Friedlander M., Escudero V. e Heatherington L. (2006), *Therapeutic Alliances in Couple And Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*, A-PA, NY (trad.it. *Alleanze terapeutiche nella terapia di coppia e della famiglia*, Firera e Liuzzo Group, 2010).

Gurman A., Kniskern D. (a cura di) (1991), *Manuale di terapia della famiglia*, ed. it. a cura di Bertrando P., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Pinsof W.M., Wynne L.C. (2000), "Toward progress research: closing the gap between family therapy prasctice and research", *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1, 1-8.

Reiss D. (1996), "Foreword", in Kaslow F.W., *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*, Wiley & Sons, New York.

1. La psicoterapia come luogo di costruzione congiunta dei significati

di *L. Fruggeri* e *F. Balestra*

1. Introduzione

In conclusione dell'articolo "Ipotizzazione, circolarità e neutralità: tre linee guida per la conduzione della seduta" del 1980, Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata si interrogavano sulla possibilità che l'effetto terapeutico non fosse tanto connesso all'intervento finale, ovvero alla restituzione – prescrizioni e ridefinizioni – che il terapista solitamente fa chiudendo la seduta, quanto piuttosto alle modalità con cui viene condotta la seduta stessa ed in particolare alle modalità indicate dalle linee guida delineate nell'articolo. In questa ottica, la seduta terapeutica viene ridefinita da semplice raccolta di informazioni finalizzata alla formulazione della diagnosi e dell'intervento finale, a colloquio di per sé trasformativo, in grado, cioè, di innescare processi di cambiamento nel corso del suo svolgimento.

Sul piano teorico, questa suggestione non specificava se l'effetto terapeutico fosse da attribuirsi alle *azioni dei terapeuti* che seguendo le linee guida avrebbero potuto attivare un processo di cambiamento, o invece alla *forma*, in senso batesoniano (Bateson, 1979), *del contesto interattivo-comunicativo* che si veniva a creare conducendo la seduta secondo tali linee guida.

La questione è a nostro parere ancora da dirimere ed è su questo aspetto che dirigeremo la nostra attenzione nel presente capitolo.

2. I processi trasformativi implicati nella seduta terapeutica

L'idea di un cambiamento non più prodotto dall'intervento finale, ma generato nel corso dell'intervista stessa, ha via via orientato i terapisti verso una prospettiva meno strategica e più attenta alla co-costruzione dei significati, stimolando riflessioni da parte di diversi autori. Riflessioni che, innescate dall'articolo di Selvini e collaboratori, sono state alimentate e rilanciate anche dal dibattito epistemologico che si è parallelamente sviluppato in diversi ambiti disciplinari, sia in Europa che negli Stati Uniti.

Valeria Ugazio (1985, 1989), ad esempio, si è in particolare soffermata sul processo di ipotizzazione e sullo spostamento di focus che l'idea di ipotizzazione sollecitava: dai sintomi e dai comportamenti ai sistemi di credenze, da un paradigma indiziario (Ginzburg, 1979) ad un modello basato sull'autoriflessività, in cui ci si interroga sulla relazione tra l'osservatore e il sistema osservato. L'opportunità di rivedere il principio di ipotizzazione e di servirsene per innescare processi trasformativi nel corso della seduta sottolinea, secondo l'Autrice, il recupero della dimensione del significato che, rilevante nel pensiero di Bateson, è stata semplificata e trascurata dall'impostazione pragmatica del gruppo di Palo Alto (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967). L'esplorazione degli schemi esplicativi della famiglia e il confronto con quelli del terapeuta costituiscono, infatti, i nodi centrali di questa revisione. In particolare, l'utilità di un'ipotesi sistemica, cioè di uno schema esplicativo del terapista, viene ricondotta alla possibilità che essa sia percepita dalla famiglia come una spiegazione diversa, ma ammissibile della propria situazione. Le spiegazioni, le percezioni e le interpretazioni della famiglia divengono pertanto oggetto d'indagine del terapista sin dai primi incontri di consultazione. Le aspettative verso il percorso terapeutico e il pattern di collegamento, cioè i comportamenti che inizialmente collegano un individuo o una famiglia al sistema terapeutico (ad esempio, chi richiede l'appuntamento) e i significati attribuiti ad essi, consentono infatti al terapista di iniziare a comprendere le dinamiche relazionali fonte di disagio, di formulare e modificare le proprie ipotesi, ma anche e soprattutto di scegliere le più utili, cioè quelle che allo stesso tempo risultano meno coerenti, ma più plausibili rispetto al sistema di credenze della famiglia. Un'ipotesi, infatti, può essere rifiutata non tanto perché non sia "vera", quanto per il fatto che il terapista non è stato in grado di creare quel contesto di significati che l'avrebbero potuta rendere plausibile (Ugazio, 1989).

Da questo punto di vista il colloquio terapeutico si configura come uno scambio su idee, spiegazioni, definizioni che da una parte siano abbastanza diverse da quelle della famiglia da creare una perturbazione nella coerenza del sistema e innescare un processo riflessivo foriero di possibili cambiamenti; dall'altra che non siano troppo in contrapposizione con i sistemi di significato della famiglia da produrre un rifiuto in quanto troppo diversi per poter essere integrati in un percorso di ricostruzione di una nuova coerenza.

L'attenzione alla dimensione relazionale e a quella semantica si ritrova nella revisione delle linee guida che Gianfranco Cecchin propone nel 1987, attraverso l'elaborazione del concetto di curiosità. L'introduzione di tale idea nella riflessione sulla pratica terapeutica ha posto l'accento sull'atteggiamento e la posizione che devono caratterizzare il terapista sistemico. Questi deve adoperarsi per mantenere un interesse profondo e genuino per il racconto dei propri pazienti, deve cioè mantenere viva la curiosità nei loro confronti, a partire dalla consapevolezza che ogni sistema ha una propria logica, che non è né vera, né falsa, ma semplicemente operativa. Sebbene ciò che le persone fanno possa non essere facilmente comprensibile agli occhi di un osservatore, esse non agiscono in un modo privo di senso e l'interesse del terapista per le loro storie nasce proprio dal desiderio di comprenderne il significato (Fruggeri, 2005). Si tratta di un imperativo metodologico: solo la curiosità consente di cogliere la complessità dell'interazione e, ricorsivamente, solo l'attenzione a tale complessità è in grado di stimolare la curiosità del terapista. Attraverso la consapevolezza dell'esistenza di una pluralità di spiegazioni differenti per la medesima situazione, il terapeuta non si interroga più solo sui punti di vista e sulle premesse dei membri della famiglia, ma anche sui propri punti di vista e sulle proprie premesse (da quelle sulla famiglia e sulle modalità di funzionamento che ritiene più corrette, sino alla propria concezione del mondo), valutando i vincoli e le risorse che il loro incontro comporta nella co-costruzione del problema e delle sue soluzioni all'interno della relazione terapeutica. Non si tratta più, quindi, di trovare la descrizione migliore, ma di osservare la struttura che, nell'insieme, le descrizioni della famiglia e del terapeuta formano; si tratta di comprendere, cioè, in che modo si combinino le une con le altre. Gianfranco Cecchin descrive come l'introduzione del concetto di curiosità comporti un arricchimento e una nuova comprensione delle linee guida per la conduzione della seduta secondo il modello di Milano: ipotizzazione, circolarità e neutralità. Innanzi tutto, la curiosità è legata alla neutralità. Originariamente il gruppo di Milano aveva descritto la neutralità del terapista come un effetto pragmatico che deriva dal rifiuto di considerare più corretta di un'altra la posizione di ogni partecipante e dalla neutralizzazione di qualsiasi offerta di alleanza da parte di uno o più membri del sistema familiare. Nell'ottica suggerita da Cecchin, il principio di neutralità non rimanda ad un atteggiamento difensivo dalle possibili alleanze con qualche membro della famiglia, bensì ad un atteggiamento attivo di esplorazione di tutti i punti di vista e di tutte le relazioni presenti nel contesto. La curiosità come principio metodologico, proprio enfatizzando e legittimando la pluralità dei punti di vista, comporta il raggiungimento di un livello di neutralità più profondo: è la consapevolezza delle proprie premesse, più che l'adozione di un insieme di comportamenti, a stimolare lo stesso interesse per tutti i punti di vista, anche quelli radicalmente diversi dai propri. Nel momento in cui spinge il terapista a cercare continuamente nuove descrizioni e spiegazioni, la curiosità mantiene anche vivo il processo di ipotizzazione. Infine, l'uso di domande circolari, minando la stabilità di credenze basate su legami di tipo causa-effetto (le credenze del senso co-

mune), introduce nel processo terapeutico nuove storie e nuove ipotesi che, a loro volta, alimentano e sono alimentate dalla curiosità e dalla neutralità. Lo spostamento verso una concezione sempre più relazionale del processo terapeutico è evidente: il terapista non è più l'osservatore esterno, il direttore del processo di cambiamento, ma entra a far parte del processo di cambiamento in quanto protagonista insieme ad altri protagonisti. Il riferimento teorico è quello della cibernetica di secondo ordine o dei sistemi osservanti (Von Foerster, 1981), secondo cui un osservatore non può descrivere un sistema prescindendo dalle proprie premesse, ovvero senza includere se stesso nella descrizione; il sistema da osservato diviene osservante: l'osservatore è parte del processo morfogenetico che investe il sistema.

La cibernetica di secondo ordine ha stimolato interessanti riflessioni anche sul primo contatto tra terapista e famiglia.

Ciucci, Scamperle e Todini (1989) si sono occupate, ad esempio, del rapporto tra la domanda di aiuto terapeutico e la conseguente risposta, ponendo particolare attenzione a come questi elementi si definiscano a vicenda. Partendo dalla consapevolezza che la domanda non esiste come dato a priori, le autrici evidenziano i diversi livelli che contribuiscono a modellare e ridefinire una richiesta di aiuto. Una prima selezione e modificazione della domanda è di tipo culturale: solo i casi che rientrano nell'idea di disagio psicologico condivisa da una data comunità si rivolgono ai servizi. Questi ultimi, a loro volta, a seconda delle risposte che sono in grado di offrire, selezionano ulteriormente utenza e domanda. Infine, sin dal primo incontro, ambedue i poli della relazione terapeutica "contrattano e definiscono reciprocamente ciò che può essere considerato domanda e ciò che può essere considerato risposta all'interno del rapporto stesso" (*ibidem*, p.32). Come evidenziato anche dagli studi di Michéle Grossen (1992), ogni prima seduta può essere considerata come un incontro e un confronto tra la domanda del paziente e la contro-domanda del terapeuta, da cui deriva una nuova domanda/risposta, frutto di un processo di negoziazione e di costruzione di significati che trovano la loro ragion d'essere nel rapporto tra quel terapeuta e quel cliente. Secondo la prospettiva suggerita da tutte queste autrici, la relazione tra il terapista e la famiglia non è più lo sfondo dell'agire terapeutico, ma l'elemento centrale per la costruzione dell'intervento. Proprio perché il colloquio mostra da subito la sua valenza trasformativa è artificioso distinguere tra la raccolta di informazioni e l'intervento (Fruggeri, 2004). La raccolta di informazioni, al contrario, è parte di quel processo attraverso cui la famiglia e il terapista iniziano a ridefinire e negoziare la domanda: l'immagine della situazione che emerge attraverso le domande del terapeuta, porta quest'ultimo a formulare un'ipotesi esplicativa; d'altra parte i membri della famiglia, rispondendo a domande insolite, ascoltando più

punti di vista o prendendo in considerazione nuovi nessi tra gli elementi del racconto, sono portati a rivedere in una luce differente il proprio problema (Ciucci, Scamperle e Todini, 1989).

