

Il bambino sistemico e l'acqua sporca

di *Massimo Giuliani*

Psicologo Psicoterapeuta, Brescia
Docente del Centro Milanese di Terapia della Famiglia
info@massimogiuliani.it

Sommario

Negli anni Novanta il movimento narrativista criticò aspramente la pratica terapeutica del Milan Approach, ispirata a principi ciberneticici e costruttivisti. Ma: 1) connotazione positiva e sensibilità al paradosso svelano oggi un valore che nel periodo dell'esaltazione controparadossale restava nascosto; 2) liquidare come autoritari il setting e la scansione temporale della seduta, per privilegiare una visione della cura come attività narrativa, ne ha indebolito proprio gli aspetti strutturali e "ritmici" — dunque narrativi.

Parole chiave

Terapia sistemica, terapia narrativa, Milan Approach, sociocostruzionismo, teoria della tecnica

Summary

In the Nineties, the narrativist movement has harshly criticized the therapeutical practice of the Milan Approach, inspired by cybernetic and constructivist principles. But 1) nowadays, positive connotation and paradox awareness reveal an importance that would remain hidden during the period of counter-paradoxical exaltation; 2) to gun down the setting and the temporal articulation of the session as authoritarian, to privilege a vision of therapy as a narrative activity, weakened right its structural and "rhythmical" — therefore narrative — aspects.

Keywords

Systemic therapy, narrative therapy, Milan Approach, social constructionism, theory of techniques

Esposizione del tema: i sistemi prima della narrazione

C'è qualcosa di necessario e giusto e persino di inevitabile, nel processo di affrancamento dall'approccio strategico che la terapia sistemica di tradizione milanese ha compiuto nei decenni successivi alla separazione del gruppo Selvini (Giuliani, 2013a).

Affrancamento che, se dietro la spinta del costruttivismo ha avuto soprattutto ragioni epistemologiche, il costruttivismo sociale e la critica politica della psicoterapia hanno sancito come eticamente opportuno. Il primo ha alimentato il dubbio sulla possibilità di introdurre intenzionalmente cambiamenti nei sistemi, i secondi hanno sottolineato il problema della distanza emotiva e della differenza di potere.

Non solo giusto, dicevo, ma anche inevitabile. L'esperienza di molti clinici coinvolti nel periodo strategico della terapia è che quell'approccio fatto di sfide e astuzie, di diagnosi infauste e letture bizzarre formulate con intento retorico e manipolativo, aveva per il terapeuta un costo emotivo che alla lunga si faceva insostenibile.

È altresì probabile che nella scelta di cosa lasciare e cosa portare con sé nella fase che si apriva, molti terapeuti abbiano sacrificato strumenti e prassi insieme alle premesse che sentivano non più adeguate. Eppure l'eleganza e la bellezza di quei modelli concettuali e di quelle tecniche di lavoro (Schinco, 2014) avrebbero potuto essere, nella nuova cornice, più utili ancora che nella vecchia.

Io vorrei sostenere che questo è accaduto perché i terapeuti che avevano inventato (Selvini Palazzoli et al., 1975), ma soprattutto quelli che avevano portato avanti quel modo di lavorare, tendevano a dare di quegli strumenti una spiegazione fedele alla teoria, ma il prezzo di questa fedeltà era quello di diventare ciechi a qualcosa. Come accade spesso, c'erano in cielo e in terra, e nelle sedute di quei terapeuti, più cose di quante ne sognasse la loro filosofia.

E d'altra parte, nell'inevitabile scarto fra la pratica dei clinici e il modello attraverso cui essi la descrivono (Schinco, 2014), la critica si è appuntata sul secondo, descrivendolo come freddo o ingegneristico.

Prima variazione sul tema: strategie non strategiche

Ho già raccontato (Giuliani, 2008 e 2013b) un'esperienza di follow up a cui partecipai, condotta con ex ragazze anoressiche che avevano fatto una terapia anni addietro. Nel corso di quella ricerca, coordinata da Pietro Barbetta all'università di Bergamo (v. anche Barbetta, 2005), conobbi una donna che dodici anni prima si era sottoposta in ospedale a una terapia condotta secondo un modello strategico e controparadossale (Giuliani, 2013c): al termine di una seduta familiare i clinici affermavano che il problema era cronico e incurabile; pertanto, a malincuore, rinunciavano a curare la ragazza, sebbene accettassero di tenerla in ospedale per osservarne l'evoluzione.

Gli psichiatri ci avevano raccontato come tale metodo di lavoro fosse diventato alla lunga intollerabile: così, dopo 27 casi (di cui 25 successi terapeutici) avevano abbandonato il progetto ed erano tornati a curare ragazze digiunatrici con i loro metodi classici. Raccontavano di un confronto teso, di un duello estenuante durante il quale le anoressiche, per contrastare le sfida lanciata dal medico, tornavano a nutrirsi regolarmente.

Quando mi aspettavo di ascoltare da quella donna — presa in carico da uno degli psichiatri dell'équipe — la sua versione di quella incandescente partita a scacchi col proprio terapeuta, lei, inspiegabilmente, rievocò un rapporto di cura tenero, incoraggiante e pieno di rispetto.

