

L'intervento interazionista nei percorsi per la perdita di peso: una ricerca-azione

*Antonio Consiglio**

Riassunto. L'articolo raccoglie i dati del servizio di accompagnamento psicologico/psicoterapico alla perdita di peso in grandi obesi, attuato nel "Centro Obesità", presso l'Ospedale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (Bari). L'articolo ha un doppio focus: descrive i risultati raggiunti durante la ricerca-azione in termini di perdita di peso e di prevenzione del drop-out; mostra un compendio di tattiche e strategie retoriche di matrice interazionista messe a punto "sul campo", che si rivela un prontuario di partenza per percorsi di accompagnamento alla perdita di peso. La ricerca-azione ha coinvolto prevalentemente grandi obesi che hanno nella loro storia tentativi di percorsi di dimagrimento non riusciti, o che hanno subito il cosiddetto effetto yo-yo (cioè la perdita di peso seguita da altrettanta ripresa di peso).

Parole chiave: Dieta; Diabete; Psicoterapia Interazionista; Perdita di peso

Abstract. The paper collects data about psychological / psychotherapeutic support to weight loss in obese people, carried out at the Obesity Center at the "F. Miulli" Hospital in Acquaviva delle Fonti (Bari). The article has a double focus: it describes the results achieved during the research-action in terms of weight-loss and drop-out prevention; it shows a compendium of "field-based" tactics and rhetorical strategies within the interactionist model, which is a starting point for weight-loss supporting paths. The research-action involved mostly obese people who failed attempts to lose weight or who had undergone the so-called yo-yo effect (ie, weight loss followed by the same weight recovery).

Key words: Diet; Diabetes; Interactionist Psychotherapy; Weight loss

1. Il contesto dell'intervento

L'articolo sintetizza il lavoro svolto presso l'Ospedale Regionale – Ente Ecclesiastico "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti, in provincia di Bari. Nell'anno in cui la ricerca-azione è stata messa in atto, il 2013, all'interno del reparto di endocrinologia era presente un progetto chiamato "Centro obesità" con funzione di prevenzione, diagnosi e cura dell'obesità e delle malattie correlate, prima tra le quali il diabete (AA.VV., 2005; 2012). Il personale del servizio del Centro obesità era lo stesso del reparto di endocrinologia, il che rendeva i due servizi particolarmente osmotici e sostanzialmente contigui. Le figure di cui il servizio e il reparto si servivano erano il medico endocrinologo, il dietista e lo psicologo. L'assistito giungeva in prima battuta al medico che elaborava le sue valutazioni e prescriveva la sua terapia farmacologica; successivamente lo stesso

* *Psicologo e psicoterapeuta.*

medico forniva un'indicazione alimentare soprattutto su base calorica. In funzione di quanto stabilito dal medico, la dietista indagava le abitudini alimentari e correggeva le cattive abitudini informando il paziente sul modo in cui i maggiori alimenti funzionino sull'organismo o elaborava e consegnava uno schema alimentare da seguire a casa. Una piccola percentuale dei pazienti provenienti dal reparto e dal centro giungevano allo psicologo. Benché non ci fosse un accordo esplicito sulle indicazioni per effettuare un invio allo psicologo, l'invio era effettuato quando uno degli operatori *percepiva l'esigenza di un sostegno psicologico*, oppure quando il paziente era all'*ennesimo tentativo di dieta*, oppure quando c'erano gli elementi descrittivi caratteristici di una *sindrome psichiatrica*. La direzione del Centro Obesità chiedeva esplicitamente allo psicologo di valutare in senso prognostico la *compliance* al trattamento terapeutico farmacologico e nutrizionale. L'indicatore di efficacia *evidente* del servizio era la perdita di peso.

La ricerca si è sviluppata sul campo accumulando la casistica; man mano che l'esperienza procedeva, alcuni stratagemmi retorici, in prima battuta originali, trovavano una loro formulazione sempre più efficace fino a divenire repertori di tattiche ricalcabili con i successivi utenti. Il peso era rilevato all'ingresso del servizio ed è stato poi nuovamente rilevato a distanza di un anno. Indipendentemente da ciò, il percorso psicoterapico ha avuto durata e frequenza mutevole, a seconda delle esigenze individuate per ciascuna persona.

2. La matrice interazionista dell'intervento attuato

La ricerca-azione ha attinto alle teorie e alle riflessioni interazioniste (Salvini, 1998; Salvini & Dondoni, 2011), ponendo quindi attenzione ad una serie di pilastri concettuali tra cui "la teoria dell'altro", i generi narrativi, i nuclei generativi, la coerenza narrativa, le regole d'uso del linguaggio, l'attenzione al contesto dell'interazione, le tentate soluzioni, ecc. (Bandler & Grinder, 1975; Bateson, 1972; White, 1992).

Tra i tanti costrutti a disposizione del consulente interazionista è utile qui accennare a quello dei "nuclei generativi", ovvero temi centrali o "centri gravitazionali" intorno ai quali gira la costruzione dell'identità e delle abitudini (Salvini, 1998). Questa chiave di lettura ci mostra come molte persone obese "ruotano" intorno al tema della "perdita di peso", vedendolo come tema cardine, centrale e vincolante ogni volta che si siedono a tavola, ogni volta che viene loro offerto qualcosa da mangiare fuori casa, ogni volta che sentono fame (Faccio, 1999, 2007); ma anche ogni volta che si svegliano pensando che *dovrebbero* fare attività fisica, ogni volta che non fanno l'amore perché *prima devono* perdere peso, ogni volta che non escono di casa perché *prima devono* perdere peso, ecc. Metodologicamente parlando, un obiettivo di processo da perseguire durante un accompagnamento alla perdita di peso è svincolare la persona dalla centralità del tema "peso", indirizzandola verso altre tematiche da rendere "nuovi nuclei generativi" (Dalle Grave, 2012; Faccio, 1999).

Un altro costrutto utile e viabile è detto "tentata soluzione" (Nardone & Balbi, 2008). Ogni persona è intenta attivamente a risolvere i propri problemi e spesso la condizione alla quale arriva, anche se sofferente o di disagio, si configura come quella maggiormente adattiva. Sotto questa luce, i sintomi o certi "vicoli ciechi problematici" di certe situazioni sono il male minore che la persona è attivamente riuscita a produrre. Il costrutto offre anche una prospettiva utile per gestire il fenomeno dell'uso di psicofarmaci, ricorrente

tra gli utenti del servizio descritto. Per un certo verso, l'uso di alcuni psicofarmaci può essere un esempio di tentata soluzione; si riscontrava spesso infatti che il paziente, una volta iniziato all'uso degli psicofarmaci, cominciasse a pensare alle proprie emozioni, ai propri sentimenti, alla propria volontà, ecc. come a cose esterne da sé, ovvero come se queste fossero qualcosa di *dipendente* da una malattia. Inoltre, chi usava gli psicofarmaci era implicitamente introdotto nel sillogismo "esiste lo psicofarmaco, quindi esiste la psicomalattia; assumo lo psicofarmaco, quindi sono *psicomalato*". Accadeva pertanto che durante l'assunzione dello psicofarmaco si mantenesse un approccio "passivo" alla propria vita e alla propria perdita di peso (Delbarba, 2012). Spesso capitava inoltre che l'effetto *rebound* spaventasse il paziente convincendolo dell'ineluttabilità del proprio male.

