

UNA TEORIA IN EVOLUZIONE

Il nostro modello sistemico attuale, quello cui ci ispiriamo nel lavoro con una singola persona, si è sviluppato attraverso una serie di esperienze di ricerca, di consulenza e terapia con famiglie e coppie, utilizzando, nel tempo, dapprima l'approccio strategico-sistemico del Mental Research Institute (MRI) di Palo Alto negli anni 1971-1975, poi l'approccio sistemico di Milano come si è venuto a sviluppare nel decennio 1975-1985, quindi lo stesso modello arricchito prima dai contributi del costruttivismo e della cibernetica di secondo ordine, poi del costruzionismo, della narrativa e dell'ermeneutica. Tutti i contributi teorici citati hanno lasciato – e non potevano non lasciare – tracce significative nel modello attuale a cui, per questa ragione, abbiamo attribuito, oltre che la definizione di "sistemico", la definizione di "epigenetico" (vedi nota 13, p. 32).

Il primo autore ha avuto il privilegio, per particolari e fortunate circostanze verificatesi agli inizi degli anni Settanta (e naturalmente per la sua maggiore età), di lavorare per circa un decennio in due contesti molto diversi sotto lo stesso tetto. Il primo era il contesto di uno studio privato di psicoanalista in cui, in una stanza, per tre giorni la settimana, conduceva analisi freudiane classiche di durata pluriennale e terapie faccia a faccia a orientamento psicodinamico, con la frequenza di una o due volte la settimana per un periodo di circa uno-tre anni. Il secondo era il contesto di lavoro della cosiddetta "équipe di Milano" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata), che faceva ricerca e terapia di famiglia e di coppia in tre stanze: stanza di terapia, dove sedevano i membri della famiglia o della coppia e il terapeuta; stanza di osservazione, separata dalla prima da uno specchio unidirezionale; stanza di discussione, dove l'intera équipe alla fine di ogni seduta discuteva

per arrivare a formulare l'ipotesi sistemica e un possibile intervento da comunicare alla famiglia (Boscolo et al., 1987).

Nel periodo di lavoro con il modello MRI di terapia breve, in cui incidentalmente il gruppo ebbe, per circa due settimane, il privilegio della supervisione diretta di Paul Watzlawick, si seguivano le famiglie per un massimo di dieci sedute, con risultati più che soddisfacenti. Soltanto poche famiglie, di solito quelle con un membro psicotico cronico, avevano bisogno di un numero maggiore di sedute. Gli effetti del lavoro solitario con il paziente individuale da una parte e del lavoro di équipe con le famiglie dall'altra, in termini di durata e frequenza delle sedute e di risultati, erano così diversi che, all'inizio, lasciarono il primo autore, se non proprio in uno stato di shock, piuttosto sconcertato e curioso di capirci qualcosa.¹ Aveva come l'impressione, quando era nel suo studio da solo con il cliente, di essere nel mezzo di un grande fiume in cui l'acqua scorreva lentamente verso un mare piuttosto lontano, mentre quando lavorava con l'équipe e le famiglie gli sembrava di essere in un rapido torrente in cui l'acqua, che a volte subiva delle accelerazioni improvvise, era diretta a una meta vicina. Questa metafora può essere presa a prestito per illustrare la relazione fra tempo e cambiamento così diversa nei due tipi di esperienze: essa in seguito sarà di stimolo a entrambi gli autori per interessarsi dell'importante e affascinante problema del tempo in terapia (Boscolo, Bertrando, 1993).

Dopo mesi di lavoro nei due diversi contesti, operando con due teorie così dissimili e per alcuni versi antitetiche, sia per quanto riguarda la concezione della persona umana e della natura dei problemi presentati, sia per quanto riguarda gli obiettivi del cambiamento e i modi per ottenerlo, era diventato molto difficile lavorare mantenendosi fedele alle premesse teoriche e ai conseguenti dettami tattici di ciascuna delle teorie. Lo stesso fenomeno l'abbiamo riscontrato in seguito, all'inizio della formazione del corso di terapia familiare sistemica, per gli allievi che in precedenza avevano avuto una formazione di tipo psicodinamico. Prima rimanevano confusi nel cercare di connettere elementi tanto eterogenei poi, a poco a poco, cominciavano a organizzarsi sviluppando una visione sistemica che non poteva natural-

mente cancellare del tutto l'esperienza precedente. Anzi, nel tempo riuscivano, in particolari circostanze, ad avvalersi di entrambe le teorie consciamente o inconsciamente (oggi definiremmo questo il "non detto", come illustreremo più avanti), confermando l'aforisma di Gregory Bateson: due occhi vedono meglio di uno, vedono la dimensione della profondità.

Orbene, a un certo punto, per uscire dal disturbante stato d'animo di sentirsi scisso in due, il primo autore (Luigi Boscolo) cominciò a introdurre nelle terapie individuali a orientamento psicodinamico alcune idee e tecniche dell'approccio strategico-sistemico, quali la prescrizione del sintomo, il paradosso, la riformulazione o ridefinizione (*reframing*) ecc., che venivano utilizzate con famiglie e coppie. L'intento era di vedere se si verificavano quei cambiamenti discontinui, per salti (Selvini Palazzoli et al., 1975), così imponenti e caratteristici, che solo raramente erano osservabili nelle terapie psicodinamiche. In queste ultime, i cambiamenti di solito avvenivano molto più lentamente, in modo più continuo, per lisi più che per crisi.

I primi tentativi ebbero un effetto disastroso! Invece di migliorare, o i clienti peggioravano o la terapia entrava in un'*impasse*, costringendo il terapeuta a fare marcia indietro. È significativo che in due casi i clienti abbiano verbalizzato la loro perplessità e critica, uno domandandosi se per caso il terapeuta non stesse sperimentando un nuovo modo di far terapia (sic!), un altro esprimendosi con una metafora piuttosto eloquente: "Questa non è farina del suo sacco, vero? Non è che per caso la settimana scorsa ha frequentato un seminario a cui erano presenti colleghi di idee diverse?". È significativo – e si potrebbe anche dire ovvio – che i clienti-cavie abbiano reagito nei riguardi dell'introduzione di idee diverse con perplessità, confusione, e un più o meno evidente rifiuto. Il terapeuta si accorse che, per appagare la propria curiosità scientifica con questi casi, stava pagando un caro prezzo: la creazione di un contesto confusivo che stava minando la relazione terapeutica. Stava combinando più o meno gli stessi errori che a quei tempi gli analisti ortodossi attribuivano ai cosiddetti "analisti selvaggi". Si può anche aggiungere che il terapeuta aveva fatto l'errore di condurre le terapie individuali incriminate secondo criteri di puro eclettismo, invece di integrare a poco a poco, e quando il contesto terapeutico lo avesse permesso, elementi del nuovo modello.

A questo punto è importante descrivere quali erano, allora, le differenze principali fra i due modelli e i due diversi tipi di terapia. Naturalmente ci limiteremo a offrire quelli che a nostro avviso erano gli

1. Va rilevato che in quel periodo, come l'esperienza di terapia sistemica della famiglia aveva influenzato notevolmente e trasformato il suo modo di fare terapia con l'individuo, così l'esperienza di terapia psicodinamica individuale aveva ricorsivamente un'influenza significativa sul lavoro sistemico con le famiglie, anche se limitatamente alla formulazione delle ipotesi, cui offriva spesso i propri contenuti.

elementi distintivi essenziali e ci scusiamo per l'eccessivo schematicismo e le eventuali semplificazioni.²

1. Nel modello psicodinamico il sintomo era considerato un epifenomeno di un conflitto inconscio e l'obiettivo primario era la risoluzione dei conflitti più che la scomparsa dei sintomi, mentre nell'approccio strategico-sistemico, basato su una visione di causalità circolare, il sintomo e la sua persistenza erano considerati all'interno di un contesto relazionale in cui i "tentativi di soluzione" diventavano il problema; pertanto l'obiettivo era di rompere i pattern rigidi ripetitivi cui il sintomo era connesso, così che emergessero nuovi pattern più "funzionali".

2. Già questa prima distinzione suggerisce una profonda differenza: la psicoanalisi s'interessava degli aspetti semantici della comunicazione, dei significati, delle metafore, dei simboli e, soprattutto, del pensiero più che dell'azione, per cui la presa di coscienza (*insight*) era lo strumento terapeutico per eccellenza; mentre l'approccio strategico-sistemico si basava sugli aspetti pragmatici e comportamentali, sull'azione più che sul pensiero, per cui fra gli strumenti terapeutici più importanti si usavano le prescrizioni di comportamenti per cambiare altri comportamenti indesiderati. La teoria della "scatola nera" inoltre suggeriva questa distinzione fra pensiero e azione (comportamento): secondo essa un osservatore poteva vedere solo comportamenti e pattern comportamentali, ma non ciò che avveniva nella testa delle persone.

3. Nel modello psicodinamico, l'interesse principale del terapeuta era rivolto all'esplorazione delle modalità con cui il cliente si rapportava con se stesso, con gli altri e soprattutto con il terapeuta (il transfert), modalità che - secondo la teoria - riflettono le relazioni del lontano passato con gli "oggetti primari", in particolare i membri della famiglia nucleare. Questo lavoro terapeutico, che aveva lo scopo di risolvere i conflitti inconsci del passato connessi con le distorsioni delle relazioni transferali del presente, fonte di angosce e sofferenze e dei più svariati sintomi, era ostacolato dalle resistenze dell'inconscio cui il terapeuta doveva dedicare tempo e particolare attenzione.

Nel modello strategico-sistemico, invece, l'obiettivo del terapeuta era, come si è già accennato, in primo luogo di chiedere al cliente di definire e decidere quali problemi volesse risolvere e di esplorare gli infruttuosi tentativi di risolverli già fatti dal cliente stesso e dalle per-

sonne significative cui era connesso. Il terapeuta aiutava poi il cliente a raggiungere lo scopo attraverso una serie di interventi strategici *ad hoc*, utilizzati in un arco di tempo breve (da una a dieci sedute; in media quattro-sei). La scomparsa dei sintomi era l'unico criterio adottato per definire la fine e il successo della terapia. È importante sottolineare che in tale approccio non veniva fatta la distinzione normalità-patologia e i problemi del cliente erano considerati semplicemente come problemi del vivere, problemi dell'esistenza, e - coerentemente con una visione cibernetica - non erano attribuiti a essi altre cause se non i tentativi di soluzione che erano diventati parte del problema. Il terapeuta strategico-sistemico, in altre parole, non si occupava dei diversi aspetti della persona, quali motivazioni, fantasie, pensieri, emozioni, né del passato del cliente e della sua storia, ma esclusivamente dell'attuale contesto relazionale in cui i pattern comportamentali rigidi di ripetitivi connessi al sintomo diventavano il bersaglio (*target*) degli interventi strategici.

Caratteristici delle terapie brevi strategiche erano l'ottimismo terapeutico, la visione positiva, il puntare sulle risorse del cliente e soprattutto l'uso della posizione di "impotere" (*one-down*), di cui forse il più grande maestro è stato Milton Erickson, che permetteva di evitare le resistenze o, meglio, il formarsi di resistenze.

4. A conclusione del confronto fra i due modelli, desideriamo sottolineare due fra le più importanti differenze che erano allora presenti, in relazione agli obiettivi e al tempo necessario per raggiungerli.

a) *Obiettivi*: nella terapia psicodinamica, il compito del terapeuta era di esplorare con il cliente particolari conflitti e tematiche connesse alle sue attuali difficoltà e sofferenze, e come essi potevano essersi creati e insediati al centro della vita psichica e di relazione del soggetto. La relazione terapeuta/cliente, l'esplorazione congiunta e l'*insight* rappresentavano le modalità e gli strumenti per risolvere i suddetti conflitti e, a differenza di quanto avveniva nell'approccio strategico, i fattori specifici della terapia (ascolto, empatia, fiducia ecc.) erano di primaria importanza. Nel modello strategico, come già detto, gli obiettivi del terapeuta erano quelli del cliente: liberarsi dei sintomi!

b) *Tempo*: non sorprende che il tempo necessario per la conclusione della terapia fosse più lungo nel modello psicodinamico che in quello strategico-sistemico, che di solito non andava oltre le dieci sedute.³

3. Nel modello psicodinamico di terapia aperta, il numero di sedute, di solito a frequenza settimanale, può andare da 50 a 100 e più mentre, nelle terapie psicodinamiche brevi a numero definito di sedute, si può andare, a seconda degli autori, dalle 20 alle 40 sedute (vedi Malan, 1976).