Il cambiamento, quindi, è soprattutto legato alla relazione terapeutica, al nuovo sistema che si costruisce nell'incontro tra terapista e paziente e che comporta una nuova coerenza, diversa da quella sperimentata all'interno del sistema familiare.

Tutti questi contributi confluiscono nel delineare la seduta terapeutica familiare come una situazione in cui viene favorita l'espressione delle differenze affinché ognuno abbia la possibilità di confrontarsi con nuove prospettive, partecipando così ad una impresa corale di ricostruzione di un sistema che risulti coerente e al tempo stesso capace di integrare nuove informazioni, nuove connessioni tra informazioni vecchie, generando così la possibilità di valutare e spiegare la propria esperienza da nuovi punti di vista, dando vita così ad una nuova storia (Penn e Frankfurt, 1994).

La sempre maggiore centralità data alle proprietà trasformative del colloquio terapeutico, a prescindere dall'intervento finale, ha via via modificato anche l'utilizzo dell'ipotesi in terapia. Nella terapia sistemica di tipo strategico (Selvini Palazzoli *et al.*, 1975) e nelle prime fasi di sviluppo del Milan Approach (Selvini Palazzoli *et al.* 1980) l'ipotesi era il risultato di un confronto tra le diverse idee del team terapeutico sulla base dei dati raccolti nel corso dell'intervista, al fine di formulare l'intervento finale. L'idea sottesa a quest'uso dell'ipotesi è quella di un terapeuta che sa, ma non vuole dire e di una terapia che, per risultare efficace, deve celare alcuni elementi della spiegazione ai membri della famiglia (Bertrando, 2007). Nella prospettiva sviluppata a partire dalle riflessioni degli autori sopraelencati, anche la formulazione delle ipotesi terapeutiche emerge come un processo interattivo: l'ipotizzazione assume sempre più la valenza di una narrazione che scaturisce dalla conversazione tra terapista e famiglia.

Una tendenza che, a questo proposito, ha enfatizzato maggiormente il ruolo della famiglia nel processo terapeutico è quella elaborata nel 1987 da Tom Andersen, che ha proposto una metodologia di conduzione della seduta denominata *reflecting team*. L'approccio prevede, come nell'impostazione classica della scuola di Milano, un intervistatore che lavora con la famiglia ed un gruppo di terapeuti che osserva la seduta dietro uno specchio unidirezionale. A differenza del metodo tradizionale, però, non è l'intervistatore ad assentarsi per discutere con il team dietro lo specchio, ma il team a rendere pubbliche le proprie riflessioni a intervistatore e famiglia, che li ascoltano in silenzio. Successivamente, il terapeuta che sta lavorando con i membri della famiglia chiede loro se tra le riflessioni proposte dai colleghi ci sia qualcosa di cui desiderano parlare o che li ha particolarmente colpiti.

L'idea di fondo da cui muove questo approccio è che la possibilità di sperimentare differenti visioni di una stessa situazione possa essere di aiuto ad un sistema che si trovi in una situazione di stallo. Il team dietro lo specchio, così come l'intervistatore, non offre quindi interpretazioni/interventi, ma idee che la famiglia utilizza come crede, accettandole, modificandole o rifiutandole. Non è più il terapeuta a dare ciò che ritiene utile alla famiglia, ma la famiglia a prendere dai terapisti ciò che ritiene possa servirle.

La prospettiva del terapeuta "non esperto" (Anderson e Goolishian, 1992) ha costituito un ulteriore spostamento verso la centralità del cliente nel processo terapeutico. Concependo il cambiamento come creazione di una nuova narrativa, gli autori centrano la loro attenzione sulla possibilità di creare uno spazio conversazionale libero, che consenta al cliente di ri-raccontare la propria storia in modo tale da lasciar emergere significati non ancora detti. Il "terapeuta-non-esperto" si accosta alla famiglia facendo in modo che i propri pregiudizi, derivanti da esperienze precedenti, non compromettano la capacità di cogliere l'unicità del racconto, il non-già-noto che consente il generarsi di un nuovo significato. In questa prospettiva, dunque, il terapeuta non applica un metodo, ma lascia che sia il cliente a guidarlo, poiché lo scopo è quello di "consentire al cliente di mettere in discussione il repertorio interpretativo del terapeuta" (*ibidem*, p.47). L'ipotesi argomento di conversazione, in questo caso, non è quella del terapeuta, ma quella della famiglia, secondo una concezione maieutica del cambiamento, in cui, cioè, si sollecita, attraverso le domande, il raggiungimento autonomo della conoscenza da parte del cliente.

Sebbene queste posizioni possano apparire un po' estreme e siano criticabili da tanti punti di vista (Fruggeri, 1993), rispecchiano la crescente attenzione che è stata posta sulla relazione e sui significati che attraverso essa si generano e che ha portato i terapisti ad un uso dell'ipotesi come argomento di conversazione. In questa prospettiva, il terapista condivide e costruisce con la famiglia l'ipotesi nel corso del processo terapeutico, stimolando e orientando la conversazione su tematiche di tipo relazionale. Si tratta di un'ipotesi aperta, in continua evoluzione, che non è più solo il prodotto del team terapeutico, ma diviene un'eredità comune a terapeuta e famiglia. In questo senso l'intervista non è più pensabile solo ed esclusivamente come un momento dedicato alla raccolta di informazioni, ma diviene "un contesto di cambiamento dell'insieme delle premesse entro cui sono possibili le scelte di azione e di attribuzione di senso" (Fruggeri, 1990, p.40).

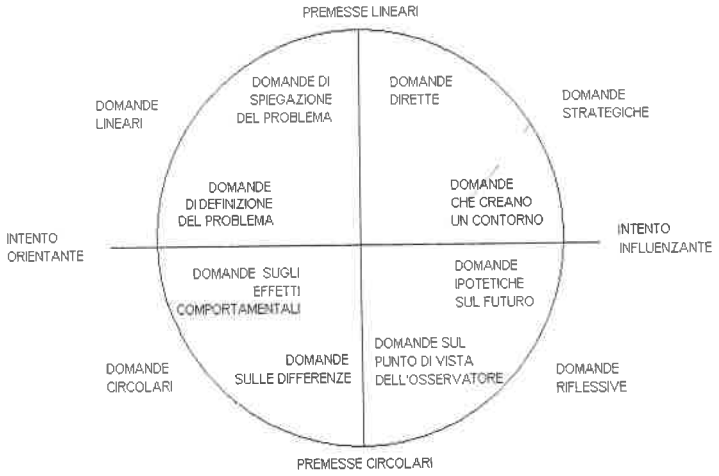
3. Le azioni del terapeuta

All'interno di questa nuova concezione del processo terapeutico, Karl Tomm (1987a) si interroga sugli effetti che le domande poste dal terapeuta

per formulare ipotesi e considerazioni, producono sui membri della famiglia. Il riconoscimento della potenzialità terapeutica di ogni azione nel corso dell'intervista sposta, così, l'attenzione sulle azioni del terapista ed introduce il concetto di *interventive interviewing*, o intervista per interventi, che fa riferimento "a un orientamento per cui tutto ciò che un intervistato fa e dice, e non fa e non dice, è pensato come un intervento che potrebbe essere terapeutico, non terapeutico o contro-terapeutico" (Tomm, 1987a, p.39 trad. it. 1990). Il quesito proposto da Selvini e collaboratori trova dunque, nell'elaborazione di Karl Tomm, una risposta affermativa: l'intervista circolare può innescare dei cambiamenti a prescindere dall'intervento finale. Acquisire consapevolezza delle proprie mosse e del processo decisionale attraverso cui il terapista le pianifica, assurge quindi a principio guida: accanto a ipotizzazione, circolarità e neutralità, Tomm colloca lo *strategizing*, l'attività cognitiva con cui il terapista pianifica consapevolmente le proprie azioni per massimizzarne l'utilità terapeutica in riferimento alla specifica dinamica relazionale che caratterizza la famiglia con cui il terapista lavora in quel dato momento. Si tratta di un processo che presenta vari livelli: si fa strategia sia attraverso specifiche azioni verbali, sia attraverso posizioni concettuali (le linee guida) da adottare; questi livelli, inoltre, sono tra loro intrecciati, poiché è probabile che risulti più semplice o più efficace formulare una determinata domanda assumendo una data posizione concettuale (ad esempio, adottando una posizione di neutralità sarà più facile porre una domanda esplorativa). Fare strategia attraverso posizioni concettuali, implica anche fare strategia attraverso lo strategizing: questo è un ulteriore livello, di cruciale importanza per il terapista, poiché significa essere in grado di valutare momento per momento se le decisioni prese in merito all'azione terapeutica siano davvero terapeutiche.

All'interno della riflessione sui processi trasformativi il lavoro di Karl Tomm occupa una posizione particolare: egli sancisce, in un certo senso, la "trasformatività" del colloquio, dando un impulso alla ricerca delle modalità con cui prende forma tale cambiamento, che egli inaugura con una serie di articoli sulla descrizione e classificazione delle domande a disposizione del terapista (1985, 1987b, 1988). In linea con il principio dello strategizing, l'analisi delle domande e delle loro diverse potenzialità terapeutiche ha l'obiettivo di guidare il terapista verso una maggiore consapevolezza degli strumenti a sua disposizione per condurre efficacemente un colloquio terapeutico. Tomm individua quattro gruppi di domande: lineari, strategiche, circolari e riflessive (fig. 1).

Fig. 1 – I quattro tipi di domande



Secondo l'autore, ognuna di esse svolge differenti funzioni nel processo terapeutico. Le domande lineari hanno un intento investigativo, volto ad individuare la causa di un determinato evento e tendono ad avere un effetto conservativo sulla famiglia, che abitualmente pensa in termini di relazioni causa-effetto. Le domande circolari vengono poste con un intento esplorativo, per individuare le possibili connessioni tra gli elementi del problema e possono avere effetti liberatori sui membri della famiglia, non più vincolati a letture deterministiche. Le domande strategiche sono fondate sull'assunzione che sia possibile correggere il comportamento dei membri della famiglia ponendosi nei loro confronti con un intento istruttivo che tende a vincolarli a ciò che viene proposto come più corretto. Infine, le domande riflessive hanno un intento facilitativo, volto a mobilitare le risorse della famiglia attraverso il riconoscimento di nuove possibilità, e l'effetto più probabile è di tipo generativo. Occorre tuttavia segnalare che queste funzioni possono solo in parte essere previste dal terapista; non solo perché esiste una discontinuità tra ciò che egli intende fare e ciò che realmente fa, ma soprattutto perché esiste una discontinuità tra ciò chiede e ciò che i membri della famiglia percepiscono. Le domande descritte e classificate da Tomm costituiscono cioè delle guide che orientano l'azione del terapista, che tuttavia momento per momento e sulla base dei feed-back dei componenti della famiglia valuta l'opportunità di fare questo o quel tipo di domanda, questo o quel commento, questa o quella ridefinizione. In questo senso anche lo strategizing emerge come un processo interattivo.