Il racconto dei terapeuti era del tutto coerente con la loro teoria, ma la distanza dal ricordo della donna era tale da interrogarci. Lungi da noi l'ingenuità di ritenere che i ricordi siano resoconti fedeli di fatti oggettivi: nondimeno, una differenza così spettacolare fra le due narrazioni risultava una sfida interessante. I due racconti erano così distanti da farmi pensare al film *Rashōmon* di Akira Kurosawa, in cui quattro testimoni raccontano un fatto criminoso, che diventa così altrettante versioni radicalmente differenti della storia.

Probabilmente i terapeuti avevano fatto qualcosa che non sapevano di aver fatto. Oppure era successo qualcosa a cui la donna attribuiva significati che essi nemmeno

sospettavano e che la loro fedeltà alla teoria relegava in una zona d'ombra.

Riflettendo sui due racconti paralleli, sui dettagli che ciascuno approfondiva e su quelli su cui era reticente, mi convinsi che la differenza fra le due versioni della storia era la conseguenza di una macroscopica differenza di punteggiatura. Organizzando diversamente la successione degli eventi, terapeuta e paziente avevano vissuto esperienze del tutto diverse.

Il racconto dello psichiatra che aveva curato la ragazza si muoveva intorno al periodo dell'ospedalizzazione, a cui il medico si riferiva con la parola "terapia". Appena accennato, e narrativamente marginale, era quello che accadde dopo (designato con espressioni vaghe quali "visite successive"), che pure costituiva la parte più consistente della storia: circa un paio di anni.

Nel racconto della paziente, invece, il periodo trascorso in ospedale appariva accessorio alla storia, e quello che faceva da contesto e da vera matrice di significato era quel che accadde dopo: la "terapia", nella storia della donna, dove il periodo precedente era liquidato come "il ricovero".

Anche nei passaggi delle storie in cui l'uno e l'altra parlavano dello stesso momento, la luce che lo illuminava era quella che proveniva dalla parte di storia che ritenevano centrale: per il medico la disfida strategica, per la donna i lunghi incontri che seguirono. Quel lavoro di follow up su ex anoressiche ci portò informazioni coerenti con le conclusioni cui era giunto anni prima il gruppo condotto da Mara Selvini Palazzoli (1998): l'intervento strategico nell'anoressia aveva effetti formidabili nel ridurre o cancellare il sintomo, ma lasciava le ragazze con una forte richiesta di terapia individuale. Nella pratica dei terapeuti strategici la cessazione del digiuno, determinata dall'intervento paradossale, costituiva la fine della terapia: per quelle ragazze, invece, era l'inizio. Una volta liberatesi di quella insulsa disputa coi familiari sul mangiare, avevano una gran voglia di vuotare il sacco e di occuparsi della propria vita, dei propri sentimenti e delle proprie ferite.

Molte di loro, dunque, erano andate in cerca di un terapeuta per sé dopo la fine del rapporto col terapeuta della famiglia, di cui peraltro conservavano un ricordo per nulla affettuoso. La donna che avevo conosciuto io aveva trovato un aiuto nei successivi colloqui col suo psichiatra. Il quale, poiché la sua teoria non prevedeva nulla al riguardo, ricordava quei lunghi e gratificanti incontri come un corollario irrilevante della cura "vera".

Probabilmente quella dichiarazione di rinuncia al potere terapeutico aveva disegnato la cornice per una relazione di tipo nuovo rispetto a quanto accadeva nell'esperienza abituale della ragazza, nelle sue relazioni con terapeuti e in quelle con parenti e amici. Per la prima volta qualcuno le diceva: non voglio cambiarti, ti prometto che da ora non parleremo più di cibo ma nondimeno voglio continuare ad ascoltarti.

Se è così, quella scelta strategica aveva delle conseguenze non perché costituisse l'arma vincente della terapia, ma perché era qualcosa di più: era la premessa che rendeva possibile una relazione di riconoscimento.

Fino a prima della sua morte, Cecchin ammoniva gli allievi in formazione: connotare positivamente un comportamento senza essere convinti di quello che si dice, e con lo spirito di sorprendere la famiglia con un trucco inatteso, è inutile e può essere persino controproducente. I clienti sentono se il terapeuta mente. Questa raccomandazione è carica di implicazioni teoriche ed epistemologiche: se per connotare positivamente in maniera esplicita un comportamento sintomatico il terapeuta dev'essere convinto di quel che sta dicendo, la connotazione positiva non è più una trovata strategica, ma un intervento di secondo ordine coerente con una teoria dell'osservatore. È un intervento che il terapeuta compie su di sé e sulle proprie premesse. È la ricerca di un punto di

osservazione dal quale guardare al problema della famiglia da una prospettiva utile e con rispettoso ottimismo sistemico.

Nel suo articolo del 1985 sulle domande, Peggy Penn definisce così la connotazione positiva:

“(…) viene offerta (…) una percezione che definisce positivamente il dilemma della famiglia, lo considera come guidato dal contesto e implica che i contesti stessi sono relativi e modificabili.

Io sottolineo l'importanza dell'uso di connotazioni positive nella costruzione di mappe del futuro, dato che da un contesto definito negativamente è impossibile uscire. Esso tende ad accompagnare le persone: “la odierò *sempre*”; “lui non mi ha *mai* difeso” ecc., mentre invece un contesto definito in modo positivo contiene la possibilità di uscirne per entrare in un altro: “Se piaciessi a loro, mi aspetterei di piacere anche agli altri”; e così via.” (traduzione mia)

Si potrebbe approfondire la differenza fra questa definizione e l'uso strumentale della connotazione positiva nella letteratura del decennio precedente. Qui ci basta osservare che la tecnica è usata in modo più “gentile”, con l'intenzione di costruire una cornice narrativa che preveda vie di salvezza.

