


Matteo Selvini

## UN TERAPEUTA SISTEMICO CACCIATORE E ALLEVATORE

### LA RISCOPERTA DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA

ercherò di chiarire perché nella storia del modello sistemico lo stesso concetto di alleanza terapeutica è stato a lungo assente. Un'assenza con un fondamento teorico importante che resta del tutto attuale. Infatti i pionieri della terapia familiare avevano capito il riduttivismo della concezione psicoanalitica del cambiamento che punta esclusivamente su quanto può succedere nella relazione diadica tra il paziente e lo psicoterapeuta.

I sistemici hanno invece iniziato ad esplorare i fattori terapeutici legati ai cambiamenti possibili nella relazione tra il paziente e i suoi familiari. L'ipotizzazione relazionale (Selvini Palazzoli *et al.*, 1978) può infatti consentire rapidi processi di "insight" nel vedere nuovi collegamenti tra il sintomo ed una tipica modalità relazionale familiare. Ad esempio, anche in una prima seduta, la mamma di una paziente anoressica può essere condotta a vedere come l'aver sistematicamente "utilizzato" come confidente privilegiata la figlia secondogenita, che diverrà anoressica, possa aver avuto positivi effetti immediati di valorizzazione e responsabilizzazione, ma insieme aver prodotto, nei tempi più prolungati, pericolosi effetti di sovraccarico e distorsione. Quasi altrettanto rapidi possono essere i collegamenti con il disagio ed il protagonismo della figlia primogenita e con la disianza emotiva del coniuge. L'affresco sistemico può così ridisporre rapidamente tutti i pezzi del "puzzle" con veloci effetti di cambiamento sulle relazioni e sul sintomo.

L'alleanza terapeutica c'è stata, ma in una forma d'intensità immediata, come in un magico "momento presente" (Stern, 2004) ma al di fuori di un processo di prolungata empatia, condivisione, cooperazione. Questa speci-

fica forma del cambiamento, "scoperta" dalla terapia familiare, produsse storicamente la fase onnipotente/maniacale della terapia familiare degli anni '70, basata sulle invenzioni di paradossi e provocazioni varie. Tuttavia ben presto si dovette constatare che molto spesso questo meccanismo così rapido non scattava affatto: solo una parte delle famiglie possedeva le risorse autocratiche e di co-responsabilizzazione per rispondere con efficacia alle sollecitazioni tutte sistemiche, oppure, situazione forse ancora più frequente, l'impatto dell'insight sistemico produceva risultati positivi, ma parziali, e la terapia tendeva ad arenarsi dopo le prime sedute (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998). Da qui nasce la spinta ad inventare prescrizioni e rituali che hanno proprio avuto il senso di iniziare a fondare un'alleanza terapeutica cooperativa di più largo respiro. In quella fase emersero difficoltà nella dimensione del setting familiare congiunto: è problematico mantenere a lungo con efficacia delle convocazioni di genitori e figli insieme. Nel modello di Mara Selvini negli anni '80 si finì così con il privilegiare il lavoro con i genitori (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998) con la loro nomina a "co-terapeuti" dei loro figli (pp. 251-256).

Una sorta di evoluzione naturale del modello sistemico ha così portato alla attuale teoria della tecnica che punta sull'équipe ma non più solo come "due teste pensano meglio di una", ma per consentire la tenuta emotiva e cognitiva di più alleanze terapeutiche; coordinate tra loro, con più membri della stessa famiglia: ad esempio il classico modello della terapia parallela, cioè l'alternare sedute individuali del paziente con il terapeuta A a sedute familiari con un terapeuta B (ed A dietro lo specchio). Il progredire dell'esperienza clinica ci ha infatti mostrato la frequenza dell'efficacia parziale sia venuto così ridimensionandosi a favore dei metodi prescrittivi. Il tema della brevità è venuto così prolungare nel tempo dove la riscoperta dell'individuo, e non solo nelle sue strategie relazionali, ma anche nei suoi tratti disfunzionali di per sé, è diventato essenziale. L'ottimismo sistemico della deopatologia non si può lavorare *solo* sulle risorse, ma anche sulla identificazione/cambiamento dei limiti delle persone.