2. Sottolineiamo il termine "erano", in quanto nel tempo entrambi i modelli si sono modificati.

La differenza dei tempi fra i due modelli sembra attribuibile fra l'altro al tempo speso in psicoterapia psicodinamica nell'esplorazione della relazione fra passato e presente e fra il cliente e il terapeuta, mettendo in secondo piano i sintomi o i problemi presentati; il che richiede ovviamente più tempo che nel modello strategico, in cui l'accento è posto esclusivamente sulla soluzione dei problemi portati dal cliente nel tempo presente.

Ci riserviamo di ritornare su questi due temi — obiettivi e tempo nella terapia — nel capitolo II. Per quanto riguarda i casi clinici trattati con il modello strategico-sistemico, si veda il capitolo IV.

Nel 1975 si verificò un evento che cambiò notevolmente il nostro modo di pensare e di fare terapia: la lettura, o meglio lo studio, del libro *Verso un'ecologia della mente* di Gregory Bateson (1972), che aprì nuovi orizzonti. I tentativi di utilizzare i principi dell'epistemologia cibernetica di Bateson portarono a modificare e arricchire il modello di molti elementi nuovi, che ebbero l'effetto di farci andare oltre l'aspetto strategico e di sviluppare un modello sistemico "puro" che cominciò a essere conosciuto come "il Modello o l'Approccio di Milano". Abbiamo scritto, in *I tempi del tempo*:

Rispetto alle posizioni del Mental Research Institute di Palo Alto, gli scritti originali di Bateson si rifacevano a un pensiero sistemico insieme più puro e più complesso. La distinzione tra le mappe e il territorio, le categorie logiche dell'apprendimento, il concetto di mente come sistema e di sistema come mente, la nozione di epistemologia cibernetica e l'introduzione della semantica assunsero una posizione centrale. L'applicazione di queste idee in campo clinico portò allo sviluppo di un nuovo metodo di raccolta ed elaborazione delle informazioni e di intervento sui sistemi umani. Furono enunciati tre principi per la conduzione della seduta: ipotizzazione, circolarità e neutralità, che divennero il tratto distintivo del modello.⁴ (Boscolo, Bertrando, 1993, p. 92)

Questo radicale mutamento di prospettiva condusse a un cambiamento degli obiettivi in terapia; l'interesse si spostò dai sintomi e dai pattern comportamentali alle premesse epistemologiche e ai sistemi di significato, dal tempo presente a una cornice temporale che comprendeva passato, presente e futuro. Il compito del terapeuta divenne quello

di creare un contesto di deuterio-apprendimento in cui il cliente avrebbe potuto trovare le proprie soluzioni. I capitoli V e VI offrono un saggio clinico di tale evoluzione della pratica terapeutica e consulenziale.

UN NUOVO INTERESSE VERSO L'INDIVIDUO

Dall'inizio degli anni Ottanta si è assistito a una convergenza di interessi tra orientamenti terapeutici diversi. Alcuni terapeuti che tradizionalmente si erano occupati di terapia individuale si sono aperti anche alla terapia di famiglia e di coppia (certuni ispirandosi alla visione sistemica). Per esempio, psicoanalisti, cognitivisti, terapeuti ericksoniani hanno mostrato interesse per i contributi della visione sistemico-relazionale alla pratica terapeutica, mentre molti terapeuti familiari sistemici, come appena accennato, si sono a loro volta fatti più attenti all'individuo e alle emozioni. Questa evoluzione, per quanto riguarda i terapeuti sistemici, è stata resa possibile dalla rivoluzione epistemologica verificatasi con l'avvento della cibernetica di secondo ordine e del pensiero costruttivista, che hanno posto l'osservatore — cioè l'individuo — in primo piano e, in seguito, del pensiero costruzionista, che è andato oltre la dicotomia individuo-famiglia, ponendo al centro di tutto il linguaggio. Oggi i terapeuti sistemici utilizzano in modo sempre più ampio una serie di cornici estranee alla prima cibernetica (di cui ci occuperemo più avanti), quali la narrativa, l'ermeneutica, la linguistica e la teoria conversazionale, che in un certo senso trascendono i confini fra l'individuo e la famiglia.

Naturalmente, non è soltanto dalla teoria che derivano i cambiamenti delle concezioni terapeutiche. Nel nostro caso, è stata anche la nostra esperienza di formatori alla terapia sistemica a fornirci nuovi stimoli. Così, la seconda ragione dell'interesse verso la terapia sistemica individuale è venuta dagli allievi che, durante i corsi di formazione alla terapia familiare sistemica, a volte presentavano in supervisione casi di terapia individuale trattati nel loro contesto di lavoro. Gli allievi ci raccontavano che frequentemente erano costretti, sia per esigenze dei servizi pubblici in cui lavoravano, sia per le necessità finanziarie inerenti alla professione privata, a seguire i propri pazienti in terapia individuale, con un numero di sedute maggiore e con intervalli fra gli incontri più brevi di quelli usati in terapia della famiglia.

Come spesso avviene, una volta esercitato lo sguardo si distinguono cose che prima non si vedevano; così, una volta stimolato il nostro interesse, ci siamo trovati a notare con sempre maggiore evidenza che in

4. Nel 1979, Selvini e Prata lasciarono il Centro e continuarono la loro ricerca con famiglie e coppie sviluppando altre idee e prassi diverse da quelle descritte in questo libro.

molti casi, specie di adolescenti o giovani adulti, la terapia sistemica individuale può essere indicata come terapia d'elezione, oppure può seguire una terapia della famiglia, oppure ancora essere effettuata in parallelo a quest'ultima.

Giunti a questo punto, abbiamo avuto l'idea di fare una ricerca sulla terapia individuale, iniziando a occuparci della vasta letteratura in proposito e, in particolare, delle analogie e differenze da attribuire ai vari modelli teorici. La ricerca ci ha portati a individuare alcuni punti salienti. Abbiamo osservato che esiste un certo numero di modelli terapeutici, come per esempio quelli strategici, che non operano una distinzione fra patologia e normalità ma, invece, fra problema e soluzione. Questi modelli, come abbiamo già ricordato, sono basati sul principio di causalità circolare, che connette il problema alla soluzione. I terapeuti che si avvalgono di tale modalità descrivono il processo terapeutico come fondato su tecniche e strategie che interferiscono con il circuito ricorsivo problema-soluzione e, quindi, permettono una soluzione dei problemi presentati (*problem-solving*) in tempo breve, secondo una serie di passi progressivi. Dal punto di vista del tempo, l'orizzonte temporale è centrato soprattutto sul presente e sul futuro. Queste terapie brevi, caratterizzate dall'uso di specifiche tecniche per la soluzione di determinati problemi, sono state definite anche come "tecnologiche" (Goudsmit, 1992).

Un altro gruppo di modelli terapeutici prende invece in considerazione la *persona* come elemento centrale del processo terapeutico. L'interesse principale non è rivolto alla soluzione dei problemi ma al cambiamento delle premesse epistemologiche (Bateson, 1972), della "visione del mondo" del cliente o, in altri termini, al cambiamento della storia in cui il cliente è immerso. In questi casi, la tecnica terapeutica è radicalmente diversa, ed è quella dell'*esplorazione*, laddove terapeuta e cliente non possono prevedere i cambiamenti, che avvengono liberamente all'interno del dialogo e, soltanto a posteriori, potrà essere espresso un parere sul risultato della terapia (mentre nel primo caso il risultato è visibile e giudicabile man mano che si procede, con la scomparsa progressiva dei problemi presentati). Nelle terapie centrate sulla persona sembrano essere particolarmente rilevanti i fattori terapeutici specifici, quali l'esplorazione, l'empatia, l'ascolto, il calore umano del terapeuta. Spesso questi modelli si basano su una cornice temporale che privilegia la relazione presente-passato (come nel caso della psicoanalisi), oppure la più complessa relazione passato-presente-futuro (come il modello sistemico che noi seguiamo).

A questo punto, possiamo dire che le nostre terapie individuali si

ispirano soprattutto al secondo gruppo di modelli. Dobbiamo tuttavia riconoscere che talvolta anche a noi accade di usare alcune tecniche collaudate, di pertinenza degli approcci strategici e di ispirazione ericksoniana. Esse si sono dimostrate in grado di risolvere con indubbio successo specifici problemi che affliggono il cliente, specie nei casi in cui essi ostacolano seriamente la vita di ogni giorno ed esercitano un effetto paralizzante o incapacitante (per esempio in alcune fobie, negli attacchi di panico e in alcuni disturbi ossessivo-compulsivi).

Nei casi in cui le tecniche usate hanno condotto in breve tempo alla scomparsa dei sintomi, sarà valutata sia dal terapeuta sia dal cliente l'eventualità di terminare la terapia, oppure di proseguirla. Nei casi in cui si prosegue, ci si inoltrerà nell'esplorazione congiunta della storia del cliente, focalizzando l'attenzione su conflitti e temi significativi della sua vita, così da arrivare – usando una terminologia postmoderna – alla comparsa di storie alternative che non richiedano un così alto prezzo in disagi e sofferenze.

Ci rendiamo conto che queste considerazioni sottendono una tradizione nell'uso delle due modalità terapeutiche descritte. Ma uscire scegliendo uno dei due modelli terapeutici con l'esclusione dell'altro sarebbe stato a nostro avviso limitativo. Perché abbandonare un modo di lavorare che in un certo numero di casi si è dimostrato semplice ed efficace e che ci ha dato non poche soddisfazioni in un determinato periodo del nostro lavoro clinico e di ricerca?

Qui possiamo esprimere l'opinione, condivisa da molti, che lo stesso modello non sia l'*optimum* per tutti i casi trattati: ci sono situazioni che sembrano rispondere meglio a un modello di terapia breve basata sul *problem-solving* (capitolo IV) che a un modello che si prefigga di cambiare la visione del mondo o la storia di un cliente. Per esempio, nei casi di persone che nella vita vanno incontro a una crisi transitoria, una terapia a lungo termine può avere l'effetto iatrogeno di confermare una *profezia* che si autorealizza, prima del terapeuta e poi del cliente, secondo la quale un lungo periodo di terapia è assolutamente necessario, quando invece, per realizzare il superamento della crisi, può essere sufficiente un intervento breve sui sintomi.

MONDO INTERNO E MONDO ESTERNO

Il nuovo interesse verso l'individuo richiedeva, ovviamente, un ripensamento della teoria e della prassi terapeutica per chi operava so-

prattutto nel campo della terapia familiare. I terapeuti della famiglia per molti anni si sono occupati del contesto relazionale più significativo dell'individuo, cioè della famiglia, convinti che per cambiare una persona fosse sufficiente cambiare le relazioni familiari. I processi interni all'individuo erano intenzionalmente trascurati, sia per la loro vaghezza e complessità, sia per la loro dubbia utilità in quanto i problemi presentati dai clienti erano attribuiti a cause esterne (relazionali) e non a cause interne. Le ragioni di tale chiusura verso l'individuo e il suo mondo interno erano da attribuirsi, a nostro parere, alla ben nota teoria della "scatola nera" (Watzlawick et al., 1967), e anche all'aver messo in primo piano, specialmente da parte del gruppo di Milano, l'aspetto olistico del pensiero di Gregory Bateson, quello che si riferisce alla mente come unità immanente nell'ecosistema, a scapito dell'altra parte, che si occupa del mondo interno dell'individuo, dell'importanza dell'inconscio e delle emozioni (Bateson, 1972).

Scrive Bateson:

La mente individuale è immanente, ma non solo nel corpo essa è immanente, anche in canali e messaggi esterni al corpo; e vi è una più vasta Mente di cui la mente individuale è solo un sottosistema. [...] La psicologia freudiana ha dilatato il concetto di mente verso l'interno, fino a includervi l'intero sistema di comunicazione all'interno del corpo. [...] Ciò che sto dicendo dilata la mente verso l'esterno. E tutti e due questi cambiamenti riducono l'ambito dell'Io conscio. (pp. 479-480)⁵

Un messaggio piuttosto forte, che rivela la passione immanentista di Bateson e la sua opposizione a tutte le dicotomie, che tanta parte ha avuto e ha nel nostro modo di pensare e di operare, è il seguente:

È il tentativo di *separare* l'intelletto dall'emozione che è mostruoso, e secondo me è altrettanto mostruoso (e pericoloso) tentare di separare la mente esterna da quella interna, o la mente dal corpo. (p. 482)

Nel nostro percorso teorico degli ultimi anni le suddette considerazioni hanno assunto una posizione centrale e ci hanno condotti a prestare una particolare attenzione al mondo interno del terapeuta (autoriflessività), alla connessione tra le sue varie esperienze teoriche e pratiche (vedi, più avanti, i paragrafi "Il detto e il non detto" e "Una propria

spettiva epigenetica"), al mondo interno del cliente e, infine, alla relazione fra i due mondi e i vari sistemi di riferimento in cui sono immersi.