Dovremmo, insomma, considerare la possibilità che la “semplice bellezza” di quel modo di fare terapia possa dispiegarsi anche una volta liberata dalla pesantezza delle metafore belliche della terapia strategica, per passare nelle mani di “un terapeuta relazionale che privilegia la via dell'arte” (Schinco, 2005). È possibile che quegli strumenti concettuali possano trovare nuovi significati coerenti con una sensibilità narrativa (v. anche Giuliani in Giuliani e Nascimbene, 2009). Essere critici sui nostri strumenti e sottoporli a revisione continua è molto più utile che rinunciare ad averne.

Seconda variazione: che fine ha fatto la narrativa nella terapia narrativa?

Nei primi anni Novanta diversi autori soprattutto di area anglosassone si adoperarono per indicare la via d'uscita dalla teoria e dalla pratica sistemica. Questa posizione esercitò una robusta influenza su molti clinici sistemici.

Il gruppo di Milano, che aveva introdotto la metafora dei sistemi nella terapia della famiglia, si era diviso dal decennio precedente in due filoni ben distinti: Mara Selvini Palazzoli continuava con Giuliana Prata la sua ricerca sulle determinanti relazionali della psicosi e dell'anoressia, in un percorso che l'avrebbe riportata a confrontarsi con la psicoanalisi; Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin approfondivano lo studio dei testi di Gregory Bateson e insegnavano il modello in giro per il mondo: attraverso il confronto con clinici e allievi, svilupparono un'attitudine allo sguardo autoriflessivo (v. Boscolo e Cecchin in Semboloni, s. d., ripubblicato 2012) che poi avrebbe trovato una specificazione teorica nella cibernetica del secondo ordine e nel dialogo con gli epistemologi costruttivisti. Testimonianza dell'attività di quegli anni e dell'influenza che la terapia sistemica del “Milan team” esercitò su terapeuti di lingua inglese è il libro scritto dai due Maestri insieme a Lynn Hoffman e Peggy Penn (1987).

Qualche anno più tardi, in un celebre articolo che costituisce una specie di manifesto della svolta testuale e narrativa in terapia, Lynn Hoffman esprimeva il suo disagio verso la visione dei sistemi umani come autoreferenziali e informazionalmente chiusi

(Maturana e Varela, 1980): sebbene di quella teoria apprezzasse la delegittimazione di qualunque posizione istruttiva o manipolativa, non tollerava l'idea che i sistemi autopoietici possano tutt'al più esercitare un'influenza indiretta gli uni sugli altri, e che ciascun sistema, in funzione della propria struttura, determini il proprio comportamento in risposta a quella perturbazione. Scriveva Lynn Hoffman (1990):

“...non mi piaceva l'idea che le persone fossero bloccate in una cabina di isolamento biologico. Portando questo punto di vista alle estreme conseguenze, si potrebbe dire che terapeuti e clienti sono come persone chiuse in batisfere, che cercano di comunicare sott'acqua.” (Traduzione mia e di Adriana Valle)

Credo che l'idea paradossale che i sistemi viventi comunichino essendo chiusi avesse implicazioni disturbanti ed evocasse una condizione di disperante solitudine ontologica. Alcuni clinici come Gianfranco Cecchin hanno governato lo sgomento che ne derivava elaborando concetti come quello di “curiosità” (1988), che è in fin dei conti ironica e leggera accettazione della sostanziale inconoscibilità dell'altro — e del fatto che davanti a quell'alterità non ci rimane che porre domande. Altri hanno trovato conforto guardando alla realtà come un “flusso generale di narrative in costante cambiamento” (Hoffman, *ivi*) che genera significati emergenti dall'interazione.

Tornando sull'argomento in un altro storico articolo, Hoffman (1992, pag. 21) proporrà esplicitamente che la metafora centrale per la terapia diventi la *conversazione*.

In altre occasioni la critica all'approccio sistemico appare difficilmente comprensibile, come nel caso di Michael White (1995) che rimprovera al modello l'indifferenza alla dimensione temporale o la posizione di obiettività: ma, come osserva Bertrando (1997), nel momento in cui White esprime la sua disapprovazione per quelle posizioni, esse erano da anni considerate un retaggio superato.

Efran e Clarfield (in Gergen, McNamee, 1992), discutono da una posizione sociocostruzionista il setting della terapia sistemica, l'équipe, lo specchio e la videoregistrazione. Dal momento che il setting tradizionale è praticamente estinto dalla pratica quotidiana di tanti terapeuti sistemici — per ragioni in primo luogo economiche — la loro critica è nei fatti priva di conseguenze rilevanti: ma ha un forte valore simbolico perché contesta la traduzione di principi teorici in elementi tangibili del setting. Certamente, se assunta ideologicamente, la scelta di lavorare con un collega o un gruppo di colleghi per moltiplicare i punti di vista, può configurare una fallacia della concretezza mal posta. Ma, se è innegabile che di per sé il gruppo di terapeuti non è garanzia di un pensiero complesso, l'esperienza di molti di noi dice che perlomeno gli si avvicina più che lavorare da soli. Un gruppo di colleghi che abbiano condiviso una certa pratica di terapia e non abbiano timore di ritrovarsi in competizione, può produrre doppie descrizioni e ipotesi complesse che possono essere di grande aiuto al processo terapeutico e alla famiglia.