È qui utile accennare ad un'altra premessa teorica dell'impianto interazionista, ovvero gli obiettivi di processo che il consulente interazionista contempla nel proprio lavoro: l'*aumento delle possibilità*, il *cambiamento* e l'*integrazione* (Salvini & Dondoni, 2011). Questa modellizzazione degli obiettivi tiene in considerazione l'imperativo costruttivista dell'aumento delle possibilità, sazia la fame di cambiamento che ciascun terapeuta e ciascun cliente vorrebbe vedere soddisfatta, e ricorda in ultimo che qualsiasi condizione, cambiata o no, può trovare un senso ed essere integrata nella vita del cliente. Il raggiungimento degli obiettivi si ottiene attraverso la modificazione delle strutture ricorsive problematiche di una persona, che per sintesi possono essere modellizzate in Azione (su fronte del fare, del dire, del sentire, ecc.) e Rappresentazione (sul fronte del pensare, dell'ideare, ecc.). Azione e Rappresentazione sono facce della stessa medaglia.¹

Per interferire nel modo in cui la persona istante dopo istante dà senso al suo fare e al suo ideare, cioè per interferire nell'azione/rappresentazione, è necessario che il consulente pianifichi delle strategie, cioè delle linee di mosse confezionate sulla base del risultato anticipato. Per fare questo può rifarsi all'ampia letteratura di azioni psicoterapiche (Austin, 1962; Masoni, 2016; Nardone & Salvini, 2004).

2.1 Tattiche

Le ragioni che portavano le persone a bussare alla porta dello psicologo non si assomigliavano affatto. C'era chi veniva inviato per una consulenza psicologica al fine di valutare l'adeguatezza all'intervento di chirurgia bariatrica, chi veniva individuato dal personale medico per un generico sostegno, alcuni pazienti del reparto invece volevano soltanto ammazzare la noia della permanenza in ospedale, altri ancora provavano ad andare per la prima volta dallo psicologo perché "è da tanto tempo che penso che dovrei andarci". Pur nel rispetto della diversità delle storie e delle configurazioni possibili, metodologicamente è stato utile compendiare la pluralità delle strategie in alcune tattiche retoriche più frequenti, di cui qui di seguito se ne dà un accenno.

¹ La tripartizione degli "obiettivi" (di processo), in stile didattico, proviene da una lezione che il Prof. Alessandro Salvini tenne nel 2013. Della stessa lezione fa parte l'euristica della azione/rappresentazione.

2.1.1 Tattiche per la gestione del contesto

Se diciamo che i discorsi delle persone sono funzione dei contesti, dei luoghi, dei ruoli e delle regole di scena (Goffman, 1959; Salvini & Dondoni, 2011), allora dobbiamo spendere alcune considerazioni per comprendere in che modo gli utenti della consulenza psicologica iniziavano a raccontarsi. Fisicamente eravamo in un grande ospedale, ogni operatore (medico, psicologo, dietista, ecc.) indossava il camice, ogni utente² indossava il pigiama, c'erano i Dottori e i Pazienti. Un tale contesto "totale" (Goffman, 1968) suggerisce alla persona, ad esempio, di esprimersi mettendo in primo piano il tema della malattia, del problema o del deficit. Con tali premesse, il paziente di solito elenca nello stesso modo i propri malanni fisici e le proprie "mancanze biografiche", come la "mancanza di forza di volontà" nel seguire le indicazioni dei medici oppure descrive tutte le proprie esperienze emotive quotidiane con poche parole pseudo tecniche come "panico", "ansia" o "depressione". Gestire il contesto, in questo senso, voleva dire non contribuire a reificare il racconto clinicizzato, ad esempio orientando la conversazione verso qualunque altra direzione possibile, anche cambiando registro o modulando il tono di voce, tutti *escamotage* retorici per evocare altri *contesti* e altre *relazioni* in funzione dei quali produrre ulteriori racconti. Per esempio: "Bello il suo I-phone, anche io vorrei comprare uno smartphone, ma non so davvero cosa scegliere. Lei come ha fatto a scegliere il suo?". Accadeva talvolta che qualche paziente percepisse con sospetto e con un pizzico di offesa l'invio ad una consulenza psicologica; l'assistito allora poteva ritrovarsi spaventato nella stanza dello psicologo a "fingere di essere naturalmente normale" per non incorrere in una valutazione negativa che avrebbe peggiorato l'immagine di sé. In questi casi l'intero colloquio era giocato mantenendo il clima leggero, anche scherzoso e umoristico se necessario.

2.1.2 Tattica per non incorrere nel drop-out

Perdere molti chili richiede tempo. Per questa ragione una tattica usata in moltissimi primi colloqui è stata quella di negoziare e definire i tempi del dimagrimento desiderato, spesso chiamando in causa "l'esperienza" del paziente in fatto di diete. Un modo utilizzato in molti casi è descritto sinteticamente in questo dialogo:

Psicologo: quanto pesa?

Utente: centoventi chili

P: quanti chili dovrebbe perdere per arrivare al suo peso forma o a quello indicato dai medici o a quello che vorrebbe lei?

U: uh, direi almeno trenta chili

P: in quanto tempo secondo lei e secondo la sua esperienza potrebbe farlo?

U: forse due anni!

P: quindi trenta chili diviso 24 mesi fa circa un chilo e mezzo al mese. È un gran bel ritmo. Questo è il suo ritmo, d'accordo? Lei dovrà mantenere questo ritmo *senza andare più veloce*.

² Gli utenti provenienti dal reparto erano normalmente ricoverati e indossavano il pigiama; diversamente, quelli che raggiungevano il Centro Obesità senza ricovero erano vestiti "in borghese". Pur se può sembrare una sottigliezza, tra le "tattiche per la gestione del contesto" c'era quella di restituire una "veste" e una identità borghese al paziente del reparto, permettendogli di tornare ad essere anche "insegnante", "informatico" o "dottore" e non solo paziente.