Alcuni terapeuti sistemici della famiglia hanno utilizzato concetti psicodinamici nel connettere il mondo interno al mondo esterno dell'individuo. Secondo Breunlin e collaboratori (1992), i terapeuti che hanno cercato di integrare le due prospettive si sono rivolti soprattutto alla teoria delle relazioni oggettuali, in quanto essa abbandonava il concetto freudiano di pulsioni in favore dell'interiorizzazione di oggetti esterni e relazioni, acquistando così una prospettiva più compatibile con le teorie relazionali riferibili alle terapie familiari (Nichols, 1987; Scharff, Scharff, 1987). Essi rilevano però che la teoria delle relazioni oggettuali contiene ancora troppi di quegli assunti su deficit individuali e patologia che avevano avuto l'effetto di allontanare i pionieri della terapia familiare dalla psicoanalisi.

Noi ci troviamo d'accordo con le conclusioni di questi autori. Tuttavia ci sentiamo anche vicini ad alcune concezioni di Ronald Laing, un famoso psicoanalista, uno dei pochi che negli anni Sessanta si erano interessati alle teorie e alle terapie sistemiche. Nel suo libro *La politica della famiglia* (1969), Laing distingue la famiglia reale dalla "famiglia" interiorizzata, simbolizzata dall'uso delle virgolette. L'idea di base è che la "famiglia" è un insieme introiettato di relazioni: non si interiorizzano elementi (oggetti) isolati, ma le relazioni tra di essi.

Gli elementi possono essere persone, cose, oggetti parziali. Si interiorizzano i genitori come intimi o estranei, congiunti o separati, vicini o distanti, in un rapporto di amore, di conflitto ecc. [...] I membri della famiglia possono sentirsi più o meno inclusi o esclusi, rispetto a una qualunque parte della famiglia oppure rispetto alla famiglia intera. (p. 6)

Quest'ultimo aspetto è a nostro avviso riscontrabile, di regola, nei casi di grave patologia, come nelle psicosi, caratterizzate da un senso di diversità e di estraneità. Un altro concetto di Laing significativo per noi, in quanto si riferisce ai parametri di tempo e spazio, di cui ci siamo occupati nelle nostre recenti ricerche, è il seguente:

La famiglia interiorizzata è un sistema spazio-temporale. Ciò che si interiorizza come "vicino" o "lontano", "unito" o "disgiunto" non è rappresentato soltanto dai rapporti spaziali. Una sequenza *temporale* è sempre presente. [...] Come direbbe Sartre, la famiglia fonda la propria unità sull'interiorizzazione reciproca da parte di ciascuno della interiorizzazione reciproca. (p. 7)

5. Si rimanda al capitolo II per un approfondimento del pensiero di Bateson a proposito del Sé, dell'inconscio e della relazione terapeutica.

Due concetti essenziali nel pensiero di Laing sono quelli di interiorizzazione e trasformazione-esteriorizzazione (proiezione). L'interiorizzazione consiste nell'assunzione dal mondo esterno al mondo interno di schemi di relazione. Per quanto riguarda il concetto di trasformazione ed esteriorizzazione, Laing si concentra sul rapporto tra l'Io dell'individuo e la famiglia interiorizzata: la persona tende a proiettare all'esterno gli schemi introiettati della "famiglia" (Laing giudicava fin da allora necessari studi integrati sulle famiglie reali e sulle "famiglie" interiorizzate).

In individui gravemente disturbati si rileva che quelle che si possono considerare strutture deliranti sono collegate, in modo ancora riconoscibile, a situazioni familiari. La ri-proiezione della "famiglia" non consiste semplicemente nel proiettare un oggetto "interno" su una persona esterna. Si tratta della sovrapposizione di un insieme di rapporti su un altro: i due insiemi possono corrispondere in misura maggiore o minore. Soltanto nel caso in cui siano sufficientemente discordanti agli occhi degli altri, l'operazione è considerata psicotica. In altre parole, l'operazione non è giudicata psicotica *in se stessa*. (p. 12)

Questa rilettura di Laing ci ha procurato un'emozione piacevole, come fosse la riscoperta di qualcosa di familiare che in qualche modo conosceamo pur senza averlo ben presente alla coscienza. Come di nozioni che erano latenti nella nostra memoria e che facevano parte del "non detto". Secondo una prospettiva epigenetica, il pensiero di altri autori successivi, che si sono occupati dei problemi della relazione fra il Sé e il mondo esterno, ci ha fatto dimenticare Laing, che pure ci sembra ancor oggi così incisivo.

Il costruttivismo e ancor più il costruzionismo hanno messo in crisi il concetto di Sé come unità monolitica e hanno favorito una visione del Sé come comunità (Gardner, 1993; Minsky, 1985). Varela (1985), per esempio, ritiene che sia più appropriato parlare dei "Sé" al plurale (*selves* invece di *self*).

Una concezione peculiare è quella di Schwartz (vedi Breunlin et al., 1992), che ha sviluppato un suo modello denominato IFS (*Internal Family System*), alquanto naïf, secondo il quale la mente invece di essere un'entità unitaria è un insieme di "sotto-menti o sotto-personalità", connesse fra loro ma in relativa autonomia. Oltre a quest'insieme di parti, la persona ha un Sé, un'entità di diverso livello rispetto alle parti, che ha il compito di "dirigere" le parti interne come un

direttore d'orchestra dirige i musicisti. Secondo questa macchinosa teoria, il Sé non si sviluppa attraverso stadi né rappresenta il risultato di un'introiezione, ma è presente dall'inizio con tutte le sue capacità di guida delle sotto-personalità. Lo scopo della terapia sarebbe quello di aiutare i clienti a riorganizzare i loro sistemi interni, così che il Sé abbia la sua funzione di guida e le altre parti diventino collaboranti. Il modello ci sembra però piuttosto concretistico, pieno di quelli che Bateson avrebbe definito "principi dormitivi".

Karl Tomm (1995) ha proposto un modello che presenta alcuni punti di contatto con quello di Laing, ma calato in una diversa cornice, quella del costruzionismo sociale. Nella prassi terapeutica di Tomm, molta attenzione è prestata al Sé come comunità di altri internalizzati, rivelandone una concezione pluralistica e molteplice. Allo stesso tempo, secondo Tomm, l'identità del singolo è diffusa nella comunità, per mezzo delle interiorizzazioni di quell'individuo presenti nelle persone che lo circondano. In tal modo la dialettica tra mondo interno e mondo esterno si complessifica in una visione batesoniana, in cui il Sé si potrebbe "collocare" nei circuiti riflessivi che uniscono i diversi mondi di interni ed esterni in una comunità.

Per quanto ci riguarda, noi, nel dialogo terapeutico, amiamo usare la metafora delle "voci" interne, che ciascuno ha dentro di sé, e che derivano dall'interiorizzazione delle relazioni con le persone più significative della nostra vita. Possiamo così fare ipotesi sulle voci interne del cliente e sulle loro caratteristiche: potranno essere prevalentemente negative oppure positive, potranno fare riferimento all'una o all'altra delle persone significative nella vita del cliente e così via. Questa prospettiva ci consente di creare nel dialogo una dialettica a tre: terapeuta, cliente, voci interne. Ci occuperemo più diffusamente di queste procedure nel capitolo III e nella discussione dei casi clinici nella seconda parte (si vedano soprattutto i casi di Luciano M. e di Nancy B.).

EVOLUZIONE DELLA TEORIA E DELLA PRASSI SISTEMICA

Come abbiamo più volte ricordato, il nuovo interesse per l'individuo e il suo mondo interno si è iscritto in una più generale evoluzione della teoria e della prassi sistemica, che ha avuto inizio negli anni Ottanta. Dagli anni Sessanta fino alla metà degli anni Ottanta, il modello sistemico-cibernetico introdotto dal gruppo di Gregory Bateson e collaboratori aveva ispirato il lavoro della maggior parte dei tera-

peuti di famiglia e di coppia. La cibernetica, nucleo centrale della terapia sistemica (ma non solo) ha subito una serie di vicissitudini nel corso degli anni.

Il campo della cibernetica si è evoluto, più di ogni altro settore della scienza, attraverso "salti". Ogni nuovo salto implicava lo sviluppo di nuove idee, nuovi concetti e nuovi temi dominanti. Ogni sviluppo ha a sua volta avuto un effetto sul linguaggio e sul pensiero nei campi influenzati dalla cibernetica, come la terapia familiare. (Sluzki, 1986, p.1)

Il riferimento delle prime terapie sistemiche era quello della prima cibernetica, che in seguito è stata definita "cibernetica di primo ordine", basata sull'assunto che sia possibile separare il sistema osservato dal sistema osservante. La prima cibernetica, basata sui meccanismi di controllo (Wiener, 1948), era centrata sul concetto di retroazione (*feedback*) negativa e sui processi di riduzione della deviazione, considerando quindi soprattutto il modo in cui i sistemi mantengono la propria stabilità compensando con meccanismi retroattivi le deviazioni (omeostasi o morfostasi). In un secondo tempo fu introdotta una "seconda cibernetica", più adatta a essere applicata sui sistemi viventi (Maruyama, 1963), centrata invece sul modo in cui i sistemi modificano la propria organizzazione, attraverso processi di amplificazione della deviazione e quindi di retroazione positiva (morfogenesi).

Le idee sopra accennate sono state di stimolo a diversi gruppi di terapeuti. Alcuni di essi si sono occupati esclusivamente di terapia di famiglia e di coppia, e fra questi il gruppo di Milano si è distinto per la sua ispirazione al pensiero di Gregory Bateson e per il suo "primo sistemico", centrato sui giochi familiari, cioè su specifiche modalità organizzative del sistema familiare. Gli interventi terapeutici sul singolo individuo avvenivano solo in casi eccezionali, quando non era possibile convocare la famiglia (Selvini Palazzoli et al., 1975). Altri, in particolare il gruppo MRI (Watzlawick et al., 1973), ispirati soprattutto dalle idee e dalle originali tecniche terapeutiche di Milton Erickson, si sono orientati verso terapie individuali brevi, in cui l'individuo veniva visto all'interno del sistema significativo connesso con il problema presentato.⁶ Un terapeuta del MRI tipicamente cercava di inter-

6. In seguito ai contributi del pensiero costruttivista anche l'approccio strategico si è parzialmente modificato: "Si parte dalla convinzione che il disturbo psichico e comportamentale sia determinato dalla percezione della realtà del soggetto, ossia dal punto di osservazione che fa sì che egli percepisca (o meglio costruisca) una realtà alla quale egli reagisce con un cambiamento

rompere i pattern relazionali connessi ai problemi presentati avvalendosi di alcune tecniche quali: la prescrizione del sintomo, il paradosso, le prescrizioni comportamentali, la ridefinizione (*reframing*). E, coerentemente a un'ottica sistemico-cibernetica, operava in modo che nuovi e più desiderabili pattern potessero emergere.

Negli anni Ottanta, si verificarono alcuni mutamenti essenziali nelle terapie sistemiche, tali da restituire pienamente all'individuo il ruolo che gli era stato negato nel periodo precedente. Innanzitutto, entrò in crisi la teoria della "scatola nera", secondo la quale un osservatore poteva rilevare soltanto gli *input* e *output*, cioè le relazioni che connettono le persone. I primi terapeuti della famiglia avevano aderito alla teoria della scatola nera anche per eliminare le complessità derivanti dalle teorie della personalità, in particolare dalla teoria psicoanalitica, che aveva influenzato notevolmente, o meglio monopolizzato, il campo della psicoterapia. Ma occuparsi delle "relazioni fra gli elementi all'interno di un confine", coerentemente alla più semplice fra le definizioni di sistema, in cui gli elementi corrispondono a persone, le cui motivazioni, fantasie, emozioni dovevano essere ignorate, sapeva di riduzionismo. Ciò ravvicinava il terapeuta sistemico al terapeuta comportamentista: entrambi condividevano una visione dell'uomo priva di riferimenti intrapsichici. Douglas C. Breunlin e collaboratori (1992) a questo proposito sostengono che:

È vero che, mentre i pionieri della terapia della famiglia stavano sforzandosi di sviluppare le loro "mappe" dell'inesplorato territorio dei processi familiari, avevano bisogno di focalizzarsi esclusivamente sulle interazioni esterne, e non potevano permettersi di essere distratti o confusi dagli sforzi di incorporare nelle loro formulazioni le dinamiche interne di ogni membro della famiglia. (p. 57)

Essi ribadiscono che l'interesse per la terapia della famiglia era l'espressione di una reazione ai fallimenti e al pessimismo terapeutico dei modelli che si ispiravano ai processi intrapsichici, e alla ricerca di un modo pratico, più breve e più ottimistico, di fare terapia.