Ma la posizione dei due autori — che li accomuna a diversi altri rappresentanti del movimento — è a un certo punto ben riassunta (pag. 217): una terapia non ha bisogno d'altro che di “un terapeuta, una stanza e una o più persone con qualche problema” e non si identifica con “uno specifico set di procedure” (pag. 218).

La mia impressione è che quanti hanno inteso traghettare lontano dalla tradizione sistemica e verso un approdo narrativo la terapia cosiddetta — per usare un riferimento condiviso — “post-Milano”, abbiano portato in dote una visione molto approssimativa di narrazione, e abbiano soffocato la vivace vocazione narrativa della terapia sistemica degli anni ruggenti.

Una narrazione implica un'architettura strutturale, e la costruzione di quest'ultima implica la cognizione di quel che si sta facendo: per dirla meglio, implica una tecnica — sebbene la parola “tecnica” suoni sospetta ai terapeuti conversazionalisti e narrativisti, ai quali evoca una terapia che torna ad essere l'arte della manipolazione da parte di chi “sa”.

Spiega lo scrittore Giulio Mozzi, nell'illustrare la tecnica della narrazione, che “la parola greca *tèchne*, da cui “tecnica”, e la parola latina *ars*, da cui “arte” sono quasi perfetti sinonimi” (2009). E se vogliamo prendere sul serio l'idea che l'arte della terapia confini con l'arte dei narratori, dobbiamo riconoscere che non si può espellere dai nostri interessi qualunque preoccupazione “tecnica”. Una narrazione non è soltanto fatta di materiale da raccontare, ma anche dei modi di organizzare quel materiale nella maniera più efficace.

Scrivi ancora Mozzi (*ivi*) che:

“Di solito, quando cominciamo a immaginare una storia, siamo molto preoccupati della sua materia: che cosa succede, a chi, dove, perché, eccetera. Ma a un certo punto — possibilmente prima di metterci a scrivere — dovremo cominciare a immaginare anche la forma della storia, il modo in cui organizzeremo l'intreccio, lo stile che adopereremo, il tipo di testo che produrremo”.

Senza aspetti formali che la strutturino, dunque, non è possibile una narrazione, che è in primo luogo una forma di organizzazione del discorso umano in una forma che abbia senso. Essa è data da una serie di scelte, a cominciare dal cosa includere e cosa escludere, perché tutto ciò che entra in una narrazione ha un senso e tutto ciò che non entra in una narrazione ha un senso (Cassani, 2012).

Riporto quello che già dicevo altrove (Giuliani, 2014):

“Nel pensiero che ha dato origine a una terapia pensata come flusso di conversazione, il terapeuta dovrebbe essere sempre trasparente e discutere praticamente in tempo reale quello che pensa del cliente o della famiglia: ma un'altra condizione che ci lascia insoddisfatti di una storia è che l'autore o il regista ci voglia dire tutto, che non sappia aspettare il momento giusto: o che non gli sia permesso, perché — come in televisione, ad esempio — è la scansione degli stacchi pubblicitari che decide quanto si deve dire, e quando: cioè prima possibile, prima che lo spettatore si stanchi di attendere. Tutto diventa trasparente e ovvio, e ci risparmia la fatica di pensare e di essere spettatori attivi. Si neutralizza quella “tensione narrativa” di cui dicevamo.”

Essere trasparente o essere “opaco” è, ancora una volta, una scelta che ha a che fare con la “tecnica narrativa” del terapeuta e la sua assunzione di responsabilità.

La terapia non è “uno specifico set di procedure” più di quanto raccontare, scrivere, suonare o recitare non siano altrettanti “specifici set di procedure”. Senza quelle “procedure” (ma sarebbe più sensato parlare di tecniche, di scelte stilistiche e formali), senza struttura (lineare, non lineare, multilineare: v. Giuliani e Nascimbene, 2009) ci resta un coacervo di fatti e di impressioni senza legami fra loro.

Raymond Queneau, coi suoi “Esercizi di stile” (1947), ci dimostra proprio questo: che quello che rende narrazione una trama anche banale, è l'operare delle scelte fra le tante possibili varianti stilistiche.

Terza variazione sul tema: intervento finale e tensione narrativa

Il tempo è uno degli elementi fondamentali che strutturano una narrazione. Il tempo della seduta sistemica è scandito dall'alternanza di conversazione con la famiglia e nell'équipe dietro lo specchio. In “Paradosso e controparadosso” la seduta-modello era composta di: pre-seduta, seduta, discussione, intervento finale, verbale di seduta. Una scansione che è di fatto una struttura narrativa, in cui si costruiva e si alimentava una storia fino al rituale finale dell'intervento.

Due esempi possono rendere conto di questo. Il primo è un breve resoconto di una seduta di Gianfranco Cecchin dei primi anni Ottanta.

La seduta è con la famiglia di una giovane donna che rifiuta di toccare ed essere toccata dai genitori e per di più ha la strana mania di chiedere alle persone, prima di mangiare un cibo, di assaggiarne per lei.

Afferma con tono lamentoso di non volersi avvicinare ai genitori perché sono vecchi: con voce querula spiega che il contatto con persone vecchie la “rovina” e rende brutti e inguardabili anche i suoi vestiti. Accetta solo il contatto con una zia, che pertanto passa parte della giornata con lei, l'accompagna in macchina e le lava i vestiti nella propria casa.