Sulla scia del lavoro di classificazione delle domande del terapista proposta da Tomm, Peggy Penn (1985) descrive le "domande sul futuro", cioè quelle domande che incoraggiano le famiglie a immaginare come saranno le loro dinamiche relazionali tra qualche anno, mettendole così in una posizione di osservatori di sé stesse, dei propri dilemmi e delle possibili soluzioni che esse possono produrre nel tempo.

L'idea che il processo di cambiamento in terapia possa avvenire già a partire dalle scelte che il terapeuta compie nella conduzione della seduta, pone l'accento sugli stili personali dei terapisti e sulla possibilità di analizzarli per verificarne l'efficacia ed eventualmente modificarne e/o rafforzarne alcuni aspetti. Il lavoro di Mosconi e coll. (1996) si inserisce in questo ambito, grazie alla costruzione di "un glossario delle strutture conversative ed interattive maggiormente utilizzate in Terapia Familiare comprensivo di una loro codificazione" (*ibidem*, p.42) rivolto principalmente ai terapisti interessati ad esaminare il proprio modo di condurre una seduta. Attraverso un accurato esame della letteratura, gli autori identificano quattro grandi aree di intervento che raccolgono a loro volta più voci. La figura 2 illustra sinteticamente tale classificazione.

Fig. 2 – Strutture conversative e interattive

A Interventi sulla struttura della conversazione
A1 Locazione dei turni di parola
A2 Strategia delle sequenze tematiche
A3 Ricostruzione della storia familiare
A4 Domande di specificazione
A5 Domande per differenza
A6 Confronto tra punti di vista
A7 Domande circolari (o triadiche)
A8 Riassunti

B Interventi di «reframe»
B1 Domande ipotizzanti
B2 Riassunti ristrutturanti
B3 Ipotesi ristrutturanti
B4 Metafore ristrutturanti e/o similitudini
B5 Connotazione positiva

C Interventi prescrittivi
C1 Prescrizioni paradossali
C2 Consigli ristrutturanti
C3 Prescrizioni ristrutturanti
C4 Scissione generazionale

D Interventi sulla relazione terapista/famiglia
D1 Sospensione del giudizio
D2 Impotenza terapeutica
D3 Sfida al sistema
D4 Splitting tra terapisti
D5 Ipotesi multiple e/o reflecting team

Oltre alla costruzione del glossario, gli autori hanno messo a punto una griglia di codifica degli interventi a disposizione dei terapisti che vogliano monitorare il proprio operato. Il contributo proposto da Mosconi e collaboratori ha, dunque, un duplice scopo: approfondire l'analisi della struttura della seduta terapeutica e consentire ad ogni terapista di individuare eventuali correlazioni tra i propri interventi e il cambiamento emergente.

Il lavoro proposto da Tomm, così come tutti i contributi che ad esso si sono ispirati, costituisce – come afferma Viaro (2009) – un tentativo di desumere la prassi dalla teoria, secondo quello che può essere definito un approccio "*theory driven*". Esiste, tuttavia, una discontinuità tra i principi teorici e la conversazione che si realizza nell'ambito di un colloquio terapeutico, che può essere colmata solamente facendo ricorso ad un approccio di tipo induttivo o "*data driven*". È dal riconoscimento di questa necessità che alcuni autori (Leonardi e Viaro 1990; Viaro, 1992; Bercelli, Leonardi e Viaro 1998) hanno scelto di adottare le teorie e i modelli generali desunti dallo studio dell'interazione linguistica quotidiana per descrivere la conversazione che si realizza in ambito terapeutico.

Questa scelta metodologica è giustificata e resa opportuna dal fatto che nel caso specifico dell'intervista circolare, la maggior parte delle strutture che caratterizzano una conversazione ordinaria vengono conservate, con l'aggiunta di qualche ulteriore vincolo. Per descrivere questa tecnica terapeutica, infatti, è sufficiente "aggiungere alcune restrizioni sulle regole generali della conversazione" (Leonardi e Viaro, 1990, p.43).

Rispetto ad una conversazione quotidiana, nella seduta vige innanzi tutto una asimmetria a favore del terapeuta, che stabilisce, ad esempio, chi deve parlare e chi deve restare in attesa. Il terapeuta, infatti, gode di particolari diritti conversazionali (regole della Direttività) e se ne serve per dirigere il colloquio.

La conversazione ruota, inoltre, attorno a due presupposti comunicativi: la normalità e la reticenza. Rispetto al lessico comune, che fa riferimento al concetto di malattia per indicare alcuni comportamenti, l'intervista circolare si connota per l'assenza di tale concetto o di una sua ridefinizione in termini tecnici. L'uso di vocaboli provenienti dal linguaggio quotidiano consente di attribuire alla famiglia le normali competenze interattive necessarie a partecipare ad una conversazione. Non solo, tale attribuzione di competenze conversazionali è irrevocabile, indipendentemente dal comportamento dei partecipanti che in tutti i casi viene ridefinito dal terapista in modo da ricondurlo alla conversazione comune. Si tratta di un'ulteriore differenza rispetto alla conversazione quotidiana, dove, al contrario, le manifestazioni di incompetenza vengono segnalate e, se ripetute, minano la possibilità stessa del dialogo. Il secondo presupposto comunicativo su cui si

basa l'intervista è quello della reticenza, che consente sia ai membri della famiglia, sia al terapeuta di tacere alcune informazioni. Questo diritto, che apparentemente accomuna conversazione quotidiana e colloquio terapeutico, nell'intervista circolare è, in realtà, un diritto limitato, poiché la scelta di tacere alcune informazioni viene sottolineata dalle domande del terapeuta e deve essere esplicitata.

Oltre a questo livello più generale che concerne le regole che ne governano gli scambi comunicativi, l'intervista circolare si distingue per una particolare procedura conversazionale: lo sviluppo per punti di vista, che si struttura secondo le regole riportate nella figura 3 (Bercelli, Leonardi e Viaro, 1998, p. 111).

Fig. 3 – Sviluppo della sequenza per punti di vista

A. raccogli resoconti dei fatti fondamentali, oppure di episodi significativi della vita della famiglia, secondo una prospettiva oggettiva (in particolare, l'oggettiva collocazione degli eventi nello spazio e nel tempo).

B. fai definire a ciascun membro della famiglia il suo punto di vista riguardo a ciò di cui si parla e fallo differenziare, per quanto possibile, da quello degli altri.

C1. chiedi a ciascuno di illustrare il punto di vista espresso mediante esempi di concreti episodi tratti dalla vita familiare.

C2. ricostruisci gli episodi con il concorso di altri membri della famiglia (ricostruzione a più voci e *controllo incrociato*).

D. accertati di aver compreso il punto di vista complessivo che ciascuno aveva inteso esprimere riguardo al tema in questione.

E. ogniqualvolta emerga una informazione che ti sembra in contrasto o dissonante con le altre in tuo possesso, segnala immediatamente questo fenomeno, richiama gli elementi tra loro in contrasto e chiedi di essere aiutato a capire.

Attraverso questa sequenza, a partire da un determinato tema, famiglia e terapeuta giungono a costruire insieme, mediante domande, richieste di precisazioni e sequenze di correzioni, una risposta differente da quella iniziale.

Come le riflessioni sui processi trasformativi, anche l'analisi empirica del processo terapeutico ha cercato di muoversi verso una direzione sempre più relazionale, volta a recuperare la dimensione dei significati, che, soprattutto in quest'ambito, è stata trascurata in favore della dimensione pragmatica.

Una testimonianza dell'esigenza di operare questo spostamento è data proprio dall'integrazione nell'analisi conversazionale di nozioni quali *frame*, *self* e *struttura di partecipazione* (Goffman 1974, 1981) proposta da Bercelli, Leonardi e Viaro in *Cornici terapeutiche* (1998).

Il concetto di frame fa riferimento ad una situazione in cui i comportamenti dei partecipanti si strutturano in base ad un determinato formato interattivo. I frame di cui possono servirsi gli individui variano a seconda delle loro esperienze e del grado di confidenza con determinate situazioni, anche se tutti gli individui appartenenti ad una cultura condividono numerosi frame basilari. Nonostante tale condivisione, non sempre i partecipanti categorizzano allo stesso modo la situazione in cui sono implicati, poiché possono servirsi di frame differenti o interpretare diversamente il medesimo frame. Anche la seduta terapeutica è un frame e, in particolare, l'intervista circolare (IC) può essere concepita come un macro frame, caratterizzato dalle regole della Direttività e dai principi di normalità e reticenza, al cui interno si collocano una serie di specifici frame interattivi individuati a partire da una riformulazione delle regole che governano lo sviluppo per punti di vista.

Il frame dell'IC attiva una particolare struttura di partecipazione definita come "pettegolezzo in presenza degli interessati", in cui un interlocutore designato dal terapeuta è invitato a parlare dei presenti come se non ci fossero, e ciò comporta l'eventualità che si creino dei dilemmi interattivi, non solo e non tanto per il contenuto della domanda, quanto per il fatto di voler mantenere una data immagine di sé agli occhi degli altri membri della famiglia, che rivestono la posizione di ascoltatori autorizzati. È a questo che il concetto di *self* fa riferimento, alla pluralità di immagini di sé che gli individui desiderano mostrare a seconda delle situazioni in cui si trovano e dei ruoli che esse rivestono. Il significato che un intervento assume all'interno della conversazione terapeutica, pertanto, è strettamente connesso al "personaggio" cui si sceglie di rispondere tra quelli evocati dal proprio interlocutore: ogni modo di porsi è in relazione e seleziona modalità di presentazione di sé negli altri interlocutori, che hanno vincoli sincronici, cioè legati al contesto terapeutico, e diacronici, legati a come ci si è mostrati in passato e si intende mostrarsi in futuro.

In questo senso, la conversazione terapeutica si connota come un contesto in cui si creano nuove connessioni e significati di eventi e comportamenti, ma anche e soprattutto un contesto in cui le persone mettono in gioco le immagini di sé, le confrontano, le sfidano, le ridefiniscono.

L'analisi della seduta che emerge dal lavoro di Bercelli *et al.* affianca ad una descrizione pragmatica di quanto avviene nell'interazione tra terapista e paziente in termini di strutture conversazionali, anche la dimensione dei significati e della parte che questi rivestono nello svolgimento della seduta,

collocandosi, in linea con l'evoluzione teorica degli studi sui processi trasformativi, verso una direzione sempre più relazionale.

4. Quattro metafore per i processi di costruzione

Le riflessioni teoriche sulla natura del cambiamento terapeutico che si sono succedute nel corso degli anni hanno privilegiato, di volta in volta, ora le azioni degli individui che vi partecipano (terapista e/o cliente), ora la relazione che si instaura tra essi, tracciando un percorso a zig zag che rispecchia, d'altra parte, lo stesso dibattito epistemologico che ha via via accompagnato e sostenuto questa riflessione. Ci riferiamo al dibattito sui processi di costruzione sociale che, a partire dagli anni Ottanta, ha sottolineato l'impossibilità di pervenire ad una conoscenza oggettiva e di controllare unilateralmente azioni e comportamenti.

L'incontro dei terapisti sistemici con le idee del costruttivismo ha indubbiamente rappresentato "un ritorno a Bateson, al suo radicale interazionismo ecologico e alla sua messa in guardia contro l'idea del potere e del riduzionismo sistemico" (Marzari, 1998, p. 10); ma esso ha costituito, anche, qualcosa di più che un semplice ritorno alle origini. Le diverse metafore con cui si sono espressi gli sviluppi e le articolazioni di questo dibattito sui processi di conoscenza, innescato dal contributo di biologi e cibernetici (Maturana, Varela 1980, 1984; Von Foerster, 1981; Von Glasersfeld, 1984), sono state colte e integrate nel pensiero sistemico per sottolineare, da una pluralità di angolature, la complessità del processo terapeutico.