L'indicazione del "non andare più veloce" è strategica in quanto durante i primi tempi la persona non potrà fare a meno di contraddire la velocità indicata dal terapeuta, e potrà entusiasinarsi intimamente per avere un successo maggiore di quanto lo psicologo si aspetti (anche se ne contraddice l'ordine); inoltre nel momento in cui fisiologicamente il ritmo della perdita ponderale scenderà, il consulente potrà finalmente plaudire al rallentamento e al fatto che il paziente sta finalmente seguendo le sue indicazioni. La letteratura sul tema dell'affiancamento psicoterapico alla perdita di peso (Dalle Grave, 2012) individua "l'aspettativa sulla perdita di peso" quale un *fattore di successo*. Tuttavia, alla luce della tattica di matrice interazionista appena esposta, non ha senso parlare di un "fattore di successo" come se questo fosse rilevabile e presente prima dell'escamotage retorico; infatti l'"aspettativa" è uno dei tanti temi di conversazione che viene destrutturato appena se ne rilevi l'esigenza.³

2.1.3 La parola "dieta"

Una tattica dolce si gioca sul campo del lessico, laddove nel contesto ospedaliero è inconsueto ascoltare parole diverse da diagnosi, terapia, cura, dieta e regime alimentare, nella stanza dello psicologo (e a volte in collaborazione con i colleghi) si preferiva parlare di stile alimentare o di stile di vita⁴. Oltre a queste formulazioni tattiche pronte per l'uso, si utilizzava ogni altra possibilità linguistica offerta dalla conversazione, privilegiando l'invenzione di metafore costruite *ad hoc* con il linguaggio dell'interlocutore.⁵ L'attenzione maggiore a non esprimersi in termini di "dieta" è funzionale a mettere le basi per rimodellare l'esperienza nutritiva e a rinegoziare i nuclei generativi (più avanti).

2.1.4 Tattica del declinicizzare il lessico

L'obesità in molti casi è frutto di tentate soluzioni di ulteriori problemi. Talvolta capitava di ascoltare espressioni come 'ansia' o 'attacco di panico' usate dagli utenti come parole *passé-partout*, ora usate per avere la sensazione di interloquire appropriatamente con un clinico, ora usate come fossero entità indipendenti ed esterne, malattie. In questi casi, una tattica iniziale è stata quella di restituire il contesto alla parola e di trovare sinonimi più opportuni o più funzionali all'integrazione dell'esperienza percettiva, sensoriale, emozionale e sentimentale. Il caso di F. si presta per un esempio: F. raccontava che dopo aver vissuto nella sua vita diverse esperienze negative, oggi provava *ansia* in ogni contesto, *ansia* quando è in casa ad aspettare i figli, *ansia* quando entra in macchina, *ansia* quando aspetta suo marito.

Psicologo: scommetto che prima di entrare in macchina va in bagno...

F: sì, proprio così

Psicologo: non è forse l'"attesa" quella?

³ Dalla prospettiva adottata, di matrice interazionista, è impossibile creare dei gruppi sperimentali con e senza "aspettativa realistica/irrealistica" in quanto l'*idea* emerge e diviene reale nell'interazione.

⁴ A scanso di equivoci, mettere in atto questa tattica dolce non consisteva nel dichiarare "noi qui preferiamo non usare la parola dieta". Quest'ultima pare, a chi scrive, una specie di moda diffusa nel "settore della perdita di peso" che propone in senso pedagogico e normativo "il giusto stile di vita" al posto de "la giusta dieta". Praticamente la stessa cosa.

⁵ Ad esempio, con un utente informatico si è arrivati ad esprimerci in termini di "Installare un nuovo sistema operativo"; una ragazza con l'esigenza di costruirsi una vita indipendente si esprimeva in termini di "togliere l'involucro che mi ha tenuto in una campana di vetro".

F: io ho l'ansia anche quando sta tornando mio marito

P: e che cos'è?

F: non vedo l'ora di vederlo...

P: in altre parole?

F: è amore?

2.1.5 Tattiche nello scalaggio degli psicofarmaci

Nel corso della ricerca-azione non è stato raro incontrare persone in trattamento con psicofarmaci. Alcuni psicofarmaci, oltre a suggerire su piano semantico e narrativo l'affezione da una malattia mentale, hanno precisi effetti iatrogeni: ad esempio possono contribuire ad ingrassare o possono procurare problemi nella sfera sessuale. In questi casi si può prendere in considerazione di procedere, in accordo con il medico, alla sospensione del trattamento farmacologico. Una delle resistenze più frequenti nella persona in trattamento è la paura di stare peggio, paura fondata anche per il fatto che spesso alcuni sintomi sono legati proprio allo scalaggio e alla sospensione del farmaco. In questo caso viene di solito suggerito:

“è probabile che avrà qualche disturbo. Bene, quello è un bene. Quando si sentirà giù in questi giorni vuol dire che il suo corpo sta rispondendo bene allo scalaggio! Se ne rallegrerà e dovrà andare a festeggiarlo con la sua famiglia con un'uscita, una semplice passeggiata o una pizza, dovrà mettere in atto un piccolo rituale di festeggiamento. Non sarà facile, perché starà male ma proprio per questo dovrà farlo, per ricordarsi che è la direzione giusta e che va tutto bene”.

2.1.6 Tattica per il cambio del nucleo generativo

Spesso è capitato di ricevere interlocutori che misuravano i propri successi, il proprio “carattere”, la propria “indole”, il proprio “temperamento”, la propria “volontà”, il proprio “benessere”, ecc. in funzione del peso; il tema del peso inghiottiva tutti gli altri argomenti i quali erano ad esso subordinati. Ad esempio, “mi farò dei nuovi amici quando uscirò di casa e mi sentirò bene con me stesso, e starò bene con me stesso solo quando avrò perso peso”. A questo proposito una mossa che è andata via via consolidandosi è stata quella di chiedere, con profondo interesse, “a cosa le serve perdere peso?”.

Psicologo: “A cosa le serve perdere peso?”

Utente: “Per mettermi in forma...”

P: “Uh, capisco... anzi no, ‘per mettermi in forma...’, in che senso, che me ne faccio poi?”

U: “Come che me ne faccio?! Per la salute! Per stare bene!”

P: “Ah, ok. Però, mi scusi, faccio fatica... e una volta che sta bene e sta in salute... che se ne fa poi?”

Di solito, dopo due o tre autentici “non capisco ancora, mi scusi, a che pro?” la mossa terapeutica spostava il centro del nucleo narrativo dal *peso in sé* ad una presunta *funzione* per la quale la persona voleva perdere peso, orientandola verso una ristrutturazione del senso della sua dieta e della sua perdita ponderale. Ad esempio “voglio tornare a fare l'amore con mio marito” oppure “non mi fido della gente, gli amici veri non esistono”. Una volta emersi i “veri” obiettivi della dieta, era possibile lavorare parallelamente nel raggiungimento di questi obiettivi, producendo il paradossale risultato

per il quale la persona avrebbe avuto la sensazione di raggiungere gli scopi *reali* della dieta *prima* e poi, perciò e contemporaneamente, avrebbe perso peso.