In casa rifiuta di toccare quello che loro toccano: anche nel rapporto coi nipotini — figli della sorella e del fratello maggiori — mantiene una terrorizzata distanza perché sono “toccati” dai nonni, i suoi genitori.

Anche in seduta non accetta di sedere in cerchio con gli altri partecipanti, restando in piedi in un angolo della stanza dove si rende invisibile anche alla telecamera dell'équipe dietro lo specchio.

Il clima della seduta è pesantissimo. I genitori esprimono offesa per il modo in cui si sentono trattati dalla figlia, ne evitano lo sguardo e quando lo incrociano la guardano sdegnati; ma quando la figlia afferma di stare male a casa, e di volersene andare lontano dai genitori, la accusano di voler abbandonare un padre malato e la ammoniscono che da nessuna parte al mondo si sta al sicuro come accanto alla mamma e al papà. La giovane donna piagnucola per tutto il tempo con voce da bambina e protesta. Tutta la seduta gira intorno al tema di chi tocca chi e di come il contatto con qualcuno può essere contaminante.

Al ritorno dopo la consultazione col gruppo di supervisione, il terapeuta comunica di aver capito che c'è una “storia vecchia” che consiste nel fatto che in quella famiglia nessuno può andare via. La figlia non può andarsene via dai genitori, anche se avrebbe le capacità per farlo, e i genitori non possono stare senza di lei. Anche la zia non può separarsi dalla famiglia d'origine, e in considerazione di tutto ciò propone a tutti di non tentare di separarsi prima della seduta successiva.

Le domande sono puntuali, il linguaggio molto semplice e non c'è ricorso a parole chiave che alzino la temperatura emotiva. La scelta delle parole tende piuttosto a una certa indefinitezza (“è una storia vecchia”, “una paura tremenda”) e ad occupare meno “spazio semantico” possibile, in modo che le persone possano riempirlo a modo loro.

Nel finale assistiamo a un capovolgimento (qualcosa che in letteratura chiameremmo “colpo di scena”) che modifica la prospettiva della storia. Un elemento che era apparso nel corso della storia in una posizione marginale, si rivela invece centrale. Per tutto il tempo vediamo inquadrato il problema principale, cioè il sintomo e le bizzarrie della

giovane. Ora il tema della separazione, che era apparso a un certo punto di sfuggita, diventa il nodo centrale di una rilettura della storia di questa ragazza e della sua famiglia.

Il tema della separazione si ripresenta come la classica “pistola di Čechov”: diceva lo scrittore russo che se all’inizio della storia appare una pistola, prima che la storia finisca la pistola deve aver sparato. Diremmo ugualmente che se nel finale c’è una pistola che spara, quella pistola doveva trovarsi da qualche parte anche prima. È un contributo narrativo della famiglia, che il terapeuta ha registrato e che ora ripropone.

Lo scrittore Massimo Cassani (2012) parla di questo riemergere di dettagli intravisti nel corso della storia in termini di “semina” e “raccolto”.

In un altro modo potremmo dire che i nostri clienti e le famiglie portano delle narrazioni che ci propongono — di solito — delle gerarchie logiche: elementi maggiori, “nuclei”, che fanno avanzare la storia e che di questa costituiscono dei cardini. Altri elementi secondari, “satelliti”, non hanno lo stesso peso nella storia ed anzi possono essere sacrificati senza che quella ne riceva un gran danno. Fa parte della funzione depatologizzante della seduta il fatto che nella narrazione condivisa nel finale, alcuni elementi “nucleo” — ad esempio quelli relativi al sintomo — diventino “satellite” e alcuni elementi “satellite” diventino cruciali al punto da offrirsi come nuovo punto di articolazione della storia (cfr. Chatman, 1978).

Come al lettore un intreccio ben congegnato — in cui tutti gli elementi si intrecciano elegantemente, e nulla o quasi si perde — offre l’esperienza soddisfacente di un “tutto” che sta in piedi, il paziente o la famiglia che riconoscono elementi familiari e ritrovano qualcosa di sé — dettagli narrativi, metafore — nel racconto che il terapeuta restituisce, sperimentano che la loro vicenda sta dentro una “buona storia” che ha senso. Quando questa circolarità è efficace, quando cioè il terapeuta riesce a porsi davvero in ascolto e a connettere dentro di sé le informazioni che la famiglia gli offre, e le restituisce in una struttura nuova, questo per i clienti costituisce una esperienza emotivamente importante, e i modi in cui glielo comunicano possono essere i più vari, sia espliciti che non verbali. Dello stesso periodo è la seduta che segue, di Luigi Boscolo.

In una seduta di consultazione il terapeuta vede due genitori e un figlio trentenne che fa uso di droghe pesanti. Dedicava una breve introduzione a raccogliere informazioni sulla costituzione e sulla vita della famiglia e sui membri che non sono in seduta, poi domanda quale sia il problema e come siano arrivati al Centro. Il figlio spiega la propria tossicodipendenza e l’indicazione dell’inviante, il terapeuta commenta le espressioni dei genitori, che vede scettici riguardo il resoconto del figlio. Allora fa domande su chi della famiglia sia più competente nel riconoscere quando il figlio è sotto effetto dell’eroina. Di lì si prende a parlare d’altro: la seduta esplora la quotidianità della famiglia e del paziente designato, il lavoro, l’imminente matrimonio della sorella, il lungo rapporto del giovane con una fidanzata che non si drogava, il modo in cui l’eroina ha finito per complicare il suo rapporto con quella ragazza, fino a spingere lei a lasciarlo: mentre l’innamoramento, corrisposto, per la mamma resta stabile nonostante i guai che la droga ha imposto alla famiglia negli anni.