Molti pazienti difficili hanno familiari difficili ed inaccare egosintonici tratti disfunzionali di personalità richiede tempo, affetti, pazienza ed intelligenza (si veda l'idea del misconoscimento della realtà, Selvini, 1993). Quindi lavorare per l'esperienza correttiva far succedere qualcosa di nuovo tra i familiari (*carica*) deve essere integrato con quello che può succedere tra il terapeuta ed il singolo paziente o genitore (*alleanza*). Ne consegue così la riscoperta del concetto di alleanza terapeutica anche per i sistemici ed il

ridimensionamento (non l'abbandono!) delle tecniche più esasperatamente finalizzate agli effetti immediati. Resta tuttavia un elemento di continuità nella storia del modello sistemico: la ricerca del massimo dell'intensità emotiva e cognitiva nella relazione con il paziente e i suoi familiari, in una nuova dimensione di riequilibrio tra l'intensità del *cacciatore* e quella dell'*allevatore* (vedi Selvini Palazzoli *et al.*, 1978, p. 257).

### INTENSITÀ È METTERSI DAVVERO IN GIOCO

Il pre-requisito di creare un'alleanza terapeutica, cioè un rapporto cooperativo importante con il paziente (e i suoi familiari) è un'acquisizione trasversale ad una larga parte della psicoterapia. Certe correnti psicoanalitiche hanno parlato con Winnicott di *holding*, altri, come anche noi stessi, preferiscono l'analogo concetto bowlbiano di "base sicura", Yalom dice che la seduta deve essere l'evento più importante della settimana per il nostro paziente, Mara Selvini da sempre ha cercato il massimo dell'intensità e del coinvolgimento reciproco nella relazione con il paziente, sia nelle lunghe terapie individuali con le anoressiche, come nelle brevi terapie familiari paradossali o prescrittive. Base sicura e intensità della relazione terapeutica sono due concetti chiave della psicoterapia, collegati tra loro ma anche relativamente indipendenti.

Vediamo quanto Mara Selvini puntava nell'ottobre del 1960, quindi già molto prima di tutti gli sviluppi familiari e sistemici del suo modello terapeutico:

Noi come psicoterapeuti, siamo pagati perché la nostra preparazione, i nostri studi, i nostri abbonamenti, il nostro ambulatorio, costano.

Ma ciò che scambiamo, sul piano dell'incontro, con i nostri pazienti, è impagabile e ineffabile.

Né ben si sa chi dei due debba essere riconoscente nel senso tradizionale della parola. Forse entrambi, forse né l'uno né l'altro.

È una sottolineatura importante della reciprocità dello scambio e della crescita personale dentro la relazione terapeutica. Ma vediamo come Mara Selvini Palazzoli sviluppa questo tema negli stessi appunti:

Per il terapeuta l'amore, non è il sentimento dell'amore, ma la possibilità dell'amore, cioè l'apertura all'amore. Cristo non aveva gli stessi sentimenti per il discepolo prediletto e per il paralitico, ma "l'amore" era il medesimo.

Questo è il significato anche dell'amore psicoterapeutico: *stare nell'amore, e non avere amore.*

È lo "stare nell'amore" che rende possibili "gli incontri" cioè la premessa della

relazione. Non è quindi l'amore un sentimento, ma una posizione metafisica; per questo, cioè per non essere un sentimento, non occorre affatto che sia manifestato, viene empaticamente comunicato.

Per questo, pure, chi sta nell'amore può stare dentro e fuori della relazione, entrare nella relazione con il paziente, cioè essere colto dalla sua esclusività-unicità o sperimentare il paziente come un Esso per trovare i fondamenti e i motivi che gli fecero perdere la possibilità dell'incontro Io-Tu.