Sembra che per differenziarsi dall'*establishment* dei terapeuti individuali, dal quale molti pionieri della terapia della famiglia proveniva-

to disfunzionale o cosiddetto "psicopatologico" (Nardone, Watzlawick, 1994, p. 27). "Il focus dell'attenzione del terapeuta strategico è la relazione o meglio le relazioni interdipendenti che ognuno vive con se stesso, con gli altri e con il mondo. L'obiettivo è il loro buon funzionamento, non in termini generali e assoluti di normalità ma, in realtà, del tutto personali e diverse da individuo a individuo, e da contesto a contesto" (p. 26).

no, essi si focalizzassero sui processi "esterni", trovando giustificazione nella scoperta dell'importanza del contesto esterno, convincendosi che cambiare le relazioni della famiglia fosse sufficiente per cambiare la vita interna dei suoi membri. (pp. 58-59)

Essi concludono che, non essendoci particolari ragioni nella teoria sistemico-cibernetica per escludere i processi interni, è possibile espandere la visione sui sistemi umani includendo sia i processi esterni sia quelli interni.

A questo punto emerge un importante problema: con quale modello teorico doveva essere visto l'individuo? Era sufficiente avvalersi del modello sistemico costruito e collaudato dai terapeuti della famiglia anche per comprendere l'individuo e la sua psiche? Secondo alcuni autori lo era. Per esempio, il gruppo del MRI, pur essendosi arricchito adottando il punto di vista costruttivista, non è andato incontro a gravi rivolgimenti o scossoni teorici e ha proseguito sulla sua strada. Per quei terapeuti non esisteva una sostanziale differenza nell'operare con l'individuo o con la famiglia: anche quando lavoravano con l'individuo, l'obiettivo era sempre lo stesso, cioè l'eliminazione dei pattern relazionali connessi al problema presentato, evitando accuratamente di occuparsi della persona, con la sua storia, le sue fantasie, emozioni e premesse.

Per altri autori il passaggio dal lavoro con la famiglia a quello con l'individuo è stato più problematico. Il modello sistemico, nato insieme alla terapia della famiglia e per lungo tempo identificato con essa, non sembrava avere un grado di complessità sufficiente a spiegare i processi intrapsichici individuali e collettivi anche se, come si vedrà nel capitolo II, il pensiero di Bateson sul Sé, sull'inconscio, sulle metafore era del tutto adeguato a fornire un tale supporto teorico. Alcuni autori, infatti, hanno ritenuto di adottare teorie sviluppate nello studio dell'individuo, già consolidate all'interno di altre discipline o modalità terapeutiche, utilizzando, nelle loro varie formulazioni, specialmente concetti provenienti dalla psicodinamica, dal cognitismo e dalla teoria dei costrutti mentali di Kelly.⁷

7. Per molti anni ci siamo illusi di essere stati dei puristi del sistema, occupandoci di pattern, relazioni, reti ecc., lasciando in ombra gli elementi dei sistemi di cui ci occupiamo, cioè gli individui. Come si è detto, essendo stati nel lontano passato esposti lungamente a una teoria "forte" come la psicoanalisi e, per quanto riguarda il primo autore, avendo condotto negli anni Sessanta e Settanta molte analisi classiche e psicoterapie individuali dinamiche, tali esperienze e conoscenze non potevano non avere un effetto significativo nel pensare e fare terapia sistemica. Chiameremo tale effetto il "non detto": di una piccola parte di esso a volte il terapeuta è cosciente ma, per il resto, ne è inconsapevole.

Un'interessante evoluzione all'interno del modello sistemico è quella sostenuta da Steve De Shazer (1985, 1988, 1991), inizialmente ispirata dal gruppo del MRI, che recentemente ha arricchito il proprio modello, con i contributi del pensiero post-strutturalista e della linguistica, portando al centro del proprio interesse il linguaggio, e in particolare i giochi linguistici di Wittgenstein. Per De Shazer come per altri autori, che però hanno optato per il costruzionismo sociale, la rivoluzione costruttivista non è stata sufficientemente rivoluzionaria, in quanto mantiene una certa dicotomia fra soggetto e oggetto.

Nel pensiero post-strutturalista, in contrasto con quello strutturalista, il linguaggio costituisce il mondo umano, [...] il mondo è visto come un linguaggio, [...] il nostro mondo, il nostro contesto sociale è considerato creato dal linguaggio, dalle parole. [...] il costruttivismo radicale di von Glasersfeld non è abbastanza radicale; esso sembra distingere ancora una volta il confine metodologico intorno al cliente, che è il soggetto conoscente. [...]

È necessario un costruttivismo *interazionale*⁸ più radicale quando il confine metodologico è tracciato intorno alla situazione terapeutica. Una teoria sociale o interazionale della conoscenza come quella sviluppata da Wittgenstein e dai post-strutturalisti si dimostra più utile nel descrivere quello che avviene all'interno di un particolare contesto. (De Shazer, 1991, pp. 45-48)

A questo proposito, bisogna dire che negli ultimi dieci anni le nuove teorie basate sulla centralità del linguaggio, sull'ermeneutica e sul costruzionismo sociale hanno permesso di connettere l'individuo e il gruppo. Tali teorie si distinguono per la loro eleganza, semplicità e al tempo stesso creatività nell'affrontare i problemi della complessità. Alcuni noti terapeuti hanno più o meno abbandonato la terapia sistemica co-cibernetica abbracciando con entusiasmo queste nuove teorie (Lynn Hoffman, Harry Goolishian, Tom Andersen, Harlene Anderson); altri, pur ispirandosi ancora al modello sistemico, hanno posto al centro del proprio interesse la narrativa e arricchito il proprio pensiero con i contributi di Foucault o Derrida (Michael White, David Epston).

Per quanto ci riguarda, in *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica* (Boscolo, Bertrando, 1993) abbiamo descritto la nostra evoluzione più recente che, pur mantenendo

8. Ci risulta peraltro arduo afferrare la distinzione fra costruttivismo interazionale radicale e costruzionismo sociale!

una cornice sistemico-cibernetica (cibernetica di secondo ordine), si è arricchita dei contributi degli studi sul linguaggio e sulla narrativa.⁹ Riteniamo quindi importante esporre in dettaglio la più recente evoluzione del pensiero sistemico, che prende le mosse proprio dalla cibernetica di secondo ordine e dal costruttivismo.

Cibernetica di secondo ordine e costruttivismo

All'inizio degli anni Ottanta, Heinz von Foerster (1982) introdusse il concetto di cibernetica di secondo ordine, definita anche cibernetica dei sistemi osservanti o cibernetica della cibernetica: la cibernetica di secondo ordine si pone a un livello diverso rispetto alla cibernetica di primo ordine, che in qualche modo incorpora. È una cibernetica dell'autoriflessività, in cui il fulcro dell'interesse è proprio l'osservatore stesso che, con i suoi pregiudizi, teorie e sensibilità costruisce e descrive la "realtà" osservata.¹⁰

La cibernetica di secondo ordine e il pensiero costruttivista ebbero una notevole importanza nel riportare l'attenzione sul sistema uomo. Maturana e Varela furono, con von Foerster e von Glasersfeld, gli autori più noti e influenti nell'introdurre il pensiero costruttivista nel campo della terapia familiare. Essi pongono al centro l'osservatore che, attraverso un processo di distinzione, fa emergere (*bring forward*) i sistemi dallo sfondo, primo passo per la costruzione della realtà in cui è immerso. La "realtà" viene co-costruita nel linguaggio attraverso il consenso. Come Maturana ha affermato a questo proposito, ci sono tante "realtà" quanti sono i linguaggi: ovvero, noi non viviamo in un universo ma in un multiverso. L'impatto di tale cambiamento epistemologico fu notevole: l'attenzione si spostò dal sistema osservato al sistema osservante; dallo "scoprire" una realtà esterna all'"inventare" la realtà; dalla cosiddetta visione oggettiva alla riflessività e all'autoreferenza.

Prima, il fulcro dell'attenzione e dell'intervento era stato il cosiddetto *sistema significativo* connesso al problema presentato che comprendeva il paziente designato, la famiglia vista in una cornice trigenazionale, l'inviante e altri eventuali esperti o servizi socio-sanitari e la complessa rete relazionale che li connetteva. Il concetto di sistema

9. A partire dal 1990, abbiamo a nostra volta iniziato una ricerca su linguaggio e cambiamento pubblicando un primo articolo sulle "parole chiave" in terapia, che si ispira in parte alla teoria dei giochi linguistici (Boscolo et al., 1991).

10. Vedi: Bocchi, Ceruti (1985); Maturana, Varela (1980, 1984); von Foerster (1982); von Glasersfeld (1984, 1987); Hoffman (1988); Watzlawick (1984).

significativo in origine si riferiva alle persone in rapporto con il problema presentato o, in altre parole, all'individuo e ai sistemi cui era connesso. Ora, con la cibernetica di secondo ordine e il costruttivismo, il sistema significativo arrivava a includere, oltre che le persone, le idee e i significati connessi ai problemi presentati come sono visti e descritti dall'osservatore e, anche e soprattutto, l'osservatore stesso, le cui descrizioni sono inevitabilmente condizionate dai suoi pregiudizi e dalle sue teorie.

Nel periodo della prima cibernetica, l'osservatore, da una posizione esterna, rilevava le modalità organizzative del sistema osservato. Questo concetto, trasferito nel nostro linguaggio terapeutico, conduceva, sulla base di una visione normativa, alla ricerca (e scoperta) di disfunzioni e patologie, nonché all'uso di interventi atti a cambiare l'organizzazione patologica del sistema. Nella cibernetica di secondo ordine, invece, l'osservatore è connesso ricorsivamente al sistema osservato e i suoi pregiudizi e teorie entrano nelle sue descrizioni e spiegazioni, conducendo così alla costruzione (o invenzione) della realtà osservata. Il concetto di conoscenza oggettiva scompare per far posto alla conoscenza costruita attraverso l'autoriflessività. I sistemi viventi vengono ad assumere le caratteristiche di sistemi autonomi e autorganizzanti.

In seguito a questa rivoluzione epistemologica, il concetto batesoniano che la mappa non è il territorio – nel senso che la realtà (territorio) esiste, ma viene costruita in modo idiosincrasico, in relazione ai limiti dei nostri sensi e alle nostre premesse – viene ribaltato: la mappa è il territorio (von Foerster, 1982), nel senso che è tutto ciò che conosciamo del territorio, e costituisce la nostra "realtà".

Secondo Maturana e Varela (1980), l'uomo è da considerarsi un sistema autopoietico (autogenerantesi). Essendo il sistema nervoso operazionalmente chiuso, non è possibile distinguere le illusioni dalle percezioni e, quindi, l'oggettività deve essere messa fra parentesi. Di conseguenza, un osservatore non ha alcuna base per sostenere l'esistenza di oggetti o relazioni indipendentemente da ciò che egli fa. Il noto aforisma di Maturana (1970) "tutto ciò che è detto è detto da un osservatore" sottolinea una posizione costruttivista, secondo la quale non è possibile fare riferimento a realtà o verità oggettive per scegliere tra una descrizione e un'altra. Dal momento che manca un punto d'appoggio esterno per decidere sulla verità, non si può far altro che basarsi sulla molteplicità delle realtà (multiversi) che emergono nel linguaggio attraverso il consenso (Mendez et al., 1988).

Se queste idee da una parte hanno aperto l'orizzonte alla molteplicità

cità dei punti di vista, tuttavia hanno introdotto un certo relativismo, considerando le versioni della realtà del cliente e del terapeuta come ugualmente valide, e hanno messo in ombra tutte le diagnosi e le tipologie utilizzate dai modelli terapeutici basati sulla separazione fra l'osservatore e l'osservato. Ciò ha suscitato critiche da diverse parti (Minuchin, 1991; Speed, 1991), alcune piuttosto forti, come quella di Elinor Jones (1993), che scrive:

È stata fatta una trasposizione troppo frettolosa e acritica dal mondo della biologia o delle macchine a quello degli esseri umani con le loro complesse reti relazionali [...]. Nel riconoscere l'inevitabile soggettività della conoscenza, le posizioni del costruttivismo radicale, quando adottate dai terapeuti, conducono a un approccio terapeutico amorale del tipo "tutto va bene", che nega la responsabilità del terapeuta per le sue azioni e ignora la realtà di ingiustizia e violenza e il contesto nel quale le "unità autopoietiche individuali" vivono. (p. 25)

Ci sono altri autori che, pur ispirandosi al costruttivismo (Efran, Clarfield, 1992), rifiutano una posizione relativistica ("tutto va bene") e non interventista. Essi criticano quei teorici costruttivisti che non si assumono la responsabilità di prendere posizione quando è necessario o di usare liberamente le loro ipotesi, ma si limitano a cercare di rispettare tutti i punti di vista di tutti i partecipanti al dialogo.