Nel finale il terapeuta introdurrà delle domande su come il figlio possa aver pensato che la madre avesse bisogno di riempire un vuoto, e di come possa aver deciso di diventare il suo marito “morbido” accanto al marito “burbero” che è suo padre. E su come potrebbe essersi ingannato, non pensando che alla madre poteva star bene il suo marito “burbero”...

Così come accade in gran parte della moderna narrazione seriale (Regazzoni, 2014), in una terapia come quella da cui ho estratto questo resoconto di consultazione troviamo una trama principale (il sintomo) e tante sottotrame che emergono nel corso delle sedute. Nelle sottotrame conosciamo i personaggi, ci appassioniamo, ci identifichiamo con loro, ci interessiamo al loro mondo, alle loro motivazioni, ai loro cambiamenti. La trama “principale” è una specie di macrointreccio che non sempre emerge nella narrazione (in molte terapie di Luigi Boscolo al problema sono dedicati i primi tre minuti, o poco più, della seduta di consultazione), ma che è noto e costituisce una cornice implicita.

Talvolta una sottotrama (qui l’innamoramento per la madre) ha un legame con la trama principale (la tossicodipendenza del figlio), e introduce elementi che retroagiscono su quella e la modificano nei significati (ad esempio, la dipendenza diventa una strategia per restare a casa a farsi curare dalla madre, che fornisce anche il denaro per l’eroina) o nell’evoluzione (il sintomo scompare, o la definizione del problema si modifica).

Queste strutture hanno una parte importante nella tensione narrativa e nella gradazione emotiva della seduta: Boscolo esprime la convinzione che “cambiare le premesse è l’obiettivo ultimo, però (...) la strada per arrivare a quest’obiettivo [è] quella di riuscire a cambiare le emozioni piuttosto che i comportamenti” (Boscolo, Bertrando, 2002, pag. 19).

Rispetto al tentativo di decostruire la struttura della seduta in una conversazione fluida, anche Karl Tomm (1987) ha affrontato la questione, proponendo un modo di condurre la seduta centrato più sul fare domande che sull’intervento finale. La proposta di Boscolo è più complessa (in Boscolo e Bertrando, 2002, pag. 12), e non comporta la rinuncia dogmatica alla rilettura finale:

I “pezzi” di storia, si può dire, fluttuano nello spazio in cui avviene l’intervista e, nel tempo, avviene la ricostruzione. Ogni tre/quattro turni di parola, avvengono delle micro-ricostruzioni, effettuate di solito dal terapeuta (ma possono contribuire anche i clienti), per poi arrivare alla macro-ricostruzione della storia. Quest’ultima segue i criteri della narrativa.

A mio avviso ci sono buone ragioni per concedersi il lusso di scegliere: commentare i contenuti della seduta via via che si dipanano o lasciarli fluttuare e cucirli insieme al termine della seduta ha conseguenze differenti sulla “consistenza” di quei pezzi di storia.

Talvolta le informazioni, nel momento in cui emergono in seduta, quando ancora ne udiamo l’eco, hanno il massimo del loro “peso”. Se poi ci affrettiamo a discuterle, contribuiamo a dar loro un certo grado di sostanza. La metafora quantistica è d’aiuto: le “cose” diventano “cose” quando interviene l’osservatore. Fino ad allora erano possibilità, virtualità, differenze.

Lasciar fluttuare i pezzi di storia nella stanza, prendersi il tempo di pensarci e continuare nel frattempo l’esplorazione, rende quelle storie più flessibili. La fine della seduta è così il momento in cui esse tornano ad essere al massimo della loro virtualità (Giuliani, 2014).

Quarta variazione sul tema: le “variazioni stravaganti”

Ancora, Efran e Clarfield (cit.) si dedicano a demolire gli aspetti formali della terapia della famiglia del gruppo di Milano. Della loro posizione sul setting abbiamo già detto; ma il resto della requisitoria è un catalogo di affermazioni apodittiche e fallacie logiche. I due autori biasimano quelle che chiamano “variazioni procedurali piuttosto stravaganti”, come consegnare alla famiglia messaggi che contengono riflessioni del gruppo di terapeuti; o il fatto che il terapeuta che conduce la seduta venga chiamato dai colleghi ad uscire dalla stanza nel corso di una interazione con la famiglia; l’argomento che portano è di avere “pettegolezzi da convegno o esperienze personali” su clienti insoddisfatti.

Nel contestare l’utilizzo delle domande riflessive e delle domande circolari (Giuliani, 2013d), ricorrono al più classico *straw man argument*, definendole “formule verbali magiche” e affermando che “creano l’illusione dell’imparzialità e del *fair play*”. Ma nessuna teoria della tecnica sistemica ha mai sostenuto che lo scopo delle domande “speciali”, come le chiamano i due autori, sia quello di creare “imparzialità” o “*fair play*” — qualunque cosa questo voglia dire. La tecnica del fare domande su relazioni, rivolte al “terzo” anziché agli interessati (Selvini Palazzoli e coll., 1980, illustrata brevemente anche in Giuliani, 2013d) è ampiamente commentata da Barnett Pearce (1989) come un modo di “mettere le persone nella posizione di «osservatori» delle proprie azioni”: perché “l’ascolto della descrizione di se stessi prodotta dagli altri membri della famiglia introduce una prospettiva di «terza persona»” che comporta un insieme di diritti e doveri differente dalla posizione di «prima persona» (pag. 175).