Intierompo qui brevemente questa citazione per un chiarimento terminologico: "Tu/Esso" fanno parte del linguaggio di Martin Buber. Per rapporto Io/Tu va intesa la dimensione più spontanea, immediata ed autentica della relazione, invece il rapporto Io/Esso è quello di tipo professionale basato sul progettare valutazioni ed interventi. Ritorno agli appunti:

Stando nell'amore io terapeuta sono aperto alla relazione. Posso e debbo però sperimentare anche l'altro come un Esso e pormi anche a me stesso come un Esso quando "mi pongo in questione" nell'analisi del controtransfert. Analizzo cioè, esattamente come faccio con il mio paziente, le tracce lasciate in me dalle mie esperienze come Esso. Solo in tal modo l'analista non sarà limitante.

L'esperienza "io sono" è il raggiungimento della relazione con se stesso, è l'essere colto dalla propria esclusività-unicità. Nel terapeuta, l'analisi del controtransfert, non è la relazione con l'autenticità di se stesso (che anch'egli coglie naturalmente) ma l'esperienza di se stesso come Esso, come "oggetto".

Quindi la vera intensità, è imporrante precisarlo, si basa solo in parte sulle tecniche (per non parlare di retoriche, trucchi ed altri fuochi di artifizio), quanto, come abbiamo letto in questi vecchi appunti di Mara, sul fatto che *davvero il terapeuta è disposto a mettersi in gioco come persona*, seppur senza mai rinunciare ad essere un tecnico e un esperto, anzi un esperto che cerca di imparare sempre di più, di divenire sempre più esperto, ed insieme anche sempre più saggio. Non è la stessa cosa, anzi sono i due poli di quella scissione fuori/dentro che va controllata, integrata, padroneggiata.

Forse non tutte le correnti della psicoterapia, certamente non tutti gli psicoterapeuti, sono in grado di padroneggiare questo difficile equilibrio tra essere potentemente dentro la relazione con il paziente e i suoi familiarità ed insieme potentemente fuori, o meglio meta, capaci di vederli "scientificamente" come *Esso* e non solo come Tu.

Certi approcci alla psicoterapia corrono il rischio di restare troppo meta, di essere troppo distanti. Si pensi alle dieci sedute o alla prescrizione invariabile di alcune tecniche sistemiche classiche, agli approcci narrativi e costruttivisti, a certi approcci comportamentisti e cognitivisti: forme diver-

se di psicoterapia a rischio di tecnicismo. La parte più spontaneista e meno preparata del mondo psicodinamico della psicoterapia corre invece il rischio opposto di puntare solo sull'empatia, in modo troppo ingenuo. Nozioni tecniche come quelle di diagnosi di personalità sono estremamente utili ed importanti perché, mentre riflettiamo sui tratti di personalità più importanti del nostro paziente e dei suoi familiari, con questo attiviamo e stimoliamo la nostra mente, li pensiamo di più, e questo è un fattore terapeutico di intensità. Ma insieme avere una diagnosi, anzi varie diagnosi, del contesto, del sistema, dell'attaccamento, del trigenerazionale, ecc. ci riporta nella posizione meta di pensare una strategia terapeutica, un protocollo d'intervento che attivi specifici fattori di cambiamento: ancora una volta l'essere dentro ed insieme l'esser fuori.

### COME SI PERSEGUE L'INTENSITÀ E L'EQUILIBRIO NELL'INTENSITÀ?

Per rispondere a questa domanda fondamentale tocchiamo il cuore della continuità e dell'attualità degli insegnamenti di Mara Selvini su due punti fondamentali:

- abbandonare l'autorassicurante, ma limitante, confinarsi al solo setting di psicoterapia individuale;
- costruire un'autentica co-responsabilità ed insieme una mente collettiva con il lavoro d'équipe.

Due punti chiave tra loro strettamente collegati, tanto essenziali quanto un terzo, di cui qui non mi occuperò: la formazione permanente dello psicoterapeuta nella conoscenza di se stesso, come persona e come professionista. Anche questo è un tema di scissione da padroneggiare: essere dentro, nel senso di essere davvero in contatto con se stesso, le proprie emozioni, idee, ed insieme essere "fuori", "Esso", nel senso di conoscere i propri limiti, i propri difetti, così come le proprie risorse migliori.