Si noti per inciso che gli studi classici (Della Grave, 2012) ritengono che le persone che *hanno* l'obiettivo di "migliorare il proprio stato di salute" hanno maggiori probabilità di successo rispetto a quelle che affrontano una dieta "per migliorare il proprio aspetto". Anche in questo caso, dal punto di vista dell'intervento di matrice interazionista, la dicotomia non si pone in quanto le ragioni del percorso di dimagrimento sono rese liquide dai processi di negoziazione dei significati attivati nella conversazione: "lo faccio per la salute" o "lo faccio per migliorare il mio aspetto" sono identici dal punto di vista del lavoro qui proposto e sono solo dei "ponti retorici" per giungere fino a *nuclei generativi* e obiettivi di più facile gestione. Ad esempio: "Lo faccio per la salute" - "mi perdoni, non capisco, cosa se ne farebbe poi di questa Salute?" - "potrei star bene con gli altri?" - "Chi sono gli Altri a cui si riferisce?" - "mio marito" - "da cosa si accorgerebbe di stare bene con suo marito concretamente?" - ecc.

2.1.7 Tattica per la gestione dei nuovi nuclei generativi

Gli utenti che hanno raggiunto il servizio avevano spesso in comune il ricorso al rituale del pesarsi: quando la lancetta della bilancia diceva "un etto in meno", gioivano, quando diceva "un etto in più", si avvilitavano. L'umore della giornata e le auto-attribuzioni di competenza giravano intorno a questo nucleo generativo. Un'ulteriore tattica dolce giocata spesso per decostruire la salienza del peso e del rituale di pesarsi puntava dritta a mettere in crisi la legittimità dell'importanza del fattore "peso".

Psicologo: mi chiedevo se è proprio il peso che le interessa. Insomma, il peso è un calcolo dato dalla massa per la forza di gravità, tant'è che lei sulla Luna o in acqua pesa un terzo... Lei avrebbe superato il suo problema se si misurasse in acqua?

Utente: no!

P: tra l'altro se lei mettesse su dei muscoli sarebbe scocciata o si sentirebbe più in forma?

U: starei meglio, sarei più in forma

P: eppure la bilancia le direbbe che ha messo su qualche etto o chilo di massa muscolare. Quindi lei si avvilitrebbe anziché gioire...

Una volta messo in crisi il concetto di peso *tout court*, di solito la persona proponeva, autonomamente o facilitata nel compito dal consulente, alcuni diversi indicatori dell'andamento. Spesso si costruiva un vero e proprio nuovo strumento di misura, disegnandolo con lancette e numeri, riportante nuovi indicatori, come ad esempio "ho detto ti amo a mio marito", "ho fatto pace con mia zia", "ho indossato un pantalone", "ho fatto una rampa di scale", "ho le smagliature"⁶, ecc. Il nuovo strumento, cucito esattamente sui valori e sulle aspettative dell'assistito, era ben accolto e diventava una bussola concreta e utile all' "auto-orientamento biografico".

Tra un "nuovo metro" e l'altro si inseriva spesso un "benefico inganno" che suonava così:

⁶ L'espedito dell'uso delle smagliature sulla pelle era particolarmente utile perché ambivalente all'interpretazione: quando utilizzate come metro per la valutazione del percorso permettevano di gioire alla loro comparsa (segno del dimagrimento) ma in caso di rallentamento sul ritmo del dimagrimento permettevano ugualmente di gioire per il fatto che dimagrire lentamente è il modo giusto per limitare le smagliature.

Psicologo: da qui al nostro prossimo incontro lei dovrà segnare su un foglio il suo battito cardiaco dopo due rampe di scale, ogni giorno alla mattina e alla sera; e poi mi porterà i risultati e li vedremo insieme. La diminuzione della frequenza cardiaca nel tempo ci dirà che sta andando bene.

L'inganno, oltre a configurarsi come un metro di autovalutazione anche piuttosto interessante, obbligava di fatto la persona a fare un minimo di attività fisica, cosa spesso del tutto assente.

3. Al di là delle tattiche

Chiamiamo "tattiche" alcuni espedienti retorici ricorrenti, piani d'azione di carattere generale che si sono rivelati utili. Ogni persona però ha la sua storia, inventa la sua particolare realtà nella costante interazione con sé, con gli altri e con il mondo. Ogni consulenza interazionista perciò è necessariamente diversa, perché sposa il mondo dell'interlocutore, perché non è normativa e non somiglia ad una specie di "educazione alimentare". Addirittura il concetto di "Salute" (e finanche di peso) non è normativo, cosa difficile da pensare per altri operatori sanitari che lavorano per la perdita di peso. La realtà è negoziata a partire dal sistema di significati dell'utente. Dunque al di là delle tattiche suesposte, qui di seguito si vuole dare un esempio della duttilità della conversazione, la quale può prendere qualsiasi tipo di forma e direzione, imprevedibile e ciononostante da gestire. Quanto segue è leggibile a diversi livelli, ovvero alla luce di diversi costrutti e teorie accomunati dagli stessi fondamenti epistemologici, non tutti sintetizzabili in questo articolo.

3.1 Una storia

Un giorno d'estate un'endocrinologa del reparto visitò una sua paziente che stava avendo degli ottimi risultati sul trattamento dell'obesità; dopo aver perso circa venti chili, però, la lancetta della bilancia aveva cominciato a segnare sempre lo stesso peso. La paziente iniziava perciò ad avere paura di poter ritornare al punto di partenza; inoltre accennava a problemi personali, relazionali ed emotivi e a frequenti attacchi di panico. La paziente era una donna molto obesa, giunta in reparto per le complicazioni dovute al suo peso. Assumeva Metformina e anche due psicofarmaci, Zoloft e Xanax, prescritti da un neurologo per una diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato. L'endocrinologa le suggerì di parlare con me soprattutto per quel che riguardava l'ansia. Quando la signora entrò nella mia stanza fu lei stessa a presentarsi attraverso la sua sintomatologia e i nomi dei farmaci che assumeva. Più stupefacente fu la descrizione che fece subito di sé affermando "ho la sindrome dell'ansia generalizzata" alla quale aggiunse "sono malata? è grave?".

Accennando ad un benevolo sorriso, decisi di spiegare che cosa vuol dire "sindrome", e cioè che era il nome per indicare la somma dei sintomi da lei stessa raccontata, che quindi non era qualcosa in più o qualcosa di diverso da quello che lei raccontava al neurologo. Per rendere la cosa più comprensibile, iniziammo a descrivere l'arredamento della stanza che ci ospitava e arrivammo alla conclusione che anche gli armadi sono raggruppabili in "sindromi", come l'armadietto di alluminio, l'armadio quattro stagioni, ecc. La mossa così costruita era stata pensata per non sostenere l'idea che fosse vittima

di una malattia⁷. La nostra conversazione andò avanti riproponendo spesso il tema dell'ansia, termine con il quale la quarantenne descriveva moltissime delle sue emozioni; mi parve arrivato il momento di dare un contesto alle ansie, per svilupparne il significato e per legittimarla all'esperienza delle sue emozioni e delle sfumature possibili:

Psicologo: In quali occasioni dice di sentire l'ansia?