Quello che ci interessa osservare è che, nel momento in cui si cerca di promuovere una terapia quanto più lontana da una prassi autoritaria e di controllo sociale, per definirla come un contesto di *storytelling*, un certo numero di terapeuti si vota a smantellarne tutti gli aspetti tecnici e formali per ricondurre la terapia alla sua natura di libera conversazione, da cui una narrazione si differenzia innanzitutto per quegli aspetti tecnici e formali.

D’altra parte il problema della concretezza mal posta (vedi su) ci sembra di trovarlo proprio in molte di quelle critiche, nel momento in cui affermano che sia una categoria di domande o un modo di strutturare la seduta ad essere etico o no.

Una serie di domande triadiche non è, di per sé, più o meno etica di una libera e spontanea conversazione. Non lo è — di per sé — esplicitare un proprio commento anziché tenerlo in serbo per quando sarà più utile. Non lo è una stanza con la telecamera più di quanto lo sia un lettino in penombra, o qualunque dei formati che diamo al luogo dove lavoriamo, o dei modi in cui traduciamo in pratiche e in tecniche verbali le nostre idee su cosa sia terapeutico per le persone.

Su tutto, è di dubbia eticità il rifiuto di considerare che come osservatori abbiamo la responsabilità delle descrizioni che diamo della realtà che osserviamo, e che mentre la osserviamo esercitiamo su di essa una forte influenza (Bianciardi e Gálvez Sanchez, 2012); o fidarci dei nostri strumenti fino a reificarli, invece che domandarci cosa stiamo facendo e — soprattutto — perché, e cosa potremmo fare di diverso in un dato momento, in un dato contesto, per quelle date persone.

La preoccupazione dell’etica dell’attività terapeutica ci spinge a integrare sempre più nella formazione alla professione i temi dell’epistemologia dell’osservatore, e a prendere sul serio l’imperativo etico di Heinz von Foerster: “Agisci sempre in modo da accrescere le possibilità di scelta” (vedi anche Bertrando e Bianciardi, 2006). Considerarlo necessario anche per noi come terapeuti ci aiuta ad ampliare le nostre possibilità di movimento, la nostra conoscenza di soluzioni utili alla terapia, e dunque lo

spazio di responsabilità che apriamo per i nostri pazienti.

Infine: ritorno al tema

I casi clinici — anzi, le saghe familiari — di “Paradosso e Controparadosso” (Selvini Palazzoli e coll., 1975) esercitarono su di me un forte fascino letterario prima che clinico. Credo che quel libro, e quelli di Boscolo degli anni 90 (Boscolo e Bertrando, 1993 e 1997), abbiano mostrato il talento di *storyteller* dei terapeuti milanesi, come quelli di Cecchin (v. Cecchin, Lane e Ray, 1992 e 1997; Cecchin e Apolloni, 2003) hanno insegnato a decostruire le narrazioni esperte.

La capacità di raccontare, l’ascolto per le storie, trovavano nel dispositivo della seduta sistemica la cornice adeguata. Anzi, azzardo: quel dispositivo era figlio anche di quel talento.

Di Gianfranco Cecchin ho detto altrove (Giuliani, 2014) che la metafora attraverso la quale riesco a descriverlo è quella di una specie di musicista jazz, un improvvisatore con un grande senso della struttura e della forma.

Una parte significativa della lezione di Luigi Boscolo è stata il modo in cui ha portato nel proprio modo di lavorare con le famiglie un senso istintivo e divertito del raccontare. Raccontare in seduta a una famiglia la storia — magari finita bene — di un’altra famiglia, è un modo di invitare le persone a confrontarsi con la possibilità, di proiettarsi su un altro scenario possibile. Il confronto con una storia simile e differente insieme, offre la possibilità depatologizzante di pensare alla propria storia come parte di un più grande insieme di storie, ma soprattutto mette le persone in posizione di osservare da un passo indietro una storia che non è la loro, ma nella quale possono identificarsi. Quando questo accade in seduta, equivale a un invito ad uscire dal proprio punto di vista per considerare la propria vicenda da una posizione esterna.

Pensare al sapere del terapeuta come a una costruzione epigenetica che è il prodotto di tutte le storie che lo hanno attraversato (Boscolo e Bertrando, 1996), incoraggia a cercare continuamente ispirazione nel proprio bagaglio di storie.

Non solo: credo che la sua passione per le storie sia stata sempre una parte importante di un modo di riconoscere importanza alle persone. Il suo modo di raccontare, al termine della seduta, la storia dal suo punto di vista; e poi dopo una pausa tornarci su modificandone una sfumatura; e la volta dopo accompagnandola con differenti gesti della mano; è un modo di esercitare la propria curiosità sulle molteplici sfaccettature di quella storia, e di comunicare alle persone che sono importanti perché non sono banali, e non lo sono le loro esperienze e i loro vissuti.