La metafora dell'*osservatore*, una delle prime ad essere proposte, sottende l'idea di un individuo che costruisce autonomamente la realtà attorno a sé attraverso i propri processi cognitivi e rientra nella prospettiva del costruttivismo radicale, così definito da Von Glasersfeld in quanto "rompe le convenzioni e sviluppa una teoria della conoscenza nella quale il conoscere non riflette una realtà ontologica 'oggettiva' ma riguarda bensì l'ordine e l'organizzazione del mondo che ci costruiamo con la nostra esperienza" (1984, p.24). In ambito terapeutico ciò si concretizza nel passaggio da sistemi osservati a sistemi osservanti (Von Foerster, 1981), il che significa, in altri termini, che il terapeuta, in quanto osservatore, partecipa attivamente alla costruzione del sistema che osserva. Ne derivano due importanti conseguenze: l'abbandono di una prospettiva oggettiva nella descrizione e individuazione delle problematiche della famiglia in favore di una prospettiva centrata sull'autoriflessività, cioè sulla riflessione sul proprio modo di conoscere; in secondo luogo, la consapevolezza che conoscere è già intervenire, da cui l'inutilità di considerare analisi della domanda, raccolta di infor-

mazioni e diagnosi come momenti separati dall'intervento finale (Fruggeri, 1998b). È in questa prospettiva che si collocano, ad esempio, i lavori di Karl Tomm sull'*interventive interviewing* e la classificazione delle domande, ma anche le riflessioni di Gianfranco Cecchin o di Valeria Ugazio sui processi attraverso cui l'osservatore conosce il sistema osservato.

La figura dell'osservatore pone l'accento soprattutto sulle operazioni conoscitive dell'individuo, tralasciando i contesti interattivi entro cui esse hanno luogo: nella relazione diadica osservatore-realtà quest'ultima è il polo aspecifico (Fruggeri, 1998a). Il recupero della dimensione interattiva è affidato ad altre metafore, in cui l'individuo è ancora concepito come un osservatore, ma un osservatore i cui processi di costruzione della realtà prendono forma all'interno delle dinamiche sociali cui partecipa. Si tratta, per i socio-costruttivisti (Doise, 1989; Farr, Moscovici, 1984), di un *individuo-attore*, che si muove all'interno di contesti interattivi che contribuiscono a plasmare i propri processi cognitivi e che, al contempo, vengono plasmati da questi. Ci si interessa ancora, quindi, al discorso cognitivo interno, ma lo si esamina alla luce dell'articolazione con i processi sociali.

Gli studi di Leonardi e Viaro sulla struttura conversazionale del colloquio terapeutico rimandano a questa riflessione sul rapporto tra comunicazione e cognizione. L'interesse degli Autori per le regole che governano la conversazione terapeutica, infatti, è sostenuto dall'idea che vi sia un legame tra queste e le intenzioni, le aspettative e le previsioni dei partecipanti, cioè, tra le pratiche comunicative e i processi di conoscenza individuali.

Il legame tra comunicazione e cognizione non esaurisce la molteplicità dei livelli in cui si esplica il rapporto tra processi interattivi e processi conoscitivi. Nel corso di una conversazione, infatti, si creano anche nuovi significati condivisi, attraverso la negoziazione, da parte degli interlocutori, della relazione che si instaura tra essi e della situazione in cui sono coinvolti. È l'approccio socio-costruzionista (Gergen, 1988) ad introdurre questa prospettiva nel dibattito epistemologico, adottando la metafora del *co-attore* per descrivere il ruolo che il soggetto occupa nelle operazioni conoscitive. È un ruolo che, appunto, enfatizza la dimensione interattiva e relazionale, in cui i significati emergono non solo dall'elaborazione individuale dei singoli partecipanti, ma anche da ciò che essi fanno insieme.

In terapia l'influsso della prospettiva costruzionista (McNamee e Gergen, 1992) porta a ridefinire ulteriormente l'idea di cambiamento, considerandolo come un processo legato, più che agli interventi del terapista (domande, commenti, ridefinizioni, ecc.), alla co-costruzione di contesti relazionali che favoriscano l'emergere di nuovi significati condivisi. Ne consegue, a livello metodologico, la necessità di interrogarsi non soltanto sulla validità o meno delle teorie del terapista e sull'efficacia o meno dei suoi

strumenti, ma anche sul significato che questi acquistano nella relazione con il paziente (Fruggeri, 1990, 1995). Gli studi sulla negoziazione della domanda condotti da Ciucci, Scamperle e Todini e da Michéle Grossen evidenziano proprio questo aspetto, cioè, come la domanda di aiuto terapeutico non sia definibile né in base al sistema teorico del terapeuta, né in base al sistema simbolico del paziente, ma derivi dal confronto tra queste due definizioni in precise situazioni interattive.

La dimensione dei significati, che riveste un ruolo di primo piano nella prospettiva socio-costruzionista, trova un'ulteriore articolazione nell'approccio dialogico (Bachtin, 1979).

L'impostazione dialogica, ponendo l'accento sulla polifonia della narrazione, sottolinea la pluralità di significati che entrano in gioco in ogni situazione interattiva. In particolare, la compresenza di più voci è espressione della relazione di interdipendenza tra l'Io e l'Altro che si manifesta diacronicamente e sincronicamente. Da un punto di vista diacronico ciò significa che in ogni esperienza vissuta nell'attualità entrano in gioco elementi provenienti da esperienze passate; a livello sincronico, invece, l'accento è posto sul ruolo che l'interazione presente ha nella co-costruzione di significati che vanno ad aggiungersi o a modificare il sistema di credenze e di rappresentazioni dei partecipanti. In questo quadro, dunque, nonostante lo spazio discorsivo sia condiviso, non lo è mai allo stesso modo: gli interlocutori non sono intercambiabili, poiché hanno vissuti, esperienze comunicative e aspettative diverse (Salazar Orvig, 1999; Grossen e Salazar Orvig, 2006).

La metafora dell'individuo *co-autore* dei propri processi di conoscenza ben si adatta a riassumere la prospettiva dialogica, poiché indica quel decentramento necessario ad avvicinarsi all'altro, ma, allo stesso tempo, l'inevitabile soggettività insita nei processi interattivi, tale per cui l'individuo è, al contempo, ascoltatore-interprete-parlante.

Trasportata nel contesto terapeutico, l'idea di individuo co-autore si concretizza nel passaggio ad un uso dell'ipotesi come materiale di conversazione tra terapista e cliente, in cui la partecipazione alla creazione di un insieme di significati comuni imprime una nuova direzione al dialogo in corso.

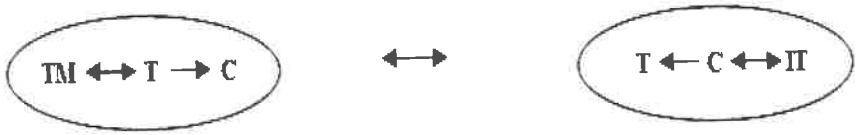
5. I livelli del processo terapeutico

Le differenti prospettive con cui i *costruttivismi/costruzionismi/dialogismi* guardano al processo terapeutico evidenziano ognuna livelli che, sebbene differenti ed irriducibili, non sono tuttavia contrapposti o mutualmente escludentisi.

Considerare gli aspetti individuali e relazionali come un *et-et*, piuttosto che come un *aut-aut*, offre, infatti, l'opportunità di descrivere ogni interazione come frutto della co-emergenza di una dimensione individuale, legata agli obiettivi, alle emozioni, ai significati che ogni partecipante mette in gioco, e di una dimensione di co-costruzione, relativa a come i singoli individui si coordinano tra loro e, tramite l'interazione, giungono ad una negoziazione e ad una costruzione congiunta di significati, realtà sociali, ruoli e relazioni (Fruggeri, 1998b). Il processo ricorsivo che lega questi due diversi livelli, inoltre, è tale per cui gli individui definiscono se stessi e partecipano a processi interattivi che danno vita a dinamiche sociali attraverso le quali si generano significati e realtà che, ricorsivamente, contribuiscono alla definizione dell'identità degli individui ed alla relazione che si sviluppa tra loro.

Anche il processo terapeutico, in quanto processo interattivo-comunicativo, può essere descritto in questi termini, come raffigurato schematicamente nella figura 4 (Fruggeri, 2002).

Fig. 4 – I livelli della costruzione individuale e relazionale del processo terapeutico



Le ellissi rappresentano le posizioni del terapeuta ed del cliente. Il terapeuta *(T)*, facendo riferimento ai propri modelli teorici *(TM)*, interagisce con il cliente *(C)*; quest'ultimo *(C)*, basandosi sulle proprie teorie implicite o ingenue *(IT)*, attribuisce un significato all'intervento del terapeuta *(T)* e risponde ad esso. Questo primo livello è quello della costruzione individuale, e ha a che vedere, per il terapeuta, con le modalità attraverso cui condurre efficacemente un'intervista circolare e, per il cliente, con le modalità attraverso cui si esprime e si rapporta con il terapista. Le due ellissi, inoltre, non sono isolate, ma connesse attraverso una doppia freccia, che rappresenta il processo di costruzione congiunta, quel processo cioè che coinvolge contemporaneamente terapeuta e cliente, e che si identifica con un secondo livello del processo terapeutico: il livello della co-costruzione. Considerare il livello di co-costruzione dell'incontro terapeutico implica prestare attenzione al processo di coordinazione tra significati e azioni dei diversi attori coinvolti; significa inoltre riconoscere che *l'esito finale del processo non è tanto funzione dei singoli sistemi di rappresentazione o dei comportamenti*

dei singoli individui, ma dei modi in cui questi si coordinano nello svolgersi della dinamica interattiva. Il livello di co-costruzione della terapia prescinde dalle volontà e dalle intenzioni di ogni protagonista, esso concerne il processo interattivo che produce esiti (positivi o negativi) *al di là di ogni controllo unilaterale* da parte dei singoli partecipanti.

6. La ricerca

È all'interno di questa prospettiva complessa che si può cercare di dare una risposta alla domanda di Selvini e collaboratori, poiché solo considerando i processi individuali e quelli relazionali come processi embricati è possibile indagare la connessione tra conversare terapeutico e modificazioni nei sistemi di significato dei partecipanti.

Le ricerche che nel corso del tempo, seguendo le varie ridefinizioni teorico/epistemologiche, hanno indagato le dinamiche comunicative in terapia familiare hanno avuto quasi sempre un intento descrittivo e non hanno messo in connessione gli interventi del terapista, la struttura della conversazione o il processo dialogico-narrativo, con degli indicatori di cambiamento. Non hanno cioè testato empiricamente l'ipotesi che tali interventi, struttura conversazionale o svolgimento narrativo, favorissero l'attivazione di processi trasformativi. Per cui, la domanda iniziale rimane ancora senza risposte documentate: cosa rende un processo interattivo un processo trasformativo? In che modo il conversare terapeutico può modificare i sistemi di significato dei partecipanti?

Allo scopo di incominciare ad affrontare in modo sistematico questi interrogativi abbiamo condotto una ricerca che è da ritenersi esplorativa, ma che tuttavia rappresenta un primo tentativo di raccogliere dati empirici sulle possibili connessioni esistenti tra contesto interattivo co-costruito da terapista e famiglia, e processo di cambiamento.