Agire come se tutti i punti di vista fossero uguali e come se noi terapeuti non avessimo i nostri favori tra di essi, mina proprio quel tipo di scambi aperti che desideriamo e ci aspettiamo di avere con i nostri clienti. Ciò è paternalistico nei loro confronti, compromette la nostra stessa integrità, e tratta il dialogo aperto come se fosse una specie in pericolo che necessita di ambienti protetti. (Efran, Clarfield, 1992, p. 208)

Un concetto che ha avuto molta fortuna nel campo della terapia è quello di "interazione non istruttiva" (*non instructive interaction*) (Maturana, Varela, 1984). Questo termine indica che le interazioni tra sistemi viventi non possono condurre al cambiamento diretto dei sistemi interagenti ma, semplicemente, a una perturbazione cui ciascun sistema risponde secondo la propria struttura, che a sua volta è in relazione con la storia del sistema stesso (determinismo strutturale). Essendo l'individuo strutturalmente determinato, esso necessariamente risponde alle perturbazioni indotte dal terapeuta in modo coerente alla propria struttura e non alle intenzioni del terapeuta stesso. Non

essendo quindi possibile l'interazione istruttiva, l'unica possibilità che il terapeuta ha per stabilire quale significato dà il cliente alle sue parole e ai suoi gesti è l'osservazione attenta dei *feedback*, specialmente quelli non verbali (vedi il principio di circolarità nella conduzione della seduta, capitolo III).¹¹

Anche se i terapeuti non possono garantirsi l'effetto che le loro comunicazioni avranno sui clienti, "ciò non significa necessariamente che debbano rinunciare a ciò che Maturana definisce la loro 'passione per il cambiamento', o alla loro intenzionalità o attività in relazione ai clienti; ciò semplicemente significa che essi devono accettare di non poter predire completamente o determinare le risposte dei clienti" (Jones, 1993, p. 25).

Un ultimo punto che ci interessa sviluppare riguarda l'idea di Maturana dell'individuo visto come sistema (autopoietico) autonomo posizionato all' "incrocio" (*crossroad*) di innumerevoli sistemi di persone, significati, emozioni, cui può connettersi in diversi modi (per esempio un cliente può essere legato ai suoi amici, a dei suoi interessi, più che alla famiglia). Ciò spiega come in terapia un cambiamento nelle relazioni familiari non provochi necessariamente un cambiamento significativo nel cosiddetto paziente designato, contrariamente a quanto ci si aspetterebbe secondo la concezione olistica batesoniana. Questo concetto per noi ha avuto una particolare importanza in quanto ci ha evitato di accanirci terapeutamente sul sistema familiare, specialmente nei casi in cui un membro (per esempio, il membro psicotico) non era cambiato a differenza degli altri, e ha facilitato l'apertura e la rivalutazione del sistema individuo, come sistema autonomo.

Come conseguenza dell'avvento del costruttivismo e della cibernetica di secondo ordine, ha acquistato una posizione centrale il concetto di *autoriflessività*, di dialogo interno dell'individuo con se stesso e la presa di coscienza dei propri pregiudizi e delle proprie teorie come "lenti" attraverso le quali vede e comprende l'Altro e l'ambiente circostante. Quest'importante cambiamento epistemologico ha ampliato e approfondito gli effetti dell'apertura della "scatola nera" avvenuta circa dieci anni prima, favorendo il passaggio da una visione riduzionistica, basata sul rilevamento di pattern comportamentali, a una visione di maggiore complessità e apertura anche verso il mondo interno dell'individuo, le sue storie, i significati e le emozioni.

11. Quest'idea induce il terapeuta a prestare attenzione prima al cliente e poi a se stesso, ciò esercita un salutare effetto sull'egocentrismo e sul narcisismo del terapeuta stesso.

A proposito di emozioni, va anche detto che nei periodi precedenti esse erano rimaste piuttosto periferiche nella considerazione dei terapeuti sistemici, poiché nel processo di formulazione e validazione delle ipotesi prevalevano nettamente le considerazioni sui sistemi cognitivi e di significato. Ora, l'interesse per l'autoriflessività e per il mondo interno ha condotto alla riscoperta e all'importanza delle emozioni e delle loro relazioni con i pensieri e i significati.

Questa nuova attenzione verso le emozioni del singolo, in aggiunta ai contributi teorici precedentemente citati, ha facilitato l'uscita dalla dicotomia individuo-sistema (o individuo-relazioni), permettendo di connettere il livello dell'esperienza e della sofferenza individuale a quello della descrizione e della spiegazione sistemica, le emozioni alle cognizioni, il mondo esterno al mondo interno, allargando così gli orizzonti del modello da una visione riduzionistica dei problemi presentati alla complessità dei sistemi linguistici, delle emozioni e dei significati da cui emergono.

La visione postmoderna

Quanto abbiamo finora descritto può essere inserito in una più ampia cornice culturale: quella postmoderna (Gergen, 1991a; Rosenau, 1992), un modo di pensare che sta influenzando le più svariate discipline, inclusa la terapia (O'Hara, Anderson, 1991; Gergen, 1991b; Doherty, 1991). Prima di proseguire, desideriamo chiarire i punti di contatto e quelli di contrasto tra la nostra attuale visione teorica e la visione postmoderna.

Varela, Thompson e Rosch (1991) definiscono il postmoderno come caratterizzato da "un'assenza di fondamenti", che essi collegano sia ai nuovi percorsi dell'ermeneutica, della filosofia dei mondi possibili di Goodman (1978) e del neopragmatismo di Rorty (1979) sia all'esito di correnti filosofiche risalenti a Nietzsche e Heidegger, e portate all'estremo dal decostruzionismo di Derrida e dal pensiero debole di Vattimo. Si tratta comunque sempre di superare (negare) le grandi narrazioni che hanno dato luogo al modernismo. Secondo gli stessi autori, questo movimento è stato potenziato anche dai risultati delle scienze cognitive, dalle tendenze più recenti delle neuroscienze, che hanno messo in dubbio non solo il mondo "oggettivo" ma, addirittura, lo stesso concetto di "Sé" soggettivo, stabile e definito.

Il pensiero postmoderno rifiuta le metanarrazioni, termine con il quale sono identificati i sistemi globali che si pongano come assoluti e

"veri". Per i postmoderni, che considerano ogni teoria e ogni sistema di pensiero nient'altro che una narrazione, è più importante concentrarsi sulle narrazioni locali e tradizionali o sulle micronarrative che si pongono come semplici storie, senza pretese di veridicità, assolutezza o universalità. Alla Storia unica e progressiva il postmoderno sostituisce la "genealogia" (Foucault, 1966), un processo fluido che accoglie non solo le grandi storie, ma anche ciò che è disperso, marginale, *alternativo* (è a quest'idea della genealogia che White ed Epston [1989] si ispirano nel definire la terapia come recupero di "risultati unici" e creazione di "storie alternative").

Il postmoderno rischia così di accettare tutte le narrative (tutti i punti di vista). Rifiuta di giudicare i punti di vista come migliori o peggiori in assoluto, abbandonando il concetto "moderno" di verità: non esiste una verità che abbia valore assoluto, ma esistono verità che hanno un valore e una validità *locale*, all'interno del proprio paradigma, o meglio della comunità da cui sono promulgate. È quella che Rosenau (1992) definisce una visione contestuale della verità. Ed è anche quella posizione di completo relativismo che Jones (1993) giudica alquanto pericolosa in campo terapeutico, se portata alle sue estreme conseguenze.

Anche il "soggetto", l'individuo, non è più visto dai postmoderni con lo stesso grado di identità e di solidità del soggetto moderno. La crisi delle ideologie, il moltiplicarsi di modelli di vita individuale, di coppia, di famiglia e di gruppo, nonché – e soprattutto – il flusso quotidiano di informazioni, significati e modelli di vita, che provengono dai sempre più invadenti e totalizzanti mass media, in primo luogo la televisione, sottopongono il "Sé" dell'uomo contemporaneo a un bombardamento continuo. Ne derivano effetti spesso negativi sullo sviluppo della sua identità, che diventa spesso diffusa, molteplice, "saturata" (Gergen, 1991a) dagli infiniti messaggi che gli provengono dall'ambiente. A volte non viene opposta un'appropriata selezione o integrazione e i messaggi vengono accolti con lo stesso spirito con cui un bulimico si accosta al cibo.

L'individuo postmoderno è così caratterizzato dall'assenza di una forte identità singola. Anche in questo caso, il postmoderno porta alle conseguenze ultime le idee di molteplicità del Sé che abbiamo visto emergere in diversi contesti, a partire dalla stessa psicoanalisi: "Questo figlioccio di Freud, un soggetto caratterizzato dalla frammentazione, è carente di autoconsapevolezza e non ha pretese di autocoscienza. È un individuo fluttuante, senza punti di riferimento o parametri

distinti" (Rosenau, 1992, p. 54). Il disturbo di personalità borderline ne rappresenterebbe un convincente esempio. Tuttavia è da rilevare, anche per non demonizzare il periodo in cui stiamo vivendo, che alcuni soggetti, che riescono a padroneggiare, selezionare e connettere proficuamente l'enorme massa di informazioni, possono considerarsi privilegiati nei riguardi di coloro che sono vissuti nel passato, molto più povero di stimoli.

Il problema principale del postmoderno è che, attraverso il rifiuto di accettare una teoria o privilegiare un punto di vista, tende al relativismo totale. Il che ingenera un inevitabile paradosso: non accettare le teorie è pur sempre una posizione teorica (o metateorica), quindi il postmoderno è in contraddizione: è pur sempre fedele a un saldo e univoco pregiudizio teorico, quello che gli impone di non essere fedele a nessuna teoria.¹²

Per questo, pur sentendoci vicini al pensiero postmoderno per molti versi e pur riconoscendo le molte analogie tra quel modo di pensare e le nostre posizioni attuali, preferiamo attenerci al nostro modello sistematico, com'è venuto a svilupparsi nel tempo, aprendosi a una prospettiva epigenetica, che accoglie – più che rifiutare – i modelli più significativi (per noi) cui siamo stati esposti. Il che non toglie che alcuni punti di riferimento del postmoderno non abbiano acquistato per noi importanza. Tra di essi, riteniamo rilevanti soprattutto due orientamenti – con molti punti di contatto tra loro – venuti alla ribalta all'inizio degli anni Novanta: il costruzionismo sociale e la narrativa.

Il costruzionismo sociale

Il costruttivismo lasciava aperta una dicotomia, quella tra osservatore e osservato, concepiti come distinti (Fruggeri, 1995). In tal modo, la prospettiva sistemica si spostava da una visione esterna all'individuo (*outsight*) a una visione interna a esso (*insight*). Il superamento di tale dicotomia ha comportato un ulteriore cambiamento di prospettiva, dal costruttivismo al costruzionismo sociale.

Il costruzionismo sociale, che a nostro avviso sta conquistando – in diversi ambienti terapeutici – una posizione preminente, accentua l'aspetto di condivisione e di genesi sociale della conoscenza già implicito, ma non sufficientemente sviluppato, nel costruttivismo. Lynn Hoffman

12. Recentemente Gianfranco Cecchin, codirettore del nostro Centro, è giunto, con il concetto di "irriverenza" del terapeuta, a identificarsi con questa tesi (Cecchin, Lane, Ray, 1992).

(1992), teorica e terapeuta assai attenta ai mutamenti epistemologici, così sintetizza le differenze fra i due modelli, quasi omofoni:

Per quanto molte persone, me compresa, abbiano spesso confuso [il costruzionismo] con il costruttivismo, le due posizioni sono ben diverse. C'è un terreno comune nel fatto che entrambe mettono in questione l'idea modernista che esista un mondo reale che può essere conosciuto con certezza obiettiva. Le convinzioni rappresentate dal costruttivismo, però, tendono a promuovere l'immagine del sistema nervoso come macchina chiusa. Secondo questa visuale, peretti e costrutti prendono forma nel momento in cui l'organismo piomba nel proprio ambiente. In contrasto, i teorici del costruzionismo sociale vedono idee, concetti e ricordi come emergenti dall'interscambio sociale e mediati attraverso il linguaggio. Tutte le conoscenze, sostengono i costruzionisti sociali, evolvono nello spazio tra le persone, nel dominio del "mondo comune" o della "danza comune". Solo attraverso la continua conversazione con gli intimi l'individuo sviluppa un senso d'identità o una voce interna. (p. 8)

In altri termini, mentre il costruttivismo pone l'accento sull'osservatore e sui suoi costrutti mentali, il costruzionismo sociale pone in primo piano l'idea di *relazioni*, ma relazioni viste in una chiave diversa da quella delle primitive teorie cibernetiche, cioè non più come espressioni di strutture o pattern comportamentali, ma di sistemi di linguaggio e significato. Tale mutamento può essere peraltro già rintracciato in scritti di Bateson (1972) risalenti agli anni Sessanta, in cui, nel domandarsi che cosa sia la mente, scriveva:

[...] Si può dire che la "mente" è immanente in quei circuiti cerebrali che sono interamente contenuti nel cervello; oppure che la mente è immanente nei circuiti che sono interamente contenuti nel sistema: cervello più corpo; oppure, infine, che la mente è immanente nel più vasto sistema: uomo più ambiente. [...]