Ma torniamo al tema degli allargamenti di sedura. Negli appunti di Mara Selvini ho trovato una nota semplice semplice, ispirata dal suo maestro negli anni '50 Gaetano Benedetti:

Cercare di stabilire regole generali di comportamento dello psicoterapeuta con i parenti del proprio paziente. In quali casi devono essere mantenuti estranei al terapeuta, in quali casi devono essere gratificati, in quali casi trattati psicoterapeuticamente.

Pare niente, ma la psicoterapia contemporanea, sessant'anni dopo, è ancora lontana dall'aver davvero risposto a questi quesiti: com'è difficile per la psicoterapia uscire dal ritualismo delle pratiche per diventare autentica

ricerca. Tuttavia, seguendo Mara Selvini, qualcosa abbiamo imparato: l'impatto della terapia si amplifica e si esalta se abbiamo il coraggio e la competenza di variare le convocazioni, i formati delle sedute.

I pazienti sono così diversi tra loro, così come le loro famiglie, ed ogni terapia deve attraversare fasi progressive: certi cambiamenti divengono possibili solo dopo che altri movimenti si sono realizzati, ad esempio capire il senso-della sofferenza può essere possibile solo dopo che la sofferenza si è attenuata, quindi un intervento centrato sul sintomo può dover precedere l'insight di un tratto disfunzionale di personalità e delle relazioni che l'hanno co-costruito e continuano ad alimentarlo. La dinamica del "cambiare senza capire" o di "capire senza cambiare" di cui ho parlato nel mio libro *Remanere la psicoterapia*. Nella pratica clinica verificammo che un paziente può essere davvero terapeutamente "toccato" nel contesto di una seduta familiare, mentre nelle individuali non riusciamo davvero a raggiungerlo. Viceversa, altre volte, abbiamo assoluta necessità di sedute individuali, perché il paziente nelle sedute familiari ci resta lontano, enigmatico, sconosciuto.

Vi voglio raccontare l'emblematico caso di Elena, che ho già citato nella prefazione al libro di Canevaro *Quando volano i coromorani*.

Un paio d'anni fa abbiamo potuto vivere in prima persona l'efficacia, in questo caso davvero quasi incredibile, di una singola seduta allargata. Elena, che oggi ha ventitre anni, era da tre anni un'anoressica bulimica. Si era trasferita per l'università a Milano, dopo essere stata già seguita da colleghi che avevano fatto un buon lavoro, infatti Elena stava molto peggio l'anno precedente, quello della maturità, quando aveva perso tantissimo peso ed era una furia scatenata contro i suoi genitori. Decisivo era stato l'intervento del fratello maggiore che l'aveva trascinato da un dottore. La nostra terapia viene impostata in équipe, una collega (Maria Montanaro) vede la famiglia, io e altri colleghi stiamo dietro lo specchio unidirezionale. Settimanalmente o quindicinalmente vedo la ragazza. È il classico già citato setting che abbiamo definito: "terapia parallela", cioè sedute familiari ed individuali in alternanza. Nel primo anno di terapia Elena non va male, efficientissima nello studio, sintomo ridotto a crisi bulimiche non proprio quotidiane, peso basso accettabile. Le sue relazioni non sono però buone, così come fa fatica a legarsi con me: spesso dimentica le sedute e in équipe decidiamo che è utile che io la insegua. Intanto gli incontri familiari sono molto burrascosi: Elena, in parte spalleggiata dal fratello, è drammaticamente accusatoria e rivendicativa nei confronti della madre. Soprattutto le rimprovera di averle imposto la convivenza con un padre psicotico. È impressionante il rifiuto viscerale di Elena nei confronti di questo poveretto, che appare persino gentile e affettuoso, nel suo evidente stato di confusione, deterioramento, senescenza precoce. È facile osservare come il rifiuto, l'ipercriticismo, l'impulsività aggressiva di Elena non colpisca solo i genitori, ma

incacchi tutte le relazioni: amiche, possibili fidanzati, Elena maltratta tutti! Gradualmente Elena abbandona il sintomo, tuttavia resta molto sola, egocentrica, piena di livore; si riempie la vita con uno studio ossessivo. L'unica persona verso cui mostra un grande affetto è il fratello, lui però la sfugge.