6.1. Metodo

L'ipotesi teorica da cui parte la ricerca qui presentata è che il cambiamento possa essere considerato una ridefinizione narrativa che la famiglia opera sulla propria storia a partire da una costruzione condivisa del senso che coinvolge anche il terapeuta, mediante la dinamica ricorsiva che lega diacronicamente e sincronicamente i processi di costruzione individuale e di co-costruzione.

Allo scopo di raccogliere dati utili alla verifica empirica di tale ipotesi teorica abbiamo proceduto preliminarmente a definire alcuni costrutti e a

risolvere alcuni problemi metodologici. In particolare abbiamo proceduto a: 1) definire cosa si intenda per cambiamento nel presente studio; 2) formulare degli indicatori per la valutazione di tale cambiamento; 3) individuare una metodologia di analisi coerente con l'impostazione dialogico-costruzionista su cui si fonda l'ipotesi della ricerca stessa.

6.1.1. Definizione operativa di cambiamento

L'ipotesi teorica che vede il cambiamento come una ri-costruzione narrativa implica una definizione operativa che ponga l'accento non tanto sull'esito o sull'efficacia del percorso terapeutico, bensì sullo svolgimento del percorso stesso. La definizione operativa di cambiamento qui assunta non fa riferimento a una variabile di esito, ma di processo; una variabile cioè che coerentemente con l'ipotesi teorica di partenza, sia utile per sottolineare come i processi di costruzione congiunta del senso possano favorire l'emergere di nuovi significati e, quindi, di nuove storie nel corso di ogni seduta. Per questo, il cambiamento viene qui operazionalizzato come il mutamento nelle modalità che i membri della famiglia, in conversazione col terapeuta, adottano nel descrivere e spiegare la propria storia. La scelta di considerare il cambiamento come variabile di processo e non di esito è legata al carattere preliminare della ricerca, che appunto non si propone di dimostrare l'efficacia della psicoterapia, ma di mettere in evidenza il processo attraverso cui, nel corso della terapia, terapista e paziente (famiglia o individuo) producono nuovi significati, nuove letture, nuove storie.

6.1.2. Indicatori per la valutazione del cambiamento

In linea con le premesse teoriche su cui si fonda l'operato del terapeuta nel modello sistemico del Milan Approach – modello seguito dai terapisti che hanno condotto le sedute analizzate –, e al fine di rilevare un eventuale cambiamento – così come lo abbiamo sopra definito – intervenuto nel corso della seduta, si è proceduto alla individuazione delle seguenti modalità espressive dei membri della famiglia:

- *formulazione di una ipotesi lineare (HL)*: fondata su premesse lineari o causa-effetto, l'ipotesi lineare è una costruzione di tipo deterministico e mira ad individuare una causa precisa alla base del problema presentato.

Terapeuta: [...] Qual è la vostra idea sulla causa del suo star male?
Sig. L: è la causa che non mi ha convinto. non lo sappiamo. Forse che non gli abbia fatto bene qualcosa.

Terapeuta: la vostra idea è che abbia preso delle droghe?
Sig.ra L: forse.

- *Considerazioni sulle relazioni (CR)*: riflessioni sulle dinamiche relazionali che, pur non assumendo la forma dell'ipotesi eziologica, esprimono il tentativo di operare nuove connessioni tra gli elementi della storia.

Terapeuta: Ecco, diteci un po' il motivo per cui siamo qua!
Daniela: Per quanto mi riguarda è successa una cosa inedita: Carla mi ha ferita.
Terapeuta: Cosa è successo? Come mai si è rotto qualcosa fra voi?
Daniela: Probabilmente è per questo filo che mi lega a Carla, perché non ritengo che il rapporto con mamma e papà sia cambiato. È cambiato profondamente quello con Carla e questa cosa mi ha messo in difficoltà.

- *Formulazione di una ipotesi circolare (HC)*: fondata su premesse di tipo circolare, l'ipotesi circolare comporta che vi siano connessioni tra idee, significati e comportamenti dei membri della famiglia. È una costruzione di tipo relazionale e mira a far emergere "la struttura che connette".

Terapeuta 1: probabilmente perché è Marco che lo sta superando e Marco è figlio suo (alla madre).
Terapeuta 2: forse potrebbe anche pensare che se non gli chiedete niente è perché non avete fiducia che lui ce la possa fare...
Sig.ra P: forse è anche la delusione del fatto che prima era solo Fabio suo figlio, ora invece c'è anche Marco.
Terapeuta 1: stiamo dicendo che è possibile che un ragazzo che cresce nell'idea che il padre è dalla sua parte sempre e che lui è il suo figlio prediletto, e che abbia dedotto questo in base ad una serie di cose non intenzionali ma che lui le ha considerate così, allora da questo punto di vista potrebbe essere che Fabio sia rimasto deluso dal fatto che al padre gli si illuminano gli occhi quando guarda Marco che è diventato un buon professionista.
Terapeuta 2: e quindi di valutare se potrebbe essere il caso di soprassedere oppure per dimostrargli che voi credete in lui di dirgli che così non si può andare avanti...
Sig.ra P: io ultimamente ho fatto un discorso con Fabio.

L'ipotesi lineare è il tipo di costruzione cui la famiglia solitamente ricorre per spiegare la propria situazione, per questo motivo l'abbiamo considerata il punto da cui partire per misurare il cambiamento.

Abbiamo inoltre considerato che quest'ultimo possa manifestarsi in due forme: una, la più compiuta, mediante la produzione di ipotesi circolari da parte della famiglia oppure formulate dal terapista e condivise dalla famiglia, per descrivere o spiegare la situazione; l'altra attraverso l'espressione

di riflessioni sulle dinamiche relazionali. Abbiamo dunque considerato la produzione di ipotesi circolari o di riflessioni sulle relazioni, in quanto modalità di spiegazione e di descrizione di tipo diverso da quelle lineari solitamente adottate dalla famiglia per dare senso alla propria esperienza, come indicatori di cambiamento.

È utile precisare che, in quanto variabili di processo, cioè espressione di una negoziazione dialogica che sfocia nella co-costruzione di una nuova storia, di nuovi significati e punti di vista, gli indicatori di cambiamento qui adottati dovrebbero essere rilevabili nel corso di ogni seduta, inclusa la prima.

6.1.3. Metodologia di analisi della seduta

Il concetto di frame (Goffman, 1974), proprio perchè risponde alla domanda "cosa stiamo facendo?" ed ha a che vedere con il contesto entro cui si realizza lo scambio comunicativo che consente di attribuire un significato alla situazione in corso, ci è parso particolarmente efficace nel mettere in luce la struttura dialogico-costruttiva delle sedute. In ogni seduta sono stati individuati i frame da cui è composta, ovvero, sono state individuate le diverse situazioni interattive a cui hanno dato corpo famiglia e terapista nel corso della loro conversazione.

Abbiamo individuato cinque tipi di *frame* presenti nelle sedute analizzate:

1. *FRAME "PRESENTAZIONE"*: il terapeuta e i membri della famiglia sono impegnati in uno scambio interattivo nel corso del quale si presentano, forniscono informazioni reciproche finalizzate ad introdurre e contestualizzare la conversazione terapeutica. Si tratta, ad esempio, di informazioni di carattere generale che specificano o ampliano quelle già raccolte con la scheda telefonica:

Terapeuta 1: ...è una scheda telefonica molto sintetica, che abbiamo compilato parlando con la signora Rosanna. Manca un numero di telefono per potervi contattare. Quindi lei è il sig. Stefano, è attualmente pensionato e ha 62 anni. Pensionato da 1 anno. È un ex infermiere. La sig.ra Rosanna ha 56 anni, è una insegnante di matematica. Il figlio Giacomo ha 25 anni, attualmente lavora come idraulico.
Tf 1: Siete soci?
Sig. C: Sì facciamo entrambi i commercialisti.
Tf 1: Avete clienti diversi?
Sig. C: Sì, ognuno ha i suoi clienti anche se il lavoro è il solito
Tf 2: Ma questa condizione è temporanea oppure no?
Sig. C: Sì, si è temporanea, ora che sta male è così, è una situazione credo che vada avanti fino a quest'estate...

O di informazioni sul setting terapeutico:

Terapeuta 1: Altri aspetti tecnici, durante gli incontri ci prenderemo degli spazi per confrontarci, così vi lasceremo un momento da soli. All'incirca noi facciamo intercorrere un intervallo tra un incontro e l'altro di 15 giorni e il totale di questi va da un minimo di 10 a un massimo di 20...Se volete potete descriverci un po'.
Terapeuta 2: Se non ci sono altre curiosità.
Sig.ra M: No.
Sig. M: Per capire, saremo sempre insieme o a volte saremo separati? Giusto per non ripetere le solite cose.
Terapeuta 2: Si, può capitare di dover fare incontri separati, ma questo lo vedremo strada facendo.
Terapeuta 1: Può darsi che si renda necessario.

2. *FRAME "MOTIVO DELL'INCONTRO"*: il terapeuta e i membri della famiglia sono impegnati in uno scambio interattivo nel corso del quale affrontano la tematica per cui è stata richiesta la consultazione, definendone i contorni, e negoziandone una definizione condivisa. In questo caso, tra i contenuti degli scambi troviamo anche l'esplicitazione della domanda da parte di ognuno:

Terapeuta 1: Voi dite a noi e a Simone perché siete qui poi sentiamo il parere di Simone.
Sig.ra C: Sono stata io a chiedere questo appuntamento perché come ho spiegato a Simone, ci conoscevamo già, perché abbiamo fatto ricorso a voi per problemi, difficoltà come coppia così ho pensato che anche come famiglia potevate esserci di aiuto. C'è stato un episodio che ha coinvolto tutti e tre in modo diverso, loro due in modo più fisico ed io da esterna, spettatrice, attrice. È già la seconda volta che si ripete in questa modalità...la seconda volta peggio della prima... forse siamo noi come genitori a non essere in grado, perché dovremmo essere noi come genitori più capaci a ... e allora ho pensato di chiedere quest'aiuto per capire perché succedono queste cose e cosa possiamo fare perché non succedano più. Non perché non ci debbano essere i contrasti, i contrasti ci saranno sempre, ma in un altro modo.

Ma anche, ad esempio, le diverse aspettative rispetto all'evoluzione del problema:

Terapeuta 1: senta e quindi fatta questa premessa, il suo futuro? Ha ragione la mamma o cosa?
Lorenzo: Io non volevo dire che...ero scettico sul fatto che avendo il ragazzo sarebbe andata, perché anch'io personalmente avrei questa difficoltà ci penserei molto prima d'andare avendo la fidanzata.
Sara: io invece quella volta pensavo che avrei avuto il trampolino di lancio per

andare, non era il mio ragazzo che m'avrebbe fermato perché non è un tipo che mi frena, sarebbe stato più difficile lasciare Novara, però sarebbe stato il salto che non avevo fatto...
Terapeuta 1: Adesso però se togliamo un attimo tutti questi condizionali sul passato e proviamo a proiettarci un po' sul futuro...
Sara: a me piacerebbe comunque andare, all'inizio appena successo non volevo più metterci piede, però ora, ci ritornerò, ora questo ragazzo che ho sa tutto, non ho più niente da nascondere, perché fino a un mese fa nessuno sapeva niente.