Utente: Per esempio adesso devo andare al mare senza mio marito, sento ansia e questo mi fa piangere.

P: Che cosa intende quando dice che sente l'ansia?

U: Non lo so, non so come fare senza di lui, mi manca...

P: Bene, le va se ne parliamo in questi termini? "Saper fare senza di lui" e "le manca"? Con questo tipo di domande provavo ad interferire nell'uso della parola 'ansia' che sembrava inglobare tutte le esperienze della signora, e che la lasciava spesso attrice passiva di qualcosa di non governabile; il risultato fu che al posto dell'ansia creammo due campi sui quali poterci focalizzare e sui quali poter esercitare la sua intenzionalità, il "saper fare (senza di lui)" e "il sentimento di mancanza".

Sebbene la conversazione era partita dal tema dell'ansia, durante il nostro primo colloquio iniziai da subito ad aprire le strade del "raccontabile allo psicologo" e con domande come "cosa le piacerebbe fare in vita sua?" iniziavo ad orientare le sue risposte sulle sue anticipazioni, sul suo modo di leggere il futuro. È noto infatti che per risolvere un problema comunemente detto psichico è scorretto cercarne la causa, così come non è esaustivo individuare esclusivamente nel passato le ragioni di un gesto. L'azione è funzione del senso delle cose, è il miglior adattamento trovato, e spesso il senso emerge in modo più evidente dal modo in cui ci si progetta per il futuro. Durante il nostro primo incontro accennammo anche a suo marito e a sua figlia, e ci soffermammo sui suoi attacchi di panico. La signora aveva un nome anche relativamente comune dalle sue parti, Margherita Rovo, ma non so se avesse mai fatto caso al fatto che rappresentasse un'inconsueta composizione botanica. In chiusura mi permisi di sfruttare la possibilità offerta dal suo nome per una piccola suggestione di carattere emotivo dicendole "dai rovi lasceremo spazio alle margherite e leggeremo i sentimenti per ogni petalo".⁸

Durante il primo colloquio con Margherita, si era usata la tattica "per non incorrere nel drop-out" stabilendo il ritmo della perdita di peso, si era usata la tattica del "declinicizzare il lessico", conferendo contesti e significati all'uso diffuso della parola Ansia e si era iniziato a lavorare con la tattica "per il cambio del nucleo generativo" (che me ne faccio poi della salute e della magrezza?), facendo emergere quindi "altri obiettivi" diversi dal peso. Nel secondo colloquio Margherita mi raccontò della sua famiglia d'origine e della sua famiglia attuale. Quando sfiorava questo o quel personaggio spesso si ritrovava a piangere. Ad un certo punto la conversazione mi portò a chiederle:

P: come vorrebbe essere?

⁷ Il mio atteggiamento poteva apparire rassicurante e in linea di principio opposta all'indicazione didatticamente pertinente di non dare risposte rassicuranti ma di rigirare le domande. Eppure in questo caso ho ritenuto più adeguato ristrutturare con una metafora, per non remare contro la convinzione di "avere una sindrome", convalidando la diagnosi ma alleggerendone il peso e l'importanza, cambiandone il senso.

⁸ Margherita Rovo è uno pseudonimo. Anche la frase è qui ricostruita in modo coerente rispetto al nome di fantasia.

M: solare, tranquilla...

P: con chi?

M: tutti

P: con chi prima di tutti?

M: mia figlia!

P: le interessa se cominciamo da qui?

Pur nel fiume in piena delle sue confidenze allo psicologo, emerse un elemento discorsivo interessante, voleva essere solare e tranquilla. La domanda "con chi?" mi permise di impedirle di ritornare ad essere trascinata nel fiume, serviva a dare un contesto concreto alla sua espressione, serviva a darle una sponda su cui soffermarsi. Se si ritiene la risposta "tutti" vera, sostanziale, fattuale, si rischia di arenare sul contenuto; se invece la si considera come una produzione linguistica autocoesistente, allora possiamo chiedere "chi prima di tutti?" e ricevere una risposta. In questo modo, Margherita fu indotta a darsi un primo tema da prendere in considerazione, emerso secondo i propri valori e interessi.

All'appuntamento successivo, entrammo nel merito della *rappresentazione* che Margherita aveva del rapporto con sua figlia. La mamma riteneva di essere percepita da sua figlia solo come una persona che si arrabbia e che dice di no, e che di buono ha solo il suo preparare da mangiare e sbrigare le faccende domestiche.

Psicologo: quali sono gli aspetti che sua figlia ama di più di sua mamma?

Margherita: (spalanca gli occhi e rimane senza parole, poi dopo un momento di silenzio dice) non lo so.

Psicologo: è una bellissima risposta. "Saggio è colui che sa di non sapere" diceva Socrate. Abbiamo un intero mondo di suo probabile interesse da esplorare e conoscere. Nel costruire la domanda scelsi di provare ad affermare implicitamente che la figlia amava qualcosa della mamma in un modo che è empiricamente elencabile in un certo numero di aspetti. La domanda invitava la mamma ad esplorare una nuova posizione percettiva, non più quella di chi si auto-monitora per controllare se si è sufficientemente competenti nel ruolo di mamma, ma di chi deve ipotizzare lo sguardo di una figlia. Avevo scelto di costruire la mossa infilando nella domanda il tema sul quale avrebbe dovuto basarsi la risposta, "l'amore", opportunamente reso "rilevabile" ed elencabile. L'elenco avrebbe permesso di mettere le basi per lavorare sull'immagine di sé riflessa dal nuovo punto di vista. Alla fine dell'incontro Margherita si sarebbe auto prescritta di arricchire l'elenco. La *ristrutturazione* della risposta "non lo so" in "è una bellissima risposta" mi servì per aggirare la resistenza dell'interlocutrice, così da far apparire che era la risposta che mi auguravo. Per inciso, la scelta della citazione dotta di ampia diffusione popolare attingeva alla *filosofia* della signora, alla sua passione per la conoscenza, di una signora che si rimproverava di aver interrotto gli studi ma che aveva continuato a leggere, che rifiutava le conversazioni da massaia e che si sentiva inorgogliata se riusciva a sostenere la conversazione con un camice bianco.

Le strategie messe in campo per modificare la *rappresentazione* che Margherita aveva di sua figlia, e quindi delle *azioni* nei suoi confronti, e della rappresentazione e del concetto di sé, permisero di esplorare e di scoprire un nuovo mondo. Dopo qualche settimana dal nostro primo appuntamento gli attacchi di panico, tenuti perifericamente

sotto controllo con il più classico dei *diari di bordo*, erano scomparsi. Una piccola mossa ci avrebbe restituito una maggiore tranquillità sul fronte di questo sintomo.