Nelle sedute individuali cerco di aiutare Elena a prendere coscienza degli eccessi della sua drammaticità e negatività verso tutti, provo ad incoraggiarla ad essere meno egoista, ad esempio, potrebbe fare qualcosa per aiutare sua madre quando è in difficoltà: ottengo solo silenzi o sdegnati rifiuti.

Intanto variamo le convocazioni delle sedute familiari. Viene anche il fratello da solo, Maria Montanaro conduce un'interessante seduta con la tecnica delle sedute familiari (Onnis, 1996). Subito prima del Natale 2007 convochiamo Elena con il solo fratello. Sarà una seduta ancora più drammatica delle altre, ma questa volta non il solito inutile copione di strilli, rabbiose, vittimistiche lacrime. Il fratello infatti, pressato dalle domande della terapeuta familiare si decide a "sputare il rospo". È vero, da mesi la evita, non la sopporta, perché è una "grandissima stronza", egoista, cattiva, piena di pretese. Elena reagisce piangendo e urlando disperatamente, fuggendo dalla seduta.

Quello che succede dopo lo racconterò in una seduta individuale venti giorni più tardi. Questa volta al dolore ha reagito diversamente dal passato: non si è infuriata, né si è messa a studiare pazzamente, né ad abbuffarsi e vomitare. Si è chiusa in casa, si è messa a letto, ha staccato il telefono ed ha pianto. Sprofondandosi così nella disperazione, forse per la prima volta nella sua vita, ha potuto sentire dentro il suo cuore il dolore per la malattia di suo padre, insieme a quello della sua mancanza, ma ha anche realizzato che lei un padre ce l'ha. È riuscita a chiedere a sua madre di andarla a prendere, hanno fatto insieme una meravigliosa passeggiata, poi è stata benissimo con il fratello, hanno ripreso ad uscire insieme, infine, per la prima volta, ha potuto andare a trovare suo padre vivendo momenti di vicinanza, compassione, dolore, affetto.

Quando la rivedo mi trovo davanti ad una metamorfosi davvero incredibile: la stronza è diventata buona! Il fratello però le ha chiesto scusa: lei non è stronza, ma si comporta da stronza.

Per me è stata una lezione difficile da dimenticare: quella "verità" che io non potevo far passare, che Elena non poteva accettare dalle mie labbra, aveva invece sfondato tutte le barriere della sordità psichica quando era venuta dal cuore di suo fratello.

Questi avvenimenti così sorprendenti possono essere considerati un serio antidoto per l'eccessiva centatura su se stessi di troppi terapeuti che a tutti i costi pretendono che il cambiamento possa e debba scaturire solo dalla loro relazione con il paziente, rinunciando ad una leva potentissima: quella di essere catalizzatori di un cambiamento che passa da quello che succede tra i familiari e dalle riflessioni e dai sentimenti che loro ne traggono.

Contemporaneamente anche il caso di Elena mostra come sarebbe stato velleitario, avventuristico, deontologicamente scorretto, trattare un paziente grave senza poter contare su una solida dimensione d'équipe: il grave errore praticato da tanti colleghi di formazione psicodinamica. Infatti una terapia individuale è sempre *anche* una forma implicita ed indiretta di terapia familiare.

Naturalmente l'intensità è alimentata da molti altri fattori, il carisma della personalità del terapeuta, cioè l'autorevolezza del suo impatto relazionale, è indubbiamente tra i principali. Anche il padroneggiare tecniche differenti è un altro fattore. Tuttavia non credo che l'intensità debba essere troppo frutto di uno sforzo unilaterale del terapeuta, che, anzi potrebbe essere rischioso, perché il protagonismo attivo del paziente è ingrediente essenziale di un'intensità costruttiva della relazione terapeutica.