Come gli esempi sopra riportati illustrano, aspettative e domande non vengono semplicemente esposte dai membri della famiglia e ascoltate dal terapista, esse diventano argomenti di confronto e di riflessione collettiva.

3. *FRAME "RIEVOCAZIONE"*: il terapeuta e i membri della famiglia prendono in considerazione elementi del passato connessi alle tematiche emerse nel corso del colloquio e ricostruiscono, nel senso di Bruner (1990), episodi salienti nella storia della famiglia che proprio nel momento in cui vengono raccontati si arricchiscono di elementi, di dubbi, di informazioni, di ricordi di tutti i presenti:

Terapeuta 1: Come è stato per lei trasferirsi a Roma a 18 anni? Aveva finito il liceo?
Valentina: No, ho dovuto fare l'ultimo anno giù, non è stato facile. Ho pianto per qualche mese, però poi la cosa si è ricomposta. Dopo 10-15 anni di storia, guardo a quel periodo con piacere, nonostante tutto, perché è stato formativo. Lei non lo vuole capire, se lo porta dietro come una colpa. È stato pesantissimo per tutta la famiglia, non per me in particolare.
Terapeuta 1: Avete punti di vista diversi: per lei questo trasferimento ha voluto dite tagliare un cordone ombelicale qua...sentiamo Marta: Per lei come è stato Marta? E anche per l'altra sorella che non c'è...
Marta: Penso che anche per lei sia stato molto simile...non lo posso garantire, lo dirà lei nel caso. Però per me è stata la possibilità di reinventarsi qualcosa di nuovo dopo il trauma iniziale.

Oppure di evidenziare elementi connessi all'aspetto identitario di uno o più dei suoi membri:

Sig.ra S: anche tu da ragazzo picchiavi.
Sig. S:io non sto dicendo che Davide è un picchiatore e io no: ho avuto un padre che mi picchiava a raffica, io ho fatto spesso a cazzotti, anche Sandro, il padre di Davide, ha la mano svelta.
Sig. S: Sì e suo padre lo picchiava...

4. *FRAME "SETTING TERAPEUTICO"*: il terapeuta e i membri della famiglia si confrontano su elementi che caratterizzano e regolamentano esplicitamente il contesto terapeutico. È il caso, ad esempio, della richiesta di ammissibilità o meno del principio di reticenza:

Nicola: posso dirlo papà?
Sig.ra D: parla, voglio saperlo anch'io qual è il mio problema? Devi essere sincero.
Terapeuta 1: Nicola ha sentito che è meglio non dirlo adesso. Noi abbiamo il massimo rispetto per le cose che uno vuole o non vuole dire.
Terapeuta 2: però lei (rivolto a Nicola) ha l'idea che sua madre abbia un problema di cui lei non vuole parlare adesso?

O della sottolineatura delle regole generali della conversazione:

Terapeuta 1: Lasciamo finire Claudia, tutti qui hanno diritto di parola.
Sig. G: Mi sembra giusto.

5. *FRAME INFORMALE*: il terapeuta e i membri della famiglia si scambiano battute o considerazioni ascrivibili ad un contesto di conversazione informale, che non fa cioè riferimento ai differenti ruoli che essi rivestono in quel determinato contesto.

Terapeuta 1: che segni ha...
Sig. T: leone, ascendente capricorno tutti e due... peggio di così!
Sig.ra T: non credo all'astrologia, però... leone-leone...
Sig. T: Io il 12 lui il 13 agosto, un incubo.
Sig.ra T: mio figlio mi assomiglia a livello fisico, e va beh.
Terapeuta 1: però a livello di... carattere assomiglia più al papà.
Sig.ra T: sì... sono circondata!

I frame individuati e sopradescritti delineano diversi contesti interattivi, ognuno dei quali in grado di veicolare determinati significati dell'azione congiunta di terapista e paziente. Trognon (1993) distingue due forme dell'interazione comunicativa: quella di natura *formale* che consente di trovare un accordo sulla formulazione di quanto viene comunicato, e quella di tipo *strutturante* nel corso della quale i partecipanti co-producono nuove idee, nuovi contenuti, nuovi significati. Avendo presente questa distinzione abbiamo anche noi qualificato i diversi frame che possono essere individuati nel corso di una seduta.

Il frame *Presentazione*, ad esempio, corrisponde ad un contesto di tipo "descrittivo" o "formale" nel linguaggio di Trognon, in cui terapista e paziente introducono diversi tipi di informazioni, non necessariamente con-

nesse l'una con l'altra, all'interno della conversazione. Definiamo il frame "Presentazione" descrittivo perché, le informazioni trattate ricostruiscono storie note, descrizioni consolidate, modi abituali di pensarsi e di pensare gli altri secondo i più sedimentati e condivisi schemi di spiegazione famigliare, contribuendo dunque a confermare l'esistente.

Al contrario, i frame *Motivo dell'incontro* e *Rievocazione* corrispondono a contesti "costruttivi" o "strutturanti" nel linguaggio di Trognon, in quanto sollecitando connessioni tra diversi elementi, nuovi punti di vista, esplicitando le differenze, favoriscono l'elaborazione congiunta di una nuova storia.

Il frame *Setting terapeutico*, infine, corrisponde ad un contesto che abbiamo definito di tipo "relazionale", poiché sottolineando le condizioni che regolano e consentono l'interazione tra terapista e paziente, contribuiscono a costruire una cornice condivisa entro cui le differenze possono essere espresse non come prese di distanza, ma come nuovi modi di connettersi.

La suddivisione della seduta secondo i frame qui descritti permette così di individuare la struttura interattiva della seduta stessa come un susseguirsi di contesti interattivi di diversa natura.

6.2. Ipotesi operativa

A partire dall'ipotesi teorica sopra formulata e tenendo conto della metodologia sopradescritta, ci attendiamo che gli indicatori di cambiamento da noi definiti siano più frequentemente rinvenibili in situazioni comunicative iscritte nell'ambito di frame corrispondenti a contesti di tipo costruttivo, ovvero nell'ambito dei frame "Motivo dell'incontro" e "Rievocazione" che come abbiamo sottolineato, sono volti a sollecitare il confronto e la connessione tra diverse spiegazioni, punti di vista e rappresentazioni, e, dunque, a stimolare quella costruzione congiunta di nuovi significati in grado di incidere sul sistema di credenze e di rappresentazioni dei partecipanti.

Allo scopo di verificare questa ipotesi operativa, abbiamo proceduto innanzitutto ad una analisi strutturale di sedute di terapia familiare condotte secondo il metodo sistemico milanese, volta a rilevare in quali frame e, quindi, in quali tipi di contesti interattivi, si collochino prevalentemente gli indicatori del cambiamento.

Partendo da una prospettiva teorica che considera l'innovazione di significati l'esito di un processo di co-costruizione narrativa-dialogica, ci attendiamo inoltre che gli indicatori di cambiamento non si presentino fin dalla loro prima emergenza come consolidate nuove strutture di significato ovvero che emergano secondo un andamento cumulativo tale per cui un

nuovo elemento di senso cancella quelli vecchi o una nuova spiegazione degli eventi sostituisce quelle precedenti. Ci aspettiamo invece che gli indicatori di cambiamento emergano secondo un andamento oscillatorio che registra la coesistenza di nuove e vecchie strutture di senso caratterizzante ogni processo di negoziazione. Allo scopo di verificare questa ipotesi, abbiamo condotto anche una analisi processuale delle sedute rilevando il susseguirsi delle diverse forme espressive assunte come indicatori di cambiamento così come esse emergono nel corso della conversazione.

6.3. Campione

La ricerca è stata condotta su un campione di 20 trascrizioni di sedute, condotte secondo il modello della Scuola di Milano, composto da 14 prime sedute (4 di counselling e 10 di terapia) e 6 seconde sedute (1 di counselling e 5 di terapia), per un totale di 668 *frame*, che hanno costituito le nostre unità di analisi.

6.4. Risultati

L'analisi strutturale delle sedute ha permesso di individuare in quali tipi di *frame* si collocano gli indicatori da noi assunti per la valutazione del cambiamento. Nell'elaborazione dei dati abbiamo tenuto distinto i frame "Presentazione" che come detto sopra, sono di tipo descrittivo, dai frame "Motivo dell'incontro" e "Rievocazione" che invece corrispondono a contesti interattivi di tipo costruttivo, dai frame "Setting terapeutico" corrispondenti, nella nostra classificazione, a contesi per la definizione delle regole relazionali.

I dati ottenuti e riportati nella tabella 1 mostrano che gli indicatori di cambiamento sono più frequentemente associati con i contesti di tipo costruttivo. Come ci si poteva attendere, le ipotesi lineari sono presenti in tutti i tipi di frame, dal momento che esse sono le modalità espressive usuali per le famiglie, cioè quelle da loro prevalentemente adottate. Anche nei contesti di tipo "Costruttivo" è presente un numero elevato sia di ipotesi lineari sia di indicatori di cambiamento, ma, in tali contesti interattivi, al test del chi quadrato le "Considerazioni sulle relazioni" e le "Ipotesi circolari" risultano essere presenti in maniera significativamente superiore alle "Ipotesi lineari" [$\chi^2(1) = 16.051$, $p = .0001$].

Tab. 1 – Contesti interattivi in cui si trovano gli indicatori per la valutazione del cambiamento

Contesti interattivi	Ipotesi lineare	Indicatori di cambiamento
Descrittivo (presentazione)	7	0
Costruttivo (motivo dell'incontro e rievocazione)	61	114
Relazionale (Setting terapeutico)	3	8

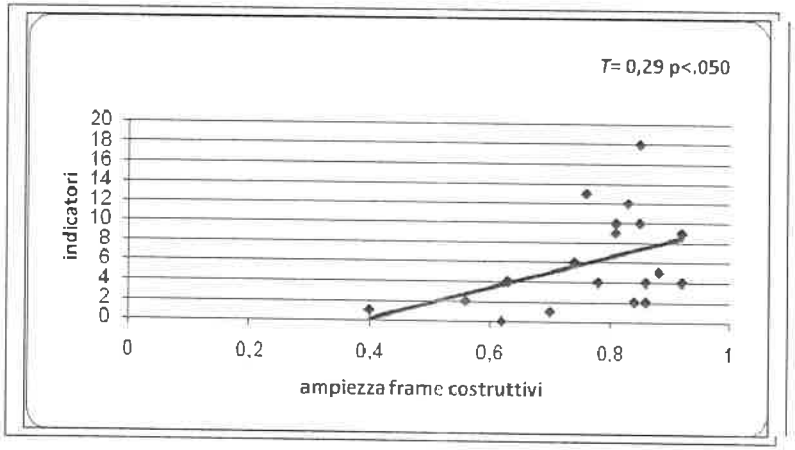
Da questo primo risultato ci si poteva dunque attendere che le sedute costruite prevalentemente attraverso dei frame costruttivi (che, ricordiamo, sono quelli caratterizzati da un confronto tra punti di vista diversi, da connessioni tra informazioni o eventi e dalla esplorazione di diversi significati relazionali) presentassero nel loro insieme un numero maggiore di indicatori di cambiamento rispetto alle sedute in cui viene riservato molto spazio alla raccolta di informazioni, ovvero ai frame descrittivi.

Abbiamo pertanto calcolato l'ampiezza dei diversi contesti interattivi considerando, per ogni seduta, la percentuale di turni sul totale dedicata ad ognuno di essi (vedi Tabella 2). Successivamente, l'ampiezza dei frame costruttivi è stata correlata con il numero di indicatori di cambiamento rinvenuti in ogni seduta (vedi Grafico 1).