Psicologo: bene, ci darà la misura del completo miglioramento l'arrivo di qualche altro episodio.

Risemantizzando il futuro episodio di attacco di panico come un miglioramento, si andava a sbarrare la strada anche a chi avesse avuto voglia di retrocedere.

Al quarto appuntamento Margherita decise di parlare di un altro problema che la tormentava, i suoi suoceri. I nuovi personaggi del suo racconto erano un suocero ubriaccone e una suocera disperata, con i quali il marito di Margherita aveva chiuso da tempo. Tuttavia la suocera continuava a cercare il suo figliolo tramite SMS di disperato amore chiedendo e ottenendo a volte di stabilirsi presso la loro casa. Margherita si raccontava come incatenata ad un problema sul quale non aveva il controllo ma che comunque sentiva pesare su di sé, pur nella consapevolezza di tutti gli sforzi fatti dal marito per controllare la situazione; tuttavia i continui tentativi di risolvere il problema ponevano spesso l'argomento al centro dell'attenzione facendola sentire arresa, schiacciata e addolorata. Riguardo a questo tema intravidi la possibilità di esternalizzare (White, 1992) il problema ampliando in Margherita la percezione di avere potere sulla sua vita pur nonostante gli accadimenti dei suoceri.

Psicologo: Come agisce il problema "genitoridilui" sulla sua vita?

Margherita: mi fa venire l'ansia, uso il mio tempo per parlare del problema, mio suocero mi giudica quindi mi sento insicura, mi fa parlare e ragionare del passato, in passato mi faceva litigare con mio marito e oggi non mi fa andare a Bari, in quanto non vado a Bari per paura di incontrarlo...

P: in che modo lei ha influito sulla vita del problema?

M: ho dedicato il tempo alla lettura anziché al problema, ho dedicato il tempo alle passeggiate e alla salute fisica, ho dedicato il tempo alla preghiera e alla chiesa.

Attraverso la prima domanda concedevo lo spazio necessario al racconto problematico, in modo da lasciarlo esaurire senza dare la sensazione di opporre resistenza; una volta esaurito lo sfogo, con la seconda domanda le permettevo di generare uno spazio nuovo di dominio sul problema, facendo emergere fin da subito degli esempi concreti di episodi in cui lei ricordava di aver vinto sul problema. Alla fine del nostro appuntamento, fu lei stessa a prescrivere da sola di allungare la lista di episodi in cui lei aveva influito sulla vita del problema.

Durante il nostro successivo incontro iniziammo a parlare di un episodio accaduto nelle due settimane che ci avevano separato, l'acquisto e la vendita di un cane in pochissimi giorni, e di altre brevi considerazioni a caldo. La scelta di permetterle di parlare di un argomento contingente tralasciando il tema del peso o quello degli attacchi di panico rimaneva nel solco della tattica dello spostamento dell'attenzione, o del cambiamento del nucleo generativo. L'ipotesi che mi muoveva era quella di entrare nel merito del modo in cui costruiva le esperienze problematiche, usando gli episodi e gli eventi che riteneva di dovermi raccontare. In quell'occasione Margherita mi raccontò di alcune questioni che facevano capo al rapporto con sua figlia e che potevano generarsi, secondo la mia ipotesi, in funzione della *rappresentazione* che lei aveva della relazione con sua figlia, dall'immagine di sé che di riflesso otteneva dal suo *fare* la mamma, dall'ipotesi sulle opinioni di sua figlia. Così Margherita mi raccontò che sua figlia, da tempo, le aveva

chiesto un cagnolino e che lei si era sempre rifiutata di comprarglielo perché le facevano schifo alcuni aspetti del mondo a quattro zampe. Pur avendolo chiarito più volte a sua figlia, un bel giorno di quelle due settimane si ritrovò a comprarglielo. Cercando di approfondire il significato di questo gesto, per esempio chiedendo “in virtù di chi o di cosa l'ha comprato?” Margherita mi rispose “di mia figlia”. Parlandone la situazione apparse configurarsi come un modo di Margherita di sentirsi competente nel fare la mamma, un modo che chiede a se stessa di mettere a tacere le futili percezioni di schifo o ribrezzo nei confronti dei cani a favore del bene nei confronti della bambina, un bene sempre esperito ma anche da dimostrare continuamente a sé, a sua figlia e agli altri. Sotto questa nuova luce emersa dalla conversazione, il gesto di Margherita passò da “senso di colpa per aver tolto il cane a mia figlia” a “ho provato a fare un esperimento per il bene di mia figlia ma ho visto che per me era davvero troppo”. La nuova posizione di osservazione dell'evento passò restituiva un po' più di fiducia a Margherita nei suoi gesti di mamma. Margherita viveva allo specchio dei suoi gesti e del senso che attribuiva loro, considerandosi inadeguata. Il cambiamento della posizione di osservazione andava a rompere la coerenza di questa immagine, la liberava dalle sbarre delle auto attribuzioni negative ma, si sa, è meglio avere un'identità da prigioniero che non averne affatto. Quasi come una protesta alla libertà offerta dal nuovo punto di osservazione, colta dall'incoerenza, ad un certo punto esclamò:

Margherita: “Sono incostante!”

Psicologo: “sempre?”

M: “sì”

P: (sguardo e ghigno malizioso e compiaciuto di possedere risposte contro di lei)

M: “no... Sono sposata da quindici anni e il mio amore per mia figlia è costante”

Dopo una breve pausa, quasi come un'ultima protesta al cambiamento, rilanciò con le ultime energie un'ulteriore dimostrazione di quanto fosse problematica:

M: “io e mia figlia non facciamo come gli altri *mamma-e-figli*: noi siamo più freddi”

P: e con gli altri?

M: con mio marito sono affettuosa e anche con i miei amici sono affettuosa.

P: Bene. Io sono in dubbio su cosa prova sua figlia. Sono in dubbio su cosa prova sua figlia e sul suo *calore* quando state insieme e quando vi abbracciate. Da qui alla prossima volta dovrà fare allora un piccolo esperimento: quando vi abbracciate dovrà trattenerla un attimo in più per sentirne il “calore dell'umore”, il calore del corpo, la tensione muscolare, le rigidità e le morbidezze. Tasti per bene, qui e lì, si stringa più vicina a lei per sentire meglio. La stessa cosa, una volta al giorno, può trovare un momento, per esempio quando sua figlia sta guardando la televisione. Può avvicinarsi per esempio da dietro e appoggiare le sue mani sulle spalle. Tasti per bene, una specie di piccolo massaggio, un scrollone sulle braccia e sulle spalle. È in grado?