### CHIUDERE IL CERCHIO TRA DIAGNOSI SISTEMICA E DIAGNOSI INDIVIDUALE

Nel 1988, nell'ultimo capitolo dei *Giochi psicotici nella famiglia* Mara Selvini, seguendo l'Edgar Morin della sfida della complessità parla del "pensare per andirivieni" tra dimensioni e polarità differenti. Far dialogare la dimensione sistemica con quella individuale è il nucleo centrale di questa sfida della complessità. Non è una sfida da poco, in certi momenti Mara Selvini è scivolata troppo verso la polarità sistemica, rischiando di ridurre e semplificare eccessivamente la dimensione individuale, il paziente tendeva a divenire un burattino mosso dai fili del gioco sistemico. Tuttavia, nella pratica clinica, l'attenzione all'individuo come soggetto, come protagonista, come attore, non è mai venuta meno. Con i tempi richiesti dalla progressione del processo terapeutico, si deve arrivare alla tappa irrinunciabile della responsabilizzazione del paziente per impedirgli di viverci come vittima impotente.

In una riunione di qualche anno fa ne avevo dato una testimonianza personale, un brillante intervento terapeutico di mia madre su di me.

Avevo ventidue anni, stavo terminando l'università, quando andai a infermi nel più classico dei triangoli. Iniziai una storia con una compagna di università che faceva parte di una certa comunità socioculturale, ben nota per le sue caratteristiche piuttosto chiuse. La ragazza, all'interno della sua comunità, era da anni fidanzata con un giovane di prestigio, che risiedeva in un'altra città. Le nozze, previste subito dopo la laurea, non erano lontane. Accettai la sfida di quel triangolo e cercai di combattere. Furono mesi molto coinvolgenti, sperai seriamente di farcela, ma alla resa dei conti iniziai a capire che stavo perdendo e a starci piuttosto male. Vissi la classica

angoscia del maledetto telefono che non ne vuol sapere di squilare. Quando l'essere stato mollato si palesò senza equivoci e senza speranze ero decisamente a pezzi. Terzogenito, piuttosto autarchico, non ero solito andare a piangere sulla spalla di mia mamma, ma in quel momento non ce la facevo più. La incontrai sul solito divano della sala e le raccontai tutto. Bene, con poche sentite parole, mia madre mi dimostrò che quella ragazza non mi interessava affatto, inconsapevolmente avevo fatto *io* in modo che *lei* mi lasciasse. Come in un lampo ne fui convinto e come per miracolo il peso che mi opprimeva si dissolse nel nulla, lasciandomi tra il divertito, lo stupito ed il riconfortato.

Il modello terapeutico che Mara Selvini ha incarnato, nei temi del superamento e della elaborazione del dolore e della passività, grazie alla valorizzazione di chi sta male ed al riuscire a proiettarlo in una dimensione attiva di protagonista assoluto della sua vita; credo sia proprio un filo rosso che ritroviamo in tutta la sua carriera, al di là di ogni cambiamento di rotta.

Per chiudere il cerchio tra individuo e sistema, decisivo è l'aiuto che ci viene dalla teoria dell'attraccamento, ma dobbiamo essere capaci di integrarla con tutte le grandi tradizioni della psicoterapia. Quella mia paziente, facilmente diagnosticabile come border/narcista, ripetutamente seduceva uomini prestigiosi, crea relazioni drammatiche, instabili, condannate a naufragare miseramente, lasciandola sola e disperata. È immediato il collegamento con l'essere stata smaccatamente la preferita di un nonno mitico, famoso, donnaiolo, di cui ha seguito le orme professionali. Una relazione fatta di eccitazione, seduzione, violenza che sembra condannata a ripetere nella sua vita affettiva: la messa in scena del dramma originario, come scrive Alice Miller a proposito dei bambini dotati. Altre volte, siamo più fortunati, nelle sedute familiari il dramma originario l'abbiamo sotto gli occhi, tocchiamo con mano, ad esempio, l'irrazionalità di un'accanita ostilità/rigidità di una madre nei confronti di una figlia adolescente. Ma qui, oltre a trovare il senso di quell'apparente irrazionalità, abbiamo la possibilità di trasformatla.