Tab. 2 – Ampiezza dei contesti interattivi e frequenza degli indicatori di cambiamento nelle sedute

Seduta	Contesti interattivi				Indicatori cambiamento
	Costruttivo	*Descrittivo*	*Relazionale*	*Informale*	
Fam. Umali	92%	2%	6%	1%	9
Fam Onofri c 2	92%	2%	6%	0%	4
Fam. Onofri	88%	8%	3%	0%	5
Fam Domini 2	86%	7%	7%	0%	4
Fam. Domini	86%	8%	5%	1%	2
Fam Francese	85%	9%	3%	3%	18
Fam. Pratolini	85%	7%	8%	0%	10
Fam Antonelli	84%	13%	3%	0%	2
Fam Romani	83%	14%	1%	1%	12
Fam Laurenti	81%	14%	4%	1%	10
Fam. Onofri c	81%	16%	2%	0%	9
Fam. Pratolini 2	78%	6%	16%	0%	4
Fam Toscani	76%	20%	3%	1%	13
Fam. Pagnotti	74%	13%	8%	5%	6
Fam. Pagnotti 2	74%	24%	1%	1%	6
Fam. Lucchesi	70%	26%	4%	0%	1
Fam. Piretti	63%	36%	1%	0%	4
Fam. Moruzzi	62%	36%	1%	0,5%	0
Fam. Catania 2	56%	39%	2%	3%	2
Fam. Catania	40%	58%	1%	1%	1

Grafico 1 – Relazione tra contesti costruttivi e indicatori di cambiamento



L'analisi dei dati mediante il coefficiente di correlazione *T* per ranghi di Kendall conferma la nostra attesa ed indica che tra i due tipi di dati esiste una correlazione positiva significativa: $T= 0,29$ $p<.050$. Possiamo cioè affermare che la presenza di contesti interattivi di tipo costruttivo in una seduta risulta essere direttamente correlata alla comparsa di indicatori di cambiamento; all'opposto, più il terapista e i componenti della famiglia dedicano tempo alla rilevazione e allo scambio di informazioni, meno nuove modalità espressive vengono generate.

Se l'analisi strutturale delle sedute fin qui descritta ha messo in evidenza la connessione tra contesti interattivi-comunicativi di tipo costruttivo e indicatori di cambiamento, sottolineando il carattere generativo della forma conversazionale centrata sul confronto tra punti di vista, sulla connessione di eventi e comportamenti e sulla esplorazione di diversi significati relazionali, una analisi processuale delle sedute fornisce informazioni sulla forma del processo generativo dell'innovazione.

A questo scopo abbiamo ricostruito, per ogni seduta, la sequenza di ipotesi lineari, considerazioni sulle relazioni e ipotesi circolari man mano che venivano formulate nel corso della conversazione. Come mostra la tabella 3, la successione dei tre tipi di indicatori ha un andamento oscillatorio.

Tab. 3 – Successione degli indicatori per la valutazione del cambiamento nelle sedute (➲ HL; ⇔ CR; ○ HC)

Fam. Catania	➲ ➲ ⇔ ○
Fam. Domini	➲ ➲ ⇔ ⇔ ➲ ➲ ➲ ⇔
Fam. Lucchesi	➲ ➲ ➲ ➲ ⇔ ➲ ➲
Fam. Moruzzi	➲ ➲ ➲ ➲ ➲
Fam. Onofri	➲ ⇔ ⇔ ⇔ ○ ⇔ ⇔
Fam. Pagnotti	➲ ⇔ ⇔ ○ ➲ ⇔ ○ ⇔ ○ ⇔
Fam. Piretti	➲ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ○
Fam. Pratolini	⇔ ○ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ○
Fam. Umali	➲ ➲ ➲ ⇔ ➲ ➲ ⇔ ➲ ➲ ➲ ➲ ➲ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ➲ ○ ⇔
Fam. Romani	⇔ ⇔ ⇔ ○ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔
Fam. Antonelli	⇔ ➲ ⇔ ➲
Fam Domini 2	➲ ⇔ ➲ ➲ ➲ ➲ ⇔ ➲ ➲ ⇔ ⇔
Fam Laurenti	⇔ ○ ⇔ ○ ➲ ⇔ ⇔ ○ ⇔ ⇔ ⇔ ➲
Fam Pagnotti 2	➲ ⇔ ➲ ⇔ ➲ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔
Fam Onofri c2	➲ ⇔ ➲ ○ ⇔ ⇔
Fam Pratolini 2	⇔ ⇔ ⇔ ➲ ➲ ⇔ ➲ ➲
Fam Toscani	➲ ➲ ➲ ➲ ⇔ ➲ ⇔ ➲ ⇔ ⇔ ⇔ ➲ ⇔ ○ ⇔ ⇔ ○ ⇔ ➲ ⇔ ○
Fam Catania 2	⇔ ➲ ○
Fam. Francese	➲ ➲ ➲ ⇔ ➲ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ⇔ ○
Fam. Onofri c	➲ ⇔ ⇔ ➲ ➲ ⇔ ○ ➲ ⇔ ○ ➲ ○ ⇔

Il quadro che emerge mostra, infatti, come il processo di cambiamento presenti una direzione tutt'altro che lineare o cumulativa. Ipotesi lineari, considerazioni sulle relazioni e ipotesi circolari prendono forma nel corso della conversazione alternandosi secondo un andamento oscillatorio in cui momenti caratterizzati dalla generazione di elementi innovativi sono seguiti dal ritorno a vecchie modalità interpretative, mostrando così come diverse narrazioni della stessa storia possono coesistere ed alternarsi, prendere nuove direzioni e tornare su direzioni precedenti, dirigersi verso il nuovo ancorandosi al consolidato.

6.5. Discussione dei risultati

Rispetto all'obiettivo formulato, ovvero quello di individuare elementi caratterizzanti il processo attraverso cui nuove strutture di senso si producono nel corso della conversazione terapeutica, la ricerca condotta ha messo in luce alcuni importanti aspetti, su cui vale la pena di soffermarsi.

È emerso, innanzi tutto, che, nelle sedute analizzate, gli indicatori del cambiamento si collocano prevalentemente all'interno di specifici frame. In particolare, sono i contesti interattivi di tipo costruttivo, in cui cioè terapista e membri della famiglia sono impegnati a formulare diverse connessioni tra diversi elementi della storia, ad avere un effetto generativo di nuovi elementi narrativi. Questo risultato, raccolto con procedure sistematiche e riproducibili, fornisce una documentazione empirica a sostegno di quanto riportato in letteratura relativamente alla ipotesi del valore trasformativo del colloquio terapeutico quando esso non viene limitato ad una semplice raccolta o accumulo di informazione, ma si configura invece come una costruzione di trame narrative. Ma il risultato qui riportato permette anche di specificare che cosa debba intendersi per costruzione narrativa. Innanzitutto essa è un processo a più voci, quelle del terapista e dei membri della famiglia; inoltre la narrazione si snoda attraverso l'espressione della diversità e della molteplicità. L'attenzione ai diversi punti di vista e la loro esplicitazione porta il terapista a sviluppare un'ipotesi e la famiglia ad individuare nuove possibili connessioni, facilitando un processo di co-costruzione di nuove strutture di senso. Dai risultati ottenuti con la nostra indagine, emerge che quando la famiglia si trova a mettere a confronto le proprie definizioni del problema con quelle del terapeuta si innesca un processo di coordinazione/confronto/negoziazione attraverso il quale il terapeuta e i membri della famiglia modificano le rispettive ipotesi, descrizioni o sistemi esplicativi; laddove questo confronto non risulti possibile, anche la comparsa di elementi di innovazione sembra non emergere.

Un altro dato significativo è quello relativo al processo di cambiamento che, come abbiamo visto, presenta un andamento oscillatorio, tale per cui accanto all'emergenza di nuovi elementi, possibili precursori di nuove storie, permangono aspetti ancorati ai significati abituali. Essendo spesso il punto di partenza della famiglia, le ipotesi lineari compaiono quasi sempre all'inizio dei colloqui, mentre le considerazioni sulle relazioni e le ipotesi circolari emergono in un secondo momento ed occupano la parte centrale e finale della seduta. Gli elementi di innovazione nella storia che ogni seduta racconta, tuttavia, non sono elementi acquisiti una volta per tutte: essi convivono con le precedenti letture della problematica, che possono riattivarsi in qualunque momento della seduta. L'andamento oscillatorio del processo di produzione di elementi di innovazione è indicativo della negoziazione che caratterizza tale processo; è cioè indicativo della natura comunicativa, narrativa, dialogica e co-costruttiva del processo di cambiamento.

Entrambi i dati rilevati possono essere teoricamente spiegati con il mo-

dello del Coordinated Management of Meaning (Cronen, Johnson e Lannaman 1982).

Secondo questo modello, gli individui, attraverso le dinamiche comunicative, creano e gestiscono la realtà sociale coordinando i rispettivi significati e azioni. In particolare, le persone danno senso ai propri comportamenti secondo una struttura di contesti di significato che vanno dal modello culturale fino al significato dell'episodio in cui sono coinvolti, passando per il senso di sé e delle relazioni che ogni interlocutore pensa di avere con gli altri con cui interloquisce. Gli autori definiscono questa funzione dei contesti di significato "forza contestualizzante"; in altri termini, i significati costruiti attraverso le interazioni precedenti forniscono la struttura dei contesti a partire dalla quale dare senso all'interazione presente che riflessivamente conferma la struttura dei significati acquisiti attraverso l'esperienza interattiva. A fianco della forza contestualizzante, tuttavia, gli autori descrivono anche la "forza implicativa", che è la forza dell'interazione, delle azioni contingenti e congiunte che possono aprire dubbi e dilemmi circa il significato derivante dalla forza contestualizzante. Il concetto di forza implicativa viene poco sottolineato quando si fa riferimento a questo modello comunicativo. Eppure è il concetto di forza implicativa che fornisce una spiegazione del cambiamento. È cioè il potere che l'azione contingente ha di sollevare dubbi circa i significati di ciò che sta accadendo e dunque dell'intero sistema di significati di riferimento, che apre la strada del cambiamento. Ad esempio, dopo la decima volta che il nostro partner ci suggerisce di cambiare stile di abbigliamento, si insinua il dubbio che non si tratti di un benevolo consiglio fornito all'interno di una relazione che prevede l'apprezzamento dell'altro, ma che si tratti invece di una critica che segnala quanto la relazione non sia più tanto fondata sull'apprezzamento dell'altro!

È attraverso la sua forza implicativa che l'azione può ridefinire i livelli di significato in base ai quali gli interlocutori si coordinano e danno senso alla loro esperienza, ponendo così le basi per la costruzione di una storia diversa.

Quando la forza implicativa dell'azione assume peso, si viene a creare una situazione di riflessività tra I) i contesti di significato che danno senso all'azione e II) l'azione stessa che può modificare il contenuto di quei contesti di significato. Nelle situazioni di riflessività non è più certo che cosa sia contesto e cosa sia contenuto: è la relazione che io ho con l'altro a definire il significato di quello che facciamo insieme o è quello che facciamo insieme che qualifica la nostra relazione? È in questa dinamica che trova spazio il cambiamento.