Si consideri un individuo che stia abbattendo un albero con un'ascia; ogni colpo d'ascia è modificato o corretto secondo la forma dell'intaccatura lasciata nell'albero dal colpo precedente. Questo procedimento autocorrettivo (cioè mentale) è attuato da un sistema totale, albero-occhi-cervello-muscoli-ascia-colpo-albero; ed è questo sistema totale che ha caratteristiche di mente immanente. [...]

Ma non è questo il modo in cui l'occidentale medio vede la sequenza degli eventi che caratterizzano l'abbattimento dell'albero; egli dice: "io taglio l'albero", e addirittura crede che esista un agente delimitato,

l'io", che ha compiuto un'azione "finalistica" ben delimitata su un oggetto ben delimitato. (p. 349)

In questo esempio, Bateson può vedere l'azione o dal punto di vista dell'osservatore (l'uomo), o da un punto di vista "meta", che considera la mente immanente nel complesso delle sequenze di azioni. Questa visione a due livelli ci permette di vedere, a un livello, l'individuo come osservatore (costruttivismo); poi, passando a un altro livello, cioè quello della mente immanente nel sistema, di connettere l'osservatore all'osservato (costruzionismo). L'esempio dell'uomo che taglia l'albero, che noi abbiamo trovato uno dei più illuminanti, mostra in primo luogo la relazione complementare tra causalità lineare e causalità circolare; in secondo luogo, evidenzia la differenza fra l'osservatore che descrive e una visione delle relazioni in cui gli osservatori sono immersi (*embedded*). È significativo che, da un punto di vista teorico, il costruttivismo sia legato al cognitivismo, che è una teoria psicologica individuale, mentre il costruzionismo è legato alla psicologia sociale.

La narrativa

Il nostro interesse per la narrativa è derivato dalle nostre ricerche sul tempo e sul linguaggio nelle relazioni umane (Boscolo, Bertrando, 1993; Boscolo et al., 1991) e in seguito da contatti con altri colleghi, quali Michael White, David Epston, Harlene Anderson, Harold Goolishian, Carlos Sluzki, Lynn Hoffman, Tom Andersen e molti altri.

È stato il passaggio da una prospettiva sincronica, basata sul rilevamento dei pattern relazionali nel tempo presente, caratteristica del periodo strategico-sistemico, a una prospettiva diacronica, cui siamo stati condotti soprattutto dalla lettura di Bateson, di De Saussure (1922) e di Bruner (1986), che ci ha a poco a poco portati a sviluppare un particolare interesse per le storie, come esse si costruiscono e sono costruite. Come l'apertura della scatola nera, a metà degli anni Settanta, ci ha condotti a interessarci dei significati, così l'apertura della cornice temporale dal presente al passato e al futuro ci ha stimolati a lavorare sulle connessioni di eventi e significati nel fluire del tempo. Ci siamo incuriositi di come i clienti connettono eventi e significati del loro passato per spiegare in modo deterministico il loro presente e vincolare il futuro. Abbiamo ampiamente illustrato nel libro *I tempi del tempo* (Boscolo, Bertrando, 1993) come i sistemi umani che producono sintomi e sofferenze tendano a ingabbiarsi in

storie deterministiche che li conducono dagli esperti per essere aiutati a liberarsene.

Il nostro interesse per il tempo e le relazioni umane ci colloca in una posizione vicina a quella di White ed Epston (1989):

Nel tentativo di dare senso alla vita, le persone affrontano il compito di collocare le proprie esperienze degli eventi in sequenze temporali, in modo tale da arrivare a un resoconto coerente di se stessi e del mondo intorno a loro. Specifiche esperienze di eventi del passato e del presente, insieme a quelle che si prevede si verifichino nel futuro, devono essere connesse in una sequenza lineare per sviluppare questo resoconto. Al quale ci si può riferire come una storia o un'autonarrazione. Il successo di questo processo di costruzione delle storie (*storying*) fornisce alle persone un senso di continuità e significato rispetto alla propria vita, ed è su questo che possono fondare il senso della vita quotidiana e l'interpretazione delle esperienze future. (p. 19)

Nella loro concezione, la sofferenza che conduce le persone a cercare una terapia può essere letta come espressione di un'inadeguatezza tra le storie che le persone raccontano di se stesse e la propria attuale esperienza, oppure della discrepanza tra la loro esperienza e le storie che gli altri raccontano di loro. Il processo terapeutico diventa allora soprattutto un processo di ri-narrazione delle storie (*re-storying*). In esso, i clienti recuperano la possibilità e la capacità di essere autori, tramite l'interazione con il terapeuta, di storie positive per sé, che attenuino la sofferenza o perlomeno che le diano un senso.

Negli ultimi tempi, anche altri modelli terapeutici, quali quello psicoanalitico e quello cognitivo, si sono aperti alla narrativa e all'ermeneutica. Già in precedenza, nel campo psicoanalitico si era assistito a un parziale abbandono della metapsicologia e delle varie tipologie psicoanalitiche. Erano sorti alcuni gruppi orientati a una visione del processo analitico come esercizio ermeneutico (Ricoeur, 1965) o narrativo (Spence, 1982) o empatico (Schafer, 1983; Kohut, 1971). I momenti salienti della concezione narrativa in psicoanalisi sono stati così descritti (Novelletto, 1994):

Alla fase iniziale di egemonia narrativa dell'analista è seguita la fase della riappropriazione, da parte dell'analizzando, della facoltà di narrare la propria storia. La successiva fase ermeneutica è stata mossa dalle esigenze teoriche degli analisti insoddisfatti dalle concezioni psicologiche di Freud: essa mira sostanzialmente a privilegiare le capa-

cià di autointerpretazione dell'analizzando rispetto a quelle di un analista [basato su un] "presunto sapere". Infine si è giunti alla fase [...] che restituisce alla coppia analitica tutta la dignità di un'insostituibile collaborazione paritaria nella ricostruzione della storia soggettiva dell'analizzando, pur lasciando all'analista il difficile compito di offrire a quest'ultimo la ricomposizione delle tante e irrinconciliabili "storie" prodotte dalla di lui scissione. (p. 27)

Nel campo della psicoanalisi, alcuni autori (Jervis, 1989) mostrano però disaccordo con un narrativismo troppo spinto, che condurrebbe in certo modo a un interesse esclusivo verso i significati emergenti nel qui e ora della relazione, con l'esclusione di tutte le tipologie freudiane e postfreudiane, oltre che di altri aspetti metodologici.

Un'analoga evoluzione e conseguente scissione del campo è stata inoltre osservata all'interno delle terapie cognitive, tradizionalmente considerate meno aperte a un orientamento di tipo ermeneutico. Villegas (1994) ha evidenziato come, tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta, anche i teorici di area cognitiva abbiano preso a interessarsi della terapia come creazione di narrazioni condivise, abbandonando la tradizionale posizione di onniscienza terapeutica in favore di un modello maggiormente dialettico. I temi portati dai pazienti sono dapprima decostruiti, quindi ricostruiti fino a farne narrazioni che possano fornire ai clienti metafore più adatte a costruire "nuove rappresentazioni di se stesso nel passato, nel presente, nel futuro" (p. 35).

La peculiarità dei cognitivisti è la maggiore attenzione alle procedure dettagliate e minuziose per arrivare a questa decostruzione e ricostruzione, e l'utilizzo di tecniche particolari, come la tecnica di autoosservazione descritta da Guidano (1991). In essa, il terapeuta aiuta il cliente a ripercorrere fasi della sua vita concentrandosi sui minimi dettagli (tecnica dello zoom) o rallentando gli eventi al fine di analizzarli meglio (tecnica della moviola). In questo modo, il cliente sperimenta un nuovo modo di utilizzare la propria memoria e ricava una nuova consapevolezza del processo di costruzione della propria coerenza (narrativa) interna.

Anche questo interesse pluricentrico verso i modelli narrativi testimonia le tendenziali convergenze che si verificano tra modelli terapeutici in questo periodo, tanto che alcuni autori (Broderick, Schraeder, 1991) ipotizzano una graduale omogeneizzazione delle diverse scuole di terapia in un unico modello di "terapia integrata".

A questo proposito, ci piace citare una presa di posizione di Laura

Fruggeri (1992), docente della Scuola di Milano, una terapeuta sistemica con forti propensioni verso il costruzionismo:

Nell'approccio sistemico, il costruzionismo sociale ha prodotto una revisione concettuale e metodologica. Molti terapeuti, partendo da una base strutturale strategica e pragmatica, si trovano ora nel mezzo di una fase di transizione. Essi cercano di integrare modelli vecchi e nuovi, vecchie certezze con nuove premesse. Il nuovo paradigma scientifico solleva alcune domande che non sono di pertinenza soltanto delle tecniche terapeutiche. Invece, esse sfidano la nozione stessa di psicoterapia e l'identità del terapeuta. È infatti un pensiero che mette in questione i fondamenti sui quali la psicoterapia, come fenomeno sia scientifico, sia sociale, è basata. (p. 41)

In un certo senso, i contenuti di questa citazione anticipano gli argomenti dei prossimi due paragrafi, che rappresentano un tentativo di sintesi del nostro modo di pensare e di operare.

IL DETTO E IL NON DETTO

Se osserviamo in azione un terapeuta di grande esperienza, un "maestro" come a volte viene chiamato, possiamo dire che egli vede e fa molte più cose di quelle contemplate dalla sua teoria di riferimento; ciò che vede e fa può essere ascrivibile anche ad altre teorie. Nel fare tali considerazioni come osservatori esterni, ci avvaliamo delle nostre conoscenze, pregiudizi e teorie, che possono cogliere, tra il fare del terapeuta e specifiche teorie apprese in passato, connessioni di cui non è consapevole. Tale area sommersa, avulsa dalla coscienza, chiameremo il "non detto".

Una similitudine può essere quella della guida dell'automobile. Di tanto in tanto possiamo essere assorbiti nei nostri pensieri o in una conversazione con un compagno di viaggio, inconsapevoli del fatto di stare guidando, tanto il "pilota automatico" (o il nostro inconscio) si occupa della guida. Così parte di quello che il terapeuta vede e fa sta al di fuori della coscienza immediata. In un secondo momento, ciò può essere ricostruito o recuperato – almeno in parte – quando egli riflette, o è stimolato a riflettere da un collega-osservatore, su quello che ha fatto. Quando ciò avviene può essere facile vedere fino a che punto sono l'intuizione e l'esperienza, più che il precetto teorico, a guidare percezioni, scelte e azioni del terapeuta.

Ogni terapeuta, indipendentemente dal proprio orientamento teorico, opera allora secondo un principio epigenetico¹³ che lo porta a integrare le più svariate esperienze e teorie. In questa chiave, il purismo teorico non è altro che un mito. Ed è un mito perché tutti gli operatori nel nostro campo, dal tempo dell'università fino agli stimoli che ricevono dei mass media, sono costantemente esposti all'influenza di diverse teorie.

Un antefatto potrà chiarire queste affermazioni. Recentemente, un collega neuropsichiatra infantile ci ha rivelato che, nel corso di una visita fatta al Centro Milanese di Terapia della Famiglia nei primi anni Settanta, aveva osservato dietro lo specchio il lavoro dell'équipe di *Paradosso e controparadosso*. Era rimasto molto colpito, con i suoi colleghi, dalla grande convinzione e dal "rigore sistemico" che i membri dell'équipe adottavano nel discutere e costruire ipotesi e interventi. Quello che però lo colpì maggiormente fu la differenza tra il detto e il non detto da parte dell'équipe milanese: quanto sentiva affermare era detto in un linguaggio allora nuovo (manovre, pattern, relazioni, causalità circolari, sistemi); ma il modo in cui le ipotesi erano costruite e collegate sembrava sottintendere una serie di concetti e assunti psicoanalitici che, però, non diventavano mai espliciti come tali. Questo costituiva secondo il collega il "non detto" della discussione di équipe, un non detto a suo avviso piuttosto vistoso ma che appariva completamente ignorato dall'équipe, che aveva deciso all'inizio della sua ricerca di adottare il modello sistemico e di essere "purista", cioè di non mischiare teorie diverse. E in effetti il gruppo di allora aveva cercato di abbandonare completamente non soltanto i concetti ma anche il linguaggio della psicoanalisi, nel tentativo di arrivare a un rigoroso discorso sistemico.