Nuotare come pesci nell'acqua delle logiche affettive, chiudendo il cerchio delle differenti diagnosi, è questa la base fondamentale della moderna psicoterapia.

La relazione co-costruisce il tratto, il tratto co-costruisce la relazione, in un processo infinito, destinato a produrre benessere o talvolta malessere, ma su cui, almeno qualche volta, abbiamo il grande privilegio di essere autorizzati a mettere la nostra testa e il nostro cuore.

## BIBLIOGRAFIA

- Buber, M. (1947) *Il principio dialogico*; trad. it. Comunità, Milano, 1958
- Canevaro A. (2009) *Quando volano i cormorani*, Bolla, Roma
- Miller A. (1981) *Il bambino inascoltato*; trad. it. Bollari Boringhieri, Torino, 1976
- Morin E. (1977) *Il metodo*; trad. it. Feltrinelli, Milano, 1983
- Onnis L. et al. (1990) "Le sculture del presente e del futuro: un modello d'intervento sistemico nelle situazioni psicosomatiche", *Ecologia della mente*, 2
- Selvini M. (1993) "Psicosi e misconoscimento della realtà", *Terapia Familiare*, 41, pp. 45-46
- Selvini M. (2000) "In memoria di Mara Selvini Palazzoli", *Terapia Familiare*, 64, pp. 99-100
- Selvini M. (2004) *Reinventare la psitoterapia*, Cortina, Milano
- Selvini Palazzoli M. et al. (1980) "Ipotizzazione, circolarità, neutralità", *Terapia Familiare*, 7, pp. 7-19
- Selvini Palazzoli M. et al. (1988) *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano
- Selvini Palazzoli M. et al. (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Cortina, Milano
- Stern D.N. (2004) *Il momento presente*; trad. it. Cortina, Milano, 2005

**RIASSUNTO.** L'identità del modello sistemico si fonda sul portare un'esperienza correttiva di cambiamento nella relazione tra il paziente e i suoi familiari, anche grazie all'impatto degli sconvolgimenti epistemologici prodotti dalle primissime sedute, e quindi ancor prima che una vera alleanza terapeutica cooperativa e continuativa abbia potuto stabilirsi. L'intensità del primo impatto deve poi svilupparsi in varie forme nel processo terapeutico: si utilizza la dimensione d'équipe per la tenuta di un'alleanza terapeutica che incida simultaneamente su più soggetti e sottosistemi. L'intensità dell'alleanza terapeutica passa attraverso la capacità del terapeuta di utilizzare tecniche e teorie in modo integrato con il suo mettersi in gioco fino in fondo come persona. In questo processo è fondamentale "pensare per andirivieni" nel senso di far dialogare coerentemente tra loro le diverse dimensioni delle diagnosi individuali e relazionali.

Parole chiave: ipotizzazione sistemica; intensità; co-responsabilizzazione; terapia parallela; diagnosi individuale.

## A SYSTEMIC THERAPIST, HUNTER AND FARMER

**SUMMARY.** Systemic model's identity is based on simulating a corrective experience of change in the relationship between patient and his or her relatives, an experience facilitated also by the epistemological turns produced by the first sessions, before a real collaborative and enduring therapeutic alliance has been established. The intensity of the first impact must then develop into various forms during the therapeutic process: we use the

therapeutic team dimension for being consistent in simultaneously affecting many subjects and systems. In this process it's important to think in a to-and from pattern (in loops), as to say allowing a consistent dialogue between the different dimensions of individual and relational diagnosis.

**Key Words:** Systemic Hypothesis; Intensity; Co-Responsibilization; Parallel Therapy; Individual Diagnosis.