Utilizzando questo modello possiamo, allora, spiegare sia la maggior presenza di espressioni innovative nei frame a valenza costruttiva, sia

l'andamento oscillatorio che registra la compresenza di espressioni innovative e conservatrici.

I frame che noi abbiamo definito contesti interattivi di tipo costruttivo, essendo caratterizzati dal confronto tra differenze, approfondimenti di incongruenze, sollecitazione di diversi punti di vista, finiscono con il creare situazioni di dissonanza o conflitto socio-cognitivo circa quale sia il senso da attribuire all'esperienza vissuta e raccontata. L'interazione con il terapista, cioè, offrendo nuovi contesti per ridefinire e ripensare la propria storia, dà peso alla forza implicativa che incomincia ad aprire spazio ai dubbi circa il sistema di significati condiviso dalla famiglia fino a quel momento. E tuttavia prima che nuove strutture di senso emergano e finiscano col riformulare l'intero sistema di significati, si viene a creare una situazione di riflessività tra forza contestuale e forza implicativa che in modo oscillatorio fa optare ora per le vecchie spiegazioni, descrizioni, storie, ora per le nuove, esattamente come abbiamo visto fare alle famiglie che hanno partecipato alle sedute da noi analizzate.

7. Riflessioni conclusive

L'approccio sistemico ha subito negli ultimi 30 anni uno sviluppo che a partire dall'articolo di Selvini Palazzoli e coll. (1980) lo ha portato, grazie alle riflessioni epistemologiche degli anni Novanta e agli approfondimenti teorico metodologici dei terapisti familiari, ad una rideclinazione dialogico/costruzionista dell'intervento terapeutico.

L'enfatizzazione della dimensione narrativa e conversazionale della terapia ha spesso evocato il campo delle arti creative oscurandone, crediamo erroneamente, la dimensione più metodologico/sistematica.

Con il presente capitolo ci siamo proposte l'obbiettivo di evidenziare come creatività e metodologia siano poli complementari.

La dimensione creativa presente nella conduzione di una terapia è soprattutto insita nella sua natura comunicativa. Ma i processi comunicativi hanno forme e strutture analizzabili.

La ricerca qui descritta ha un valore esplorativo di un problema importante nel campo terapeutico: quello di riuscire a descrivere gli elementi coinvolti nel processo di cambiamento per fornire informazioni circa i processi comunicativi attraverso cui si esplica l'intervento terapeutico.

Condividiamo con Viaro (2009) l'opinione che la consapevolezza dei processi comunicativi implicati nel processo terapeutico sono la base della formazione di un terapista sistemico.

Tale conoscenza, infatti, non dà certezze di efficacia, ma fornisce stru-

menti di lettura del processo che "in modo creativo" si svolge attraverso l'interazione tra famiglia e terapista. In questo senso, la conoscenza sistematica dei processi comunicativi implicati negli interventi terapeutici diventa una competenza a sostegno della creatività.

Bibliografia

Andersen T. (1987), "The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work", *Family Process*, 26, 415-428.

Anderson H., Goolishian, H. (1992), "The client is the expert: A not-knowing approach to therapy", in McNamee S. e Gergen K.J., eds., *Therapy and social construction*, Sage, London.

Bachtin M. (1979), *Estetika slovesnogo tvorčestva*, Izdatel'stvo "Iskusstvo", Mosca (trad. it. *L'autore e l'eroe. Teoria letteraria e scienze umane*, Einaudi, Torino, 1988).

Bateson G. (1979), *Mind and nature*, Dutton, New York (trad. it. *Mente e natura*, Adelphi, Milano, 1984).

Bercelli F., Leonardi P., Viaro M. (1998), *Cornici terapeutiche. Applicazioni cliniche di analisi dell'interazione verbale*, Raffaello Cortina, Milano.

Bertrando P. (2007), *The Dialogical Therapist*, Karnac, London.

Bruner J. (1990), *Acts of Meaning*, Harvard University Press, Cambridge MA (trad. it. *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Cecchin G. (1987), "Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity", *Family Process*, 26, 4, 405-413.

Ciucci M., Scamperle S., Todini G. (1989), "Come nasce una terapia sistemica: il rapporto circolare tra domanda e risposta", *Psicobiettivo*, X, 2, 31-41.

Cronen W. E., Johnson K.M., Lannaman J.W. (1982), "Paradox, double bind and reflexive loops: an alternative theoretical perspective", *Family Process*, 21, 1, pp. 91-112 (trad. it. "Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa", *Terapia Familiare*, 14, 87-120, 1983).

Doise W. (1989), "Constructivism in Social Psychology", *European Journal of Social Psychology*, 19, pp. 319-400.

Farr R.M., Moscovici S., eds. (1984), *Social Representations*, Cambridge University Press, Cambridge (trad. it. *Rappresentazioni sociali*, il Mulino, Bologna, 1989).

Fruggeri L. (1990), "Dalla individuazione di resistenze alla costruzione di differenze. Riflessione sui processi di persistenza e cambiamento in psicoterapia", *Psicobiettivo*, X, 3, 29-46.

Fruggeri L. (1993), "How do you do? Rejoinder to Harlene Anderson and Susan Swim", *Humans Systems*, 3-4, 154-156.

Fruggeri L. (1995), "Rischio iatrogeno e livelli di responsabilità terapeutica", *Psicobiettivo*, 3, 11-22.

Fruggeri L. (1998a), "La ricerca sociale come processo di interazione", in Manghi S., a cura di, *Attraverso Bateson. Ecologia della mente e relazioni sociali*, Raffaello Cortina, Milano.

Fruggeri L. (1998b), "Dal costruttivismo al costruzionismo sociale: implicazioni teoriche e terapeutiche", *Psicobiettivo*, XVIII, 1, 37-48.

Fruggeri L. (2002), "Different levels of analysis in the supervisory process", in D. Campbell D. e Mason B., eds., *Perspectives on Supervision*, Karnac, London.

Fruggeri L. (2004), "La valenza trasformativa del colloquio con le famiglie", in Anchisi R. e Gambotto Dessy M., a cura di, *Teoria e tecnica del colloquio psicologico*, S.Croce, Parma.

Fruggeri L. (2005), "Making Sense: lessons from Gianfranco Cecchin's work", *Human Systems*, 16, 27-30.

Gergen K. (1988), "Knowledge and social process", in Bar-Tal D. e Kruglanski A.W., eds., *The Social Psychology of Knowledge*, Cambridge University Press, Cambridge.

Ginzburg C. (1979), "Spie. Radici di un paradigma indiziario", in Gargani A., a cura di, *Crisi della ragione*, Einaudi, Torino.

Goffman E. (1974), *Frame Analysis*, Harvard at the UP, Cambridge, Massachusetts.

Goffman E. (1981), *Forms of Talk*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia (trad. it. *Forme del parlare*, il Mulino, Bologna, 1987).

Grossen M. (1992), "Intersubjectivité et négociation de la demande dans un entretien thérapeutique", in Grossen M. e Perret-Clermont A.-N., eds., *L'espace thérapeutique: cadres et contexts*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.

Grossen M., Salazar Orvig A., a cura di (2006), *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*, Belin, Paris.

Leonardi P., Viaro M. (1990), *Conversazione e terapia. L'intervista circolare*, Raffaello Cortina, Milano.

Marzari M. (1998), "Questione di parole? Introduzione all'edizione italiana", in Mc Namee S. e Gergen K., a cura di, *La terapia come costruzione sociale*, FrancoAngeli, Milano.

Maturana H., Varela F. (1980), *Autopoiesis and Cognition*, Reidel, Dordrecht, Holland (trad. it. *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia, 1985).

Maturana H., Varela F. (1984), *El Árbol del Conocimiento*, Editorial Universitaria, Santiago del Chile (trad. it.: *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano, 1987).

Mc Namee S., Gergen K., eds. (1992), *Therapy as social construction*, Sage, London (trad. it. *La terapia come costruzione sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1998).

Mosconi A. (1993), "Alcuni spunti per un dibattito sui livelli e le strategie della conversazione terapeutica", *Psicobiettivo*, XIII, 2, pp. 53-60.

Mosconi A., Castellani A., De Maria L., Gonzo M., Sorgato R., Tirelli M., Tomas M., Zago E. (1996), "Come costruisci la tua conversazione terapeutica?", *Terapia Familiare*, 50, 41-61.

Pearce W.B. (1989), *Communication and the Human Condition*, Southern Illinois University Press, Carbondale, IL (trad. it. *Comunicazione e condizione umana*, FrancoAngeli, Milano, 2004).

Pearce W.B. (1994), *Interpersonal communication: making social worlds*, Harper Collins, New York.
Pearce, W.B., Cronen W.E. (1980), *Communication, action and meaning*, Praeger, New York.
Penn P. (1985), "Feed-forward: Future questions, future maps", *Family Process*, 24,3, 299-310.
Penn P., Frankfurt M. (1994), "Creating a Participant Text: Writing, Multiple Voices, Narrative Multiplicity", *Family Process*, 33, 3, 217-357.
Salazar Orvig A. (1999), *Les mouvements du discourse. Style, référence et dialogue dans des entretiens cliniques*, L'Harmattan, Paris.
Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980), "Ipotizzazione-circolarità-neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta", *Terapia Familiare*, 7-19.
Tomm K. (1984), "One Perspective On The Milan Systemic Approach: Part II. Description of Session Format, Interviewing Style and Interventions", *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 253-271.
Tomm K. (1985), "Circular Interviewing: A Multifaceted Clinical Tool", in Campbell D. e Draper R., eds., *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*, Grune & Stratton, London.
Tomm K. (1987a), "Interventive Interviewing, part I: Strategizing as a forth guideline for the therapist", *Family Process*, 26, pp. 3-13 (trad. it.: "Lo "Strategizing" come quarta linea-guida per il terapista", *Il Bollettino*, 22, 37-47, 1990).
Tomm K. (1987b), "Interventive Interviewing, part II: Reflexive questioning as a mean to enable self-healing", *Family Process*, 26, 167-183 (trad. it. "Le domande riflessive come mezzi per condurre all' auto guarigione", *Il Bollettino*, 23, 3-19, 1991).
Tomm K. (1988), "Interventive Interviewing, part III: Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions?", in *Family Process*, 27, 1-15 (trad. it. "Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?", *Il Bollettino*, 24, 1-14, 1991).
Trognon A. (1993), "Come funziona il processo di interazione quando due interlocutori cercano di risolvere un problema logico?", in Pontecorvo C., a cura di, *La condivisione della conoscenza*, La Nuova Italia, Firenze.
Ugazio V. (1985), "Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited", in Campbell D. e Draper,R., eds., *Applications of systemic family therapy*, Grune & Stratton, London.
Ugazio V. (1989), "L'indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista", *Terapia Familiare*, 31, 27-40.
Viaro M. (1992), "Conversazione, terapia familiare e intervista circolare", in Galimberti C., a cura di, *La conversazione. Prospettive sull'interazione psicosociale*, Guerini e Associati, Milano.
Viaro M. (2009), "Osservare, descrivere, formare", in Fruggeri L., a cura di, *Osservare le famiglie. Metodi e tecniche*, Carocci, Roma.
von Foerster H. (1981), *Observing Systems*, Intersystems Publ., Seaside, CA (trad. it. *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma, 1987).

von Glasersfeld E. (1984), "An introduction to radical constructivism", in Watzlawick P., ed., *The invented reality*, Norton, New York.
Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967), *Pragmatics of Human Communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*, W.W. Norton & Co., Inc., New York (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971).