M: “certo”

P: “bene. Ci vediamo tra una settimana alla stessa ora con i risultati dell'esperimento. Arrivederci”

La mossa è pensata sul canovaccio chiamato “solcare il mare all'insaputa del cielo” (Nardone & Balbi, 2008), ovvero far compiere l'azione che non si farebbe se fosse il fine ultimo, semplicemente spostando l'attenzione su altri elementi, quali erano l'attenzione alle regole dell'esperimento e l'aver messo in dubbio la mancanza di calore (che da

metaforica trasformai all'occorrenza in una specie di elemento misurabile). Al suo ritorno, Margherita mi accennò ai risultati dell'esperimento descrivendoli brevemente e lasciando trasparire un'implicita soddisfazione nell'essere caduta nella benevola trappola⁹. L'azione, si sa, porta con sé il "chi e come sono, dato che compio quest'azione", oltre ad un'esperienza emotiva e percettiva che contribuisce al senso dato all'esperienza. Durante il resto della seduta parlammo delle vicende drammatiche e rocambolesche della sua famiglia d'origine. Parecchi anni prima i suoi cari e amati zii con cui aveva un ottimo rapporto rompevano i rapporti con la sua famiglia d'origine lasciando però inalterati i sentimenti che legavano gli zii con la nipote. Margherita, che al tempo dei nostri incontri aveva ancora una rete sociale molto povera anche per colpa del suo modo di vivere l'obesità, percepiva forte lo scontro tra le speranze dettate dai suoi sentimenti e le realtà che gli si ponevano all'esperienza (gli zii erano *ormai* un legame *rotto*). Provammo così ad addentrarci in questo argomento e ad immedesimarci nelle possibilità del reale. "Che cosa accadrebbe se ti telefonassero?", "Come reagiresti?", "Prima di fare la telefonata, invece, con quale aspettative starebbero?", "Cosa potrebbe accadere di male e di bene?". Rispondendo a queste domande, scoprimmo che le persone si arrestano davanti al timore di un'azione inconsueta ma che la stessa mossa dal punto di vista dell'altro può essere grandemente gradita! Sulla scorta di questa scoperta Margherita avrebbe telefonato poi ai suoi zii ricostruendo un bel legame, indipendentemente dalle vicende della sua famiglia di origine.

Nell'incontro successivo ritenni fosse arrivato il momento per strutturare in Margherita l'idea di aver realizzato un cambiamento. Retoricamente ciò è possibile chiedendo *quali differenze ci sono tra ora e allora*. Una volta che è stato fatto emergere, o meglio inventare, il nuovo punto di osservazione, si può far fare un "giro panoramico" nella vita dell'interlocutore a partire dal punto di osservazione nuovo e privilegiato, chiedendo di descrivere le differenze e di cercare di spiegare in che modo ci sia riuscita.

Psicologo: bene. Come descriverebbe le differenze tra questa Margherita di adesso e quella di qualche settimana fa?

Margherita: sì, non sto male come prima, il peso è minore, mi piace il fatto di non aver usato pillole per dimagrire ma ho usato me stessa, sono più curata e considerata da parte di mia figlia e di mio marito e... ho avuto un rapporto sessuale.

Negli incontri successivi toccammo ancora diversi argomenti che Margherita sentiva come problematici. Il percorso ha seguito a mo' di pretesto l'andamento delle richieste della signora, non perdendo di vista l'esigenza ipotizzata da me, definibile come "l'affrancamento dalla sensazione di essere in balia di eventi a lei opposti". In uno di questi incontri proposi alla giovane signora di non guardare più la bilancia bensì di riferirsi a nuovi indicatori (tattica per la gestione dei nuovi nuclei generativi) quali la taglia, la sensazione di salute, cosa si permetteva di fare e con chi si permetteva di conversare, ecc. Dopo un istante di inquietudine, accettò di buon grado ed entusiasta. Gli incontri andarono ancora avanti e dopo un anno dalla prima seduta aveva perso circa 30kg e circa 50kg dall'inizio della sua presa in carico da parte del reparto. Io non seppi mai il suo peso.

⁹ Per una riflessione su quanto siano "trappole", o "doppi legami" o "accettazioni autentiche" o "norme perdonate", ecc. cfr. Masoni, 2016, Psicoterapia e perdono. Obbligare la "norma" al perdono; e "Una elegante prescrizione del sintomo", di Marco Vinicio Masoni, in Scienze dell'Interazione, 1-2, 2016

4. Valutazione

In virtù del mandato della Direzione del reparto di endocrinologia è stata data rilevanza al *Peso* come indicatore di risultato. Altri tipi di valutazione dell'efficacia, più coerenti al fondamento epistemologico di pertinenza, sono rimasti invece tra gli appunti e le registrazioni, buoni all'uso *in itinere* da parte dello psicologo. In ultimo, è stato raccolto il dato relativo al *drop-out*.

4.1 Utenza

Durante un anno di ricerca-azione sono stati ascoltati 77 utenti, di questi 47 hanno ricevuto una consulenza unica e 30 un percorso psicoterapico (Fig. 1). 26 facevano parte del Centro Obesità, 45 provenivano dal reparto di endocrinologia e 6 arrivavano alla consulenza attraverso invii esterni (Fig. 2).

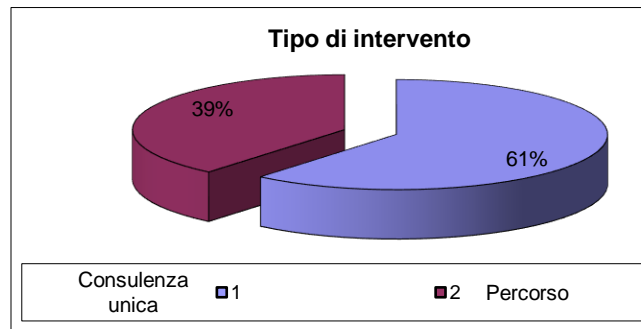


Fig. 1: Tipo di intervento ricevuto durante l'anno della ricerca-azione.

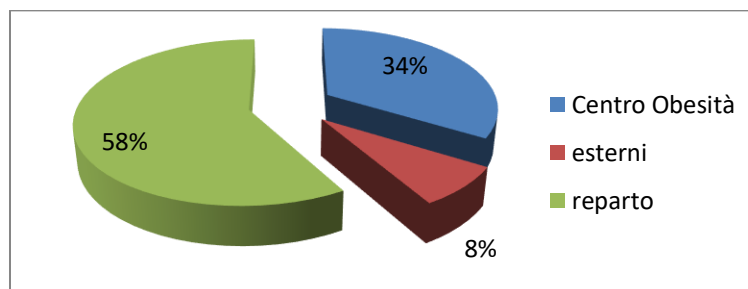


Fig. 2: Provenienza delle persone che hanno svolto un intervento durante l'anno della ricerca-azione.