È da rilevare, peraltro, che nel primo gruppo di Milano era centrale la formulazione delle ipotesi da parte dell'équipe. Le ipotesi semplici, spesso basate su una visione lineare causale, venivano a connettersi fra di loro in ipotesi più complesse, fino ad arrivare alla cosiddetta ipotesi sistemica, basata su una visione circolare, che rispecchiava (secondo la visione della prima cibernetica di allora) l'organizzazione del sistema osservato. Per la costruzione del contenuto delle ipotesi venivano utilizzate tutte le svariate conoscenze dei membri dell'équipe, conoscenze

13. L'uso di questo concetto ci è stato suggerito dalla lettura di un articolo di Lyman C. Wynne, secondo il quale l'uso del concetto di epigenesi "nel suo significato più generale si riferisce a eventi in divenire (genesi) che si costruiscono su (cpi) eventi immediatamente precedenti". Applicato a una visione dello sviluppo umano: "Gli scambi e le transazioni di ogni fase di sviluppo sono costruiti sui risultati (*outcome*) di transazioni precedenti" (Wynne, 1984, p. 298).

che potevano derivare dalla psicologia, dalla psicoanalisi, dalla psicoterapia, dalla letteratura, dal cinema e dalle esperienze di vita.

A questo proposito, Paul Dell (1989), forse il più purista dei teorici del modello sistemico, ha dovuto ammettere, alla fine degli anni Ottanta e in seguito alle critiche dei movimenti femministi (vedi capitolo II), che l'incommensurabilità tra teoria dei sistemi e psicologia individuale era soltanto apparente. Egli, infatti, scrive:

Primo, direi che la psicologia individuale è sempre stata, e sarà sempre, inestricabile dalla pratica della terapia della famiglia. Praticamente ogni scuola di terapia della famiglia fa ampio uso, per quanto spesso implicito, della psicologia individuale; [...] Secondo, gran parte del mio passato lavoro teorico è stato basato su uno sforzo rigoroso di distinguere gli elementi esperienziali e psicologici da una "pura" spiegazione sistemica. [...] Retrospectivamente, a mio avviso gran parte del mio lavoro di "purificazione" della teoria sistemica è stato possibile soltanto perché tanti terapeuti familiari avevano mescolato la psicologia individuale (che avevano istintivamente percepito come necessaria) nel pensiero sistemico. (p. 11)

Va da sé che le considerazioni di Dell si possono collegare a quello che abbiamo definito il non detto del terapeuta sistemico. Si potrebbe parlare di una sorta di "occupazione" da parte di elementi provenienti da diversi modelli (quali, per esempio, quello psicodinamico, cognitivo, strategico, strutturale ecc.) dei *contenuti* clinici di un modello (sistemico) che nel suo sforzo di essere "puro", ha sempre messo in risalto l'aspetto *formale*. In altre parole, il formalismo del modello lascia libero il terapeuta di trovare ispirazione, per la formulazione delle sue ipotesi, in concetti ed esperienze provenienti da altri modelli di terapia familiare e individuale. In sostanza, i contenuti sono sempre dipesi dalle esperienze e cognizioni personali di ciascun terapeuta.

Negli ultimi tempi, terapeuti provenienti da diverse esperienze hanno cercato di operare su una base pressoché ateorica, trascurando volutamente le teorie precedentemente apprese. Lai (1985, 1993), psicoanalista milanese, invoca per il suo metodo denominato "conversazionalismo" una "tecnica senza teoria", ovvero una tecnica di conversazione che faccia astrazione dalle sistematizzazioni teoriche e dalle tipologie derivanti per esempio da libido freudiana, relazioni oggettuali, narcisismo kohutiano e così via. Resta da vedere se ciò è possibile, o se questa non sia una posizione proponibile soltanto a un analista con molti anni di esperienza, che operi cercando di fare il più possibile la astrazione dalla propria teoria di base.

La stessa obiezione può essere posta anche a quei terapeuti (Tom Andersen, Lynn Hoffman, Harlene Anderson e Harold Goolishian ecc.) che, ispirandosi al postmodernismo, al decostruzionismo e al costruzionismo sociale, sostengono che la posizione fondamentale del terapeuta dovrebbe essere quella di tenere la "conversazione aperta" e di "non conoscenza" (*not knowing*), cioè di dimenticare il proprio sapere, di ignorare le teorie e le tipologie relative all'individuo e ai suoi sistemi di riferimento. O'Hanlon, terapeuta di diversa estrazione, riferendosi ai terapeuti che si ispirano al modello milanese, ha coniato un'espressione che si adatta perfettamente a una tale posizione: se a un terapeuta viene un'ipotesi, è meglio che si alzi, esca dalla stanza e resti fuori fintanto che gli passa!

Un dubbio cruciale che sorge nei confronti delle suddette teorie è se nella formazione di un terapeuta sia sufficiente imparare soltanto a tenere aperta una conversazione e a conversare, oppure se potrebbe diventare terapeuta conversazionalista soltanto chi abbia avuto una formazione sui modelli clinici più importanti e possa poi astrarsi dagli stessi e operare sul *hic et nunc* in una pura cornice ermeneutica. Come risulterà chiaro dalla lettura di questo libro, la nostra posizione non è di puro conversazionalismo, in quanto riteniamo che ipotesi e tipologie relative al cliente e alla relazione terapeuta/cliente siano utili, a condizione che non diventino delle Verità (Cecchin, Lane, Ray, 1992).

Naturalmente, accettare che ogni terapia è il risultato dell'interazione della personalità del singolo terapeuta con le proprie esperienze, con le influenze e le teorie cui è stato esposto, rischia di condurre all'eclettismo, inteso come accettazione, in nome della singolarità e dell'irripetibilità di ogni terapeuta, di qualsiasi sintesi personale a scapito della teoria. Come si accennava all'inizio, il terapeuta molto esperto tende a trascendere la teoria, quindi ad abbandonare apparentemente la teoria stessa, ciò che non è possibile per il terapeuta alle prime armi, che deve prima imparare la teoria.

Bateson (1972) ricorda:

[...] L'insistenza di Samuel Butler nell'affermare che, quanto meglio un organismo "conosce" qualcosa, tanto meno esso diviene conscio di questa conoscenza; esiste cioè un processo per cui la conoscenza (o "abitudine", non importa se di azione, di percezione o di pensiero) scende nella mente a livelli sempre più profondi. Questo fenomeno, che è fondamentale per la disciplina Zen [...] è altresì importante per ogni arte e per ogni abilità tecnica. (p. 68)

L'artista, per esempio (ma ciò si può riferire anche a un terapeuta in formazione):

[...] per spiegare le componenti tecniche del suo mestiere, deve esercitarsi. Ma l'esercizio ha sempre un duplice effetto: da una parte rende l'artista più abile nell'esecuzione di ciò che tenta di fare; e dall'altra parte, per il fenomeno della formazione dell'abitudine, lo rende meno consapevole di come lo faccia [...]. L'abilità di un artista, o meglio la dimostrazione di un'abilità, diviene un messaggio su queste proiezioni del suo inconscio. (*Ibidem*, pp. 172-176)

Ciò rende comprensibile come, osservando al lavoro un terapeuta molto esperto, si possano riconoscere in parte parole e azioni attribuibili a teorie e prassi diverse da quelle professate. Anche se qui si parla di abilità tecnica, ciò vale anche per le conoscenze teoriche cui essa è ricorsivamente connessa. Se potesse essere analizzato esaurientemente il non detto, i tratti apparentemente più idiosincratici di un terapeuta potrebbero essere ricondotti alla complessità della sua formazione personale e professionale, alla pluralità di modelli di cui quel terapeuta si serve; quello che sembra frutto di misteriosa creatività da parte sua è la sintesi che riesce a fare di queste esperienze. L'esplicitazione del non detto è coerente con un punto di vista epigenetico. Nel terapeuta si stratificano, con il passare del tempo, tutte le esperienze e conoscenze teoriche, che possono trasformarsi nell'atto terapeutico in parole, emozioni e possibilità operative, la cui origine spesso rimane del tutto o in parte inconsapevole. In ogni caso, la scelta finale dell'idea che ha un senso nella terapia deriva dall'interazione con il cliente. È il cliente, alla fine, che segnala con le parole, le metafore, i silenzi, le emozioni, i possibili percorsi da seguire.¹⁴

UNA PROSPETTIVA EPIGENETICA

A questo punto del nostro percorso teorico, noi continuiamo a considerare il modello sistemico di derivazione batesoniana, arricchito dai contributi del costruttivismo, della cibernetica di secondo ordi-

14. È da sottolineare che le scelte del terapeuta non sono buone per tutte le stagioni, e questo conviene ricordarlo per combattere e ridimensionare un pericoloso sintomo: l'onnipotenza terapeutica. La personalità del terapeuta e la sua teoria possono in alcuni casi non accordarsi con la personalità e i problemi del cliente. Il terapeuta dovrebbe esserne consapevole, e avere l'umiltà di lasciare il campo qualora il processo terapeutico entri in un'impasse senza sbocchi.

ne e del costruzionismo, come la nostra metafora guida, la nostra lente privilegiata, anche se più di recente vi abbiamo aggiunto altre lenti di grande interesse e utilità, quali la lente del tempo, quella del linguaggio e quella della narrativa.

L'analisi batesoniana ci ha permesso di superare le dicotomie. Essa, centrata sull'epistemologia cibernetica, si basa sui circuiti ricorsivi che connettono l'osservatore e l'osservato secondo le due modalità già descritte che si possono riconoscere nella visione costruttivista (in cui è l'individuo che osserva e costruisce) e nella visione costruzionista, in cui osservatore e osservato sono allo stesso tempo "costruiti" e costituenti il contesto relazionale e culturale in cui esistono.

Quanto alla teoria da adottare per l'individuo, come abbiamo già accennato, per un certo periodo siamo stati molto incerti al proposito. Ci sembrava necessario trovare, in un ideale repertorio, la teoria che ci permettesse da un lato di rendere conto dell'individuo e della complessità dell'intrapsoichico, dall'altro del sistema di relazioni che lo connette ai suoi simili. Per un certo periodo di tempo abbiamo pensato di affiancare alla teoria sistemica della famiglia e della coppia una teoria collaudata e specifica dell'individuo. Negli ultimi tempi, però, la situazione ha iniziato a chiarirsi. Ci sembra possibile identificare un orientamento che consente di uscire dalle dicotomie individuo/famiglia e psiche/sistema. All'interno di questo orientamento, il terapeuta si può posizionare in diversi punti. Per esempio, può collocarsi, in modo riduzionistico, a livello di pattern comportamentali, oppure a livello delle esperienze, oppure a livello di sintomi e così via. Ci è possibile, in altri termini, usare una pluralità di cornici riduzionistiche, senza mai perdere di vista la cornice olistica. Hofstadter (1979) ha ragionato questa dialettica tra olistismo e riduzionismo al modo di percepire una fuga di Bach:

Le fughe hanno l'interessante proprietà che ognuna delle voci è un brano musicale autonomo, e quindi una fuga potrebbe essere considerata un insieme di parecchie composizioni musicali distinte, tutte basate su un singolo tema e tutte suonate simultaneamente. E dipende dall'ascoltatore (o dal suo subcosciente) decidere se essa deve essere percepita come un'unità o piuttosto come un insieme di parti indipendenti, tutte in armonia fra loro. (pp. 307-308)

La nostra attuale prospettiva ci permette in ogni momento di operare questa inversione figura-sfondo, da olistismo a riduzionismo. Oggi,

con questo nuovo modo di pensare e di lavorare, riteniamo di avere in buona parte risolto i dilemmi che abbiamo affrontato tra modalità opposte di concepire il lavoro terapeutico, dalla concezione centrata sull'individuo a quella centrata sulle relazioni e viceversa. Coerentemente con l'emergente paradigma della complessità (Bocchi, Ceruti, 1985; Morin, 1977), secondo il quale il modo più appropriato di vedere e comprendere il mondo è attraverso una rete di teorie, questo modo di lavorare ci permette di collocarci, a seconda dei casi e dei momenti, all'interno di una teoria o nell'interfaccia tra una teoria e l'altra.¹⁵

Siamo dell'avviso che questa prospettiva non sia statica e definita (come troppo spesso si pensa stando all'interno di una teoria cui ci si è affezionati), ma sia in grado di evolvere attraverso l'apporto di altre teorie che incontreremo. Si tratta, in altri termini, di una prospettiva *epigenetica*, che si costruisce per apposizione e non per negazione di quanto è venuto prima.¹⁶

Come speriamo sia emerso chiaramente dalle pagine precedenti, noi tendiamo nel nostro lavoro, sia concettuale sia pragmatico, a rifiutare gli estremismi. Per estremismo intendiamo, in questo caso, la tendenza a innamorarsi delle "nuove" idee, cancellando in nome loro tutto quanto era stato prodotto in precedenza. Un tale modo di procedere, se giova alla chiarezza delle posizioni, rischia di far perdere anche tutto quanto è stato costruito di positivo da teorici e terapeuti (noi compresi) negli anni passati.

