

Aspetti specifici della prima seduta in terapia sistemico integrata

Costruire l'alleanza

Stabilire l'alleanza terapeutica è un requisito essenziale di ogni terapia di successo. Ne parliamo in questa sezione per via delle implicazioni di alcuni concetti specifici della IST, come le linee guida sull'alleanza (si veda il capitolo 1) e l'approccio dimensionale all'alleanza adottato in questo metodo. La ricerca sugli esiti della psicoterapia ha ripetutamente dimostrato che l'alleanza spiega una porzione significativa della varianza di un esito clinico positivo (Fife et al., 2013; Sprenkle et al., 2009; Sprenkle & Blow, 2004). Inoltre, vi sono prove inconfutabili che «l'alleanza terapeutica precoce è altamente predittiva dell'andamento della terapia» (Sprenkle et al., 2009, p. 95). Quindi, il clinico dovrà tenere a mente questo elemento durante il primo contatto

e riconoscerne l'importanza, allo scopo di rimarcare che dare peso al punto di vista e all'esperienza di entrambi i partner è fondamentale nella relazione. Ad esempio, si potrebbe suggerire che un partner che solitamente dà inizio alle discussioni difficili stia avvalorando l'importanza della risoluzione dei conflitti, mentre uno che le evita stia dando valore al proteggere la relazione dal dolore che può derivare dal tentativo di risolvere i conflitti. Il terapeuta può anche fare delle ipotesi su ciò che frena il partner reticente e porre domande a partire da tali ipotesi. Ad esempio: «Mi sembra di capire che lei sia riluttante a parlare con il suo partner dei vostri programmi per le vacanze. Mi chiedo se è preoccupato che una discussione tra voi due possa minare il suo desiderio di essere fedele alla tradizione delle vacanze della sua famiglia d'origine».

In assenza di un accordo tra i partner, può essere più utile per la terapia passare ad altre soluzioni. Prima di procedere, tuttavia, è opportuno che il terapeuta chieda alla coppia se la divergenza di opinioni e vissuti riguardo alla prova ipotizzata ricorda loro altre discussioni simili che hanno avuto. In tal modo, attraverso ulteriori domande, si ha l'opportunità di scoprire se esiste un'ulteriore sequenza correlata al problema che potrebbe ostacolare una certa categoria di sequenze risolutive. In altre parole, il disaccordo che la coppia mostra rispetto al mettere in atto una sequenza risolutiva può essere esso stesso un esempio di sequenza che ostacola il funzionamento della relazione.

Conclusione

Sviluppare una sequenza risolutiva può rivelarsi più o meno semplice, a seconda dei casi, e la sua implementazione si articola in quattro fasi: disponibilità, perfezionamento, impegno e follow-up. Il terapeuta valuta la disponibilità dei pazienti a provare delle possibili sequenze risolutive, cerca di perfezionarle utilizzando il loro feedback, sollecita il loro impegno a svolgere il compito e verifica, nel corso delle sedute successive, il grado di successo delle esperienze svolte e l'impatto delle stesse sul sistema. È necessario prestare particolare attenzione a ogni aspetto quando i pazienti non hanno ben chiaro come si potrebbe svolgere la sequenza risolutiva o quando uno o più membri del sistema esprimono ambivalenze o reticenze riguardo la sequenza stessa.

ESERCIZI

1. Ricorda un momento in cui hai partecipato a un lavoro di squadra con altre persone. Pensa a una linea d'azione che volevi che il gruppo intraprendesse. Hai sentito di partecipare efficacemente alla discussione? Pensi che avresti potuto agire in modo migliore? Immagina di applicare uno dei quattro elementi dell'implementazione di una sequenza risolutiva (disponibilità, perfezionamento, impegno

o follow-up) in tale frangente. Scrivi delle domande specifiche che potresti porre o delle affermazioni che potresti fare nella fase del lavoro che stai immaginando. Quindi verifica se ci sono altri elementi dell'implementazione di una soluzione che puoi utilizzare. Scrivi le domande che porresti e le affermazioni che potresti fare nell'esaminare questa implementazione della soluzione.

2. Formula alcune domande che potresti porre per ciascuna fase dell'implementazione della soluzione. Esercitati a porre queste domande in modo non giudicante e rispettoso. Registra un video di te stesso mentre poni le singole domande. Oppure, pronuncia le domande guardandoti allo specchio e osserva le tue espressioni facciali. Guardati e ascoltati. Sembri sufficientemente interessato e rispettoso? Immagina di utilizzare queste domande con un particolare paziente.
3. Pensa a uno dei casi clinici che segui attualmente. Identifica qualcosa che i pazienti avevano concordato di fare tra una sessione e l'altra e ricorda la conversazione al riguardo, nonché l'esito della prova tra le sessioni. Se disponibili, rivedi le registrazioni della seduta in cui è stato elaborato il piano e rivedi attentamente la conversazione. Pensa a come avresti potuto migliorare la comunicazione utilizzando consapevolmente le quattro fasi dell'implementazione di una sequenza risolutiva. Annota alcune domande specifiche da porre e alcune affermazioni da fare per ciascuna fase. Ricorda le cose che i pazienti hanno detto e che potrebbero essere considerate un feedback su una delle fasi dell'attuazione della soluzione.
4. Considera uno dei casi che segui attualmente come un'opportunità per migliorare le tue capacità nel mettere a punto una sequenza risolutiva. Una volta identificata la sequenza risolutiva, lavora su ciascun elemento dell'implementazione nel modo più approfondito possibile. Prendi appunti su ciò che hai fatto e su come l'hai fatto. Una volta completata la fase di follow-up, rifletti su come hai agito e se faresti qualcosa di diverso.