4.2 Risultati

È stato possibile analizzare statisticamente i dati di 20 persone del Centro Obesità. Di essi, l'89% ha perso peso, l'11% è rimasta stazionaria. Nessuno è peggiorato (Fig. 3). Il *Drop-out*, cioè la fuoriuscita dal canale sanitario, è una possibilità probabile già solo per la lunga durata del rapporto di assistenza. Quando in questa sede si parla di *drop-out*, di riflesso si intende che chi resta nel percorso è disposto a mantenere la *compliance*,

cioè l'accordo sul da farsi con il personale sanitario¹⁰. Delle 30 persone che hanno usufruito di un percorso psicologico affiancato a quello per la riduzione ponderale, 25 non hanno mai abbandonato il trattamento fino ad indicazione del medico o dello psicologo. 5 persone invece hanno interrotto il percorso senza concordarlo con gli specialisti. In altre parole, l'83% degli utenti hanno dimostrato *compliance* lungo il percorso per la perdita ponderale (Fig. 4).

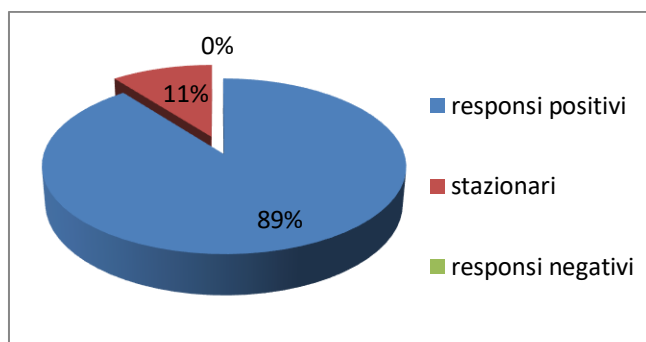


Fig. 3: Esiti statistici delle persone frequentanti il Centro Obesità.

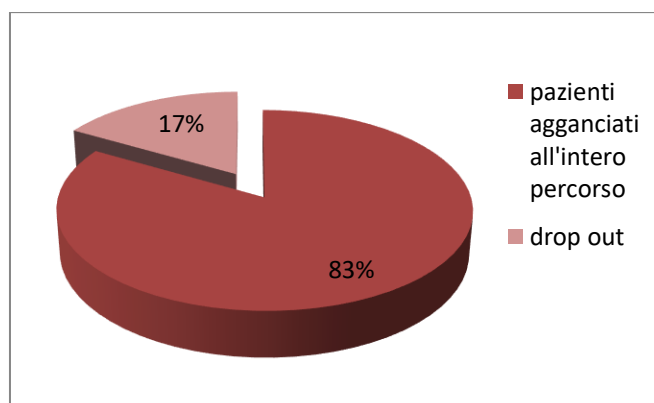


Fig. 4: Percentuale di *compliance* osservata tra le persone che hanno usufruito di un percorso psicologico affiancato a quello per la riduzione ponderale.

4.3 Follow up

I risultati finali sono stati misurati a distanza di 1 anno, statisticamente in media i percorsi sono durati 10 sedute, ogni persona ha perso 12,5 Kg, che equivale, sempre in media, a circa il 12,5% del peso di partenza. Questo dato è confrontabile con il "10%", riferimento classico della letteratura sui percorsi di dimagrimento con e senza supporto

¹⁰ *Compliance* vuol dire "aderenza alle prescrizioni mediche", *drop-out* è la fuoriuscita incontrollata dal canale assistenziale. In questo lavoro i due concetti sono stati resi sinonimi in quanto "continuare a frequentare lo psicologo (e quindi il Centro Obesità)" voleva dire che lo psicologo era in grado di gestire gli effetti delle prescrizioni, anticipandone il grado di aderenza. Si pensi all'esempio "lei dovrà perdere 1,5kg al mese, questo è il suo ritmo, senza andare più veloce". Questa affermazione è costruita appositamente per essere smentita dal paziente per il maggior numero di settimane possibile. Il paziente che non ubbidisce al ritmo prescritto è prova di scarsa compliance? Ad avviso di chi scrive, no. La compliance, nella definizione adoperata in questo lavoro, è *la gestione di un effetto anticipato*.

psicologico o pedagogico (Dalle Grave, 2012; AA.VV., 2012). I risultati in questa ricerca sono stati ottenuti su persone che hanno nella loro storia tentativi di percorsi di dimagrimento non riusciti, o che hanno subito il cosiddetto effetto yo-yo (cioè la perdita di peso seguita da altrettanta ripresa di peso).

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2005). *Manuale di formazione psicopedagogica in diabetologia*, Pacini Editore, Pisa.
- AA.VV. (2012). Un modello di educazione terapeutica per la modifica dei comportamenti alimentari in gruppi di pazienti obesi, G. It. *Diabetol Metab* 2012; 32, pp.154-158.
- Austin, J.L. (1962). *How to do things with words*. Trad. it. *Come fare cose con le parole*. Marietti, Genova, 1987
- Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *The structure of magic. A book about the language and therapy*. Trad. It. *La struttura della magia*, Astrolabio, Roma, 1981
- Bateson, G. (1972). *Step to an Ecology of Mind*, Chandler Publishing Company; Trad. It. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi Edizioni, Milano, 2006
- Dalle Grave, R. (2012). Processi cognitivi coinvolti nella perdita e nel mantenimento del peso, Numero 0, Luglio 2012, Positive Press, Pisa.
- Delbarba, A. (2012). *Nella bilancia fame sazietà non ci sono i farmaci*, PNEI NEWS, 3/4(VI), pp. 16-17.
- Faccio, E. (1999). *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carrocci Editore, Roma.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*, Giunti editore, Prato.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*, Garden City, N.Y., Doubleday, trad. It. *La vita sociale come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna, 1969
- Goffman, E. (1968). *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- Masoni, M.V. (2016). Una elegante prescrizione del sintomo, Scienze dell'Interazioni 1-2 2016, pp. 85-95.
- Moscovici, S. (2005). *Le rappresentazioni sociali*. In Farr, R.M. & Moscovici, S. (eds.), *Rappresentazioni sociali*. (pp. 23-94), Il Mulino, Bologna.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2004). *Il dialogo strategico. Comunicare persuadendo: tecniche evolute per il cambiamento*, Ponte delle Grazie, Milano.
- Nardone, G. & Balbi, E. (2008). *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie*, Ponte delle Grazie, Milano.
- Rampin, M. (2004). *Tecniche di controllo mentale. Analisi e contromisure*, Aurelia Edizioni.
- Salvini, A. (1998). *Argomenti di Psicologia Clinica*, Domeneghini editore, Padova.
- Salvini, A. & Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti Editore.
- Von Glasersfeld, E. (2009). L'interazionismo costruttivista: interazionismo e costruzione della conoscenza, in *Scienze dell'Interazione*, 1(1), pp: 4-11.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, Astrolabio Roma.