A questo progresso "per salti" preferiamo il procedere secondo una modalità epigenetica, nella quale ogni cambiamento teorico o pratico viene a connettersi nel tempo a quelle esperienze precedenti che si sono dimostrate utili. Questa modalità di teorizzare, naturalmente, non è un semplice processo lineare causale di accumulo di nuove idee nel tempo ma, coerentemente con una visione sistemico-cibernetica, è un sistema di concetti e di esperienze connessi ricorsivamente e in continua evoluzione.

La nostra evoluzione è anche dettata – e non può essere altrimenti – da coincidenze contestuali, sociali e politiche, oltre che concettuali. Per

15. Dobbiamo ricordarci di non affogare in un mare di teorie, cioè di evitare l'eclettismo dettatore. Il nostro faro resta la teoria di base cui ci ispiriamo, cioè la teoria sistemico-cibernetica.

16. L'idea stessa di prospettiva epigenetica ha un'assonanza, per quanto vaga, con il concetto di epistemologia genetica di Piaget (1970), che si riferisce allo sviluppo dell'intelligenza del bambino come risultato di un'interazione dinamica fra il bambino e l'ambiente (per mezzo dell'attività di alcuni meccanismi regolatori quali accomodazione, assimilazione, equilibrizzazione). Si tratta comunque di una semplice analogia, perché noi ci riferiamo a un significato più generale del termine "epigenetico" (vedi Wynne, 1984).

esempio, il nostro lavoro di formatori e terapeuti privati è stato a lungo esposto ad allievi che lavorano in contesti pubblici che – specie in Italia – richiedono un coordinamento fra i vari operatori che si avvalgono di diverse teorie e prassi. Nel pubblico, gli operatori hanno spesso teorie diverse ed è necessario nel lavoro trovare un linguaggio comune e un rispetto reciproco per i diversi punti di vista. È un contesto simile a quello delle società multiculturali e multietniche, in cui non è più lecito richiedere a ogni gruppo di annullarsi nel crogiolo dei valori comuni (il *melting pot*), ma è necessario accettare che ogni posizione sia presente in una sorta di insalatiera culturale (la *salad bowl*). È però necessario sviluppare un linguaggio comune, rispettosi gli uni delle posizioni degli altri, per evitare la confusione della Torre di Babele.

Secondo noi è possibile trovare una coerenza e un minimo denominatore comune tra i diversi linguaggi delle varie teorie, sviluppando così un metalinguaggio che ci permetta di lavorare con le nostre differenze rispettando tutti gli altri che lavorano con noi, dai colleghi con orientamento psicobiologico a quelli con orientamento più spiccatamente dialogico o sociale. Senza, naturalmente, trascurare i nostri clienti: anche la loro voce deve avere una dignità pari, se non maggiore, di quella delle voci dei vari esperti, ed essere da loro ascoltata. Questo presupposto, sempre accettato in linea di principio, viene spesso disatteso nei fatti, specialmente nei servizi pubblici, in cui problemi e conflitti organizzativi (e di relazione tra operatori) possono relegare gli utenti in secondo piano.

Una simile posizione di *accettazione* ci permette tra l'altro di uscire dagli irrigidimenti e dai moralismi diagnostici e dalle contrapposizioni implicite in una posizione del tipo "o, o": la nostra posizione è di tipo "sia, sia", e ci conduce a prendere in considerazione, coerentemente con uno dei concetti chiave dell'epistemologia sistemica, la molteplicità dei punti di vista, delle spiegazioni e delle esperienze. Ovviamente, siamo sostenitori del paradigma biopsicosociale (Engel, 1977) che si sta lentamente e fortunatamente diffondendo in alcuni settori della medicina e, attraverso di esso, possiamo dialogare sia con i colleghi, specialmente psichiatri, che operano secondo il modello medico, sia con coloro che si ispirano a modelli psicosociali. È chiaro che la nostra scelta operativa è diversa da caso a caso, e non è da noi considerata un dogma o una "verità": è semplicemente una scelta, del cui relativismo siamo consapevoli. Tendiamo a porci in una posizione multiversale, in cui ogni verità è contestuale, legata a un contesto pragmatico e sociale e a un giudizio di convenienza (per ogni conte-

sto c'è una verità più appropriata di altre). Questo nostro sviluppo "ecumenico" ci aiuta a superare le dicotomie e le contrapposizioni presenti nei vari modelli terapeutici, che frequentemente hanno l'effetto di avvelenare le relazioni fra gli operatori dei servizi psicosociali, con l'inevitabile conseguenza di svilire il servizio offerto agli utenti.

Siamo del tutto consapevoli della difficoltà per il terapeuta inesperto di mettere in pratica questo modo di pensare e di procedere. A nostro avviso, l'apprendimento della terapia non può che avvenire in due fasi distinte. Nella prima fase, l'allievo deve apprendere un modello, e nell'apprendimento gli è necessario essere "purista" e diventare un adepto a tutto tondo di quel modello. Nel contesto della formazione, questa non è una limitazione ma una necessità. Quando però il modello è stato appreso e interiorizzato, è possibile venire a conoscenza in modo più o meno cosciente e approfondito di altri modelli, che inevitabilmente contribuiranno ad arricchire il pensiero e la prassi del terapeuta, senza che questi ne sia necessariamente consapevole. A poco a poco, l'allievo acquista con il modello appreso una familiarità che gli permetterà di assumere la distanza appropriata dalla teoria, mantenendo così la propria autonomia e creatività. In tal modo il rapporto con la teoria da vincolo diventa una risorsa.¹⁷ In questo senso, imparare a fare terapia è (per riprendere un esempio fatto più sopra) come imparare a guidare l'automobile. In un primo tempo, l'apprendista guidatore si deve concentrare sulla pressione sui pedali e su ogni movimento impresso al volante, se vuole evitare un incidente; ma con il tempo questi apprendimenti "sprofondano" nell'inconscio (gli *habits* di Bateson, 1972), e l'uso dell'automobile diventa così automatico che non ci si rende conto che si stanno mettendo in pratica quelle abilità sensorimotorie a suo tempo conquistate con tanta fatica e applicazione.

Abbiamo già notato come, negli ultimi tempi, alcuni terapeuti, che in passato avevano aderito al modello sistemico di derivazione batesoniana, hanno ripudiato la visione sistemica e sono diventati dei "puristi" del modello narrativo-conversazionale ispirato al costruzionismo sociale. Secondo questi colleghi, il compito del terapeuta è di "tenere aperta la conversazione", evitando di fare ipotesi e di basarsi su presunte tipologie, mantenendo così costantemente una posizione di "non conoscenza" (*not knowing*) (Anderson, Goolishian, 1992).

17. Lo stesso si può dire del rapporto fra il terapeuta e i propri pregiudizi: uno degli obiettivi della formazione è la conoscenza da parte dell'allievo dei propri pregiudizi, con i quali può allora entrare nello stesso tipo di relazione dialettica appena descritta, ed eventualmente trasformarli in risorse per la terapia (vedi Cecchin, Lane, Ray, 1994).

A nostro avviso, è un'illusione ritenere che il terapeuta possa agire da una posizione di non conoscenza, in quanto, come non è possibile non comunicare, così non è possibile non fare ipotesi utilizzando, consapevolmente o meno, conoscenze acquisite nel tempo (si pensi al "non detto"). Inoltre, è un'illusione svestirsi del ruolo di esperto, in quanto questo è dato dal contesto in cui il terapeuta opera, anche se, *strategicamente*, egli può relazionarsi come un non esperto.¹⁸ In tale veste il terapeuta può operare con più facilità a livello di processo, aprendo così spazi al cliente per ricostruire la propria storia, riducendo il più possibile il suo contributo ai contenuti della storia stessa.

Riteniamo, tuttavia, limitante cercare di essere "puristi" all'interno del modello narrativo-conversazionale, non solo perché si potrebbe rischiare un neo-rogerismo vago e poco produttivo, ma soprattutto perché il terapeuta sarebbe costretto a fare *tabula rasa* di tutte le sue conoscenze teoriche e pratiche che, in passato, hanno dimostrato la loro pertinenza ed efficacia. Come abbiamo già rilevato, ed essendo già il primo autore incorso nella stessa illusione (il "purismo sistemico" degli anni Settanta; vedi Selvini Palazzoli et al., 1975), così anche gli autori citati non possono essere influenzati dal loro "non detto" che, secondo la nostra conoscenza, è piuttosto ricco. In questo senso, non c'è da meravigliarsi che ottengano risultati terapeutici notevoli. Ci diamo mandato però se la formazione fatta da questi autori con allievi alle prime armi, appena usciti dall'università, possa essere sufficiente.

In sintonia con la metafora, cara a Minuchin (1987), delle "voci interne" dei colleghi più innovativi e creativi che ciascun terapeuta ascolta, anche noi, nel nostro lavoro, troviamo ispirazione nelle voci significative cui siamo stati esposti nel corso della nostra esperienza professionale. Questo ci consente, quando la necessità scaturisce, e in accordo con una visione epigenetica, di integrare nel più recente modello sistemico le teorie di cui ci siamo serviti in passato, facendo di esse "voci" che possiamo recuperare e seguire nel corso del nostro lavoro. Le nuove consapevolezze ci permettono di leggere in maniera diversa le teorie precedenti, trovandovi eventualmente stimoli nuovi, rifiutando quello che a nostro avviso non è più coerente con la prassi attuale, ma accettando quello che mantiene una validità. Per esempio, certe pagine della *Pragmatica della comunicazione umana* di Watzlawick e collaboratori (1967), di *Le strategie della psicoterapia e Terapie non comuni* di Jay Haley (1963, 1973), di *Paradosso e contropara-*

dosso di Selvini Palazzoli e collaboratori (1975) o di *Verso un'ecologia della mente e Mente e natura* di Bateson (1972, 1979), mantengono a nostro avviso tutta la loro importanza.¹⁹

Nella nostra visione epigenetica la voce "integrazione" ha un ruolo importante. L'idea di integrazione consente, a nostro avviso, di superare la disturbante questione dell'eclettismo (Villegas, 1995). L'eclettismo può essere definito come l'utilizzo indiscriminato di tecniche eterogenee, provenienti da diversi modelli teorici, senza correlarle di volta in volta con i diversi presupposti teorici dei modelli stessi. L'integrazione è invece la capacità di avvalersi di un modello teorico ben sperimentato, in cui ci si trovi a proprio agio, che abbia dato risultati soddisfacenti, da affiancare in particolari momenti (come per esempio in situazioni d'*impasse* terapeutica) ad altri modelli, che possono offrire una visione diversa della situazione e modalità atte a risolverla. Raggiunto lo scopo, il terapeuta può ritornare all'interno del suo modello preferito.

Essere sistemici per noi significa ascoltare, oltre alle "voci" dei nostri maestri e dei colleghi più innovativi, anche le voci della cultura. Particolare attenzione viene posta sulla questione dei ruoli sessuali (*gender*), del potere nelle relazioni, dell'etnicità, connesse alla storia del cliente e messe continuamente a confronto con quelle del terapeuta. Un terapeuta sensibile a questi aspetti può rendersi più consapevole, per quanto è possibile, dei pregiudizi e influenze culturali che condizionano le sue descrizioni e spiegazioni.

Siamo consapevoli che il numero e la diversità dei territori esplorati fin qui può aver lasciato il lettore in uno stato di perplessità, se non di confusione, nel tentativo di dare un senso all'eterogeneità dei riferimenti teorici. La tentazione del lettore potrà essere quella del rifiuto, basato su un'idea di relativismo (critica fatta anche ai modelli che si ispirano a una visione costruttivista e costruzionista), oppure quella di limitarsi a selezionare particolari aspetti del nostro modello come si è venuto a sviluppare nel tempo.

Contiamo sul fatto che la lettura attenta, ed eventuali tentativi di mettere in pratica le idee che abbiamo presentato, permetteranno ai lettori di ampliare i loro orizzonti e di arricchire la loro prassi. Per quanto ci riguarda, il modello sistemico ci ha dato la possibilità di esercitare la nostra creatività e, soprattutto, ci ha offerto continuamente soluzioni e vie d'uscita.

19. Così, anche certe pagine dei classici della psicoanalisi, da Freud agli autori più recenti, e di alcuni terapeuti cognitivi hanno contribuito a darci risposte significative sulla natura dell'uomo e sulla relazione terapeutica.