In conclusione, la riconsiderazione degli strumenti della terapia alla luce di una sensibilità narrativa, trattando per lo più quei dispositivi come un insieme di prassi disincarnate, si è tradotta prevalentemente nella produzione di una quantità di idee più o meno normative su come costruire storie che curano — al pari degli altrettanti manuali e articoli che insegnano ingenuamente a *utilizzare* metafore in terapia — e nella rinuncia ad esplorare, viceversa, gli innumerevoli modi in cui le pratiche terapeutiche diventavano parte della necessaria e continua attività poetica e metaforica degli esseri umani.

Grazie a Massimo Schinco per aver riletto la bozza e per le lunghe conversazioni di questi anni, in cui mi sono persuaso che una terapia che abbia un punto d’appoggio altrove sta in piedi anche meglio.

Grazie a Massimo Cassani per la conversazione telefonica di una domenica pomeriggio, che mi ha aiutato a focalizzare alcune questioni di narratologia e le loro relazioni con quella forma di narrazione che è la terapia.

Bibliografia

- Barbetta P. 2005. Anoressia e isteria. Una prospettiva clinico-culturale. Raffaello Cortina, Milano.
- Bertrando P., 1997. Commento a White, 1995. Connessioni, 1, p. 81.
- Bertrando P. e Bianciardi M., 2006. Possibilità e responsabilità. L'etica di Heinz von Foerster, il postmoderno e la pratica clinica. In Barbetta P. e Toffanetti D. (a cura di), *Divenire umano: von Foerster e l'analisi del discorso clinico*. Meltemi, Roma.
- Bianciardi M., Gálvez Sanchez F., 2012 (a cura di). *Psicoterapia come etica*. Antigone, Torino.
- Boscolo L. e Bertrando P., 1993. I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica. Bollati Boringhieri, Torino.
- Boscolo L. e Bertrando P., 1996. *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Boscolo L. e Bertrando P., 2002. Il sistema e la critica: dialogo tra maestro e allievo. *Connessioni*, 10, pp. 11-21.
- Cassani M., 2012. Materiale della lezione su "Elementi dell'intreccio" presso Laurana Editore, Milano.
- Cecchin G., 1988. Una revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità: un invito alla curiosità, *Ecologia della Mente* 5, pp. 29-41.
- Cecchin G., Lane G., Ray W. A., 1992. *Irriverenza: Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Franco Angeli, Milano.
- Cecchin G., Lane G., Ray W. A., 1997. *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Cecchin G. e Apolloni T., 2003. *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Franco Angeli, Roma.
- Chatman S., 1978. *Storia e discorso. La struttura narrativa nel romanzo e nel film*. Il Saggiatore, Milano, 2010.
- Gergen K. e McNamee S., 1992. *La terapia come costruzione sociale*. Franco Angeli, Roma, 1998.
- Giuliani M., 2008. Le emozioni dei terapeuti e la memoria della paziente. Un ipertesto sull'anoressia, *Connessioni*, 21, pp. 103-132.
- Giuliani, M., 2013a. Voce "Scuola di Milano", in Nardone G. e Salvini A., *Dizionario internazionale di psicoterapia*. Garzanti Editrice, Milano.
- Giuliani M., 2013b. Strategie per una terapia non strategica: una conversazione con Pietro Barbetta su anoressia e cura. *Psychiatry on line Italia*. <http://www.psychiatryonline.it/node/4413>
- Giuliani M., 2013c. Voce "Controparadosso", in Nardone G. e Salvini A., *Dizionario internazionale di psicoterapia*. Garzanti Editrice, Milano.
- Giuliani M. 2013d. Voce "Domande triadiche", in Nardone G. e Salvini A., *Dizionario internazionale di Psicoterapia*. Garzanti Editrice, Milano.
- Giuliani M. 2014. Blues in C. Leggerezza e molteplicità in Gianfranco Cecchin. *Psychiatry on line Italia*. <http://www.psychiatryonline.it/node/4817>
- Giuliani M. e Nascimbene F., 2009. *La terapia come ipertesto*. Antigone Edizioni,

Torino.

Hoffman L., 1990. "Constructing realities: An art of lenses". *Family Process* 29, pp. 1-12). (vedi anche trad. italiana <http://infosistemica.wordpress.com/2003/07/25/costruire-realta-unarte-di-lenti/>)

Hoffman L., 1992. Un'ottica riflessiva per la terapia della Famiglia. In Gergen K e McNamee S., 1992, pp. 20-38.

Maturana H. R. e Varela F. J., 1980. Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente. Marsilio, Venezia, 1985.

Mozzi G., 2009. (non) Un corso di scrittura e narrazione, Terre di Mezzo Editore, Milano.

Pearce B., 1989. Comunicazione e condizione umana. Franco Angeli, Milano, 1998.

Penn P., 1985. "Feed-Forward: Future Questions, Future Maps". *Family Process*, vol. 24, pp. 299-310.

Queneau R., 1947. Esercizi di stile, Einaudi, Torino, 1983.

Regazzoni S., 2014. La letteratura nell'epoca neo-narrativa della serialità televisiva, Gli amanti dei libri, <http://www.gliamantideilibri.it/oltre-la-penna-di-simone-regazzoni/>

Schincò M., 2005. Il contributo di Gianfranco Cecchin all'identità del terapeuta relazionale, convegno SIPPR 'Sviluppi e tendenze in terapia relazionale: nuove identità per terapeuti non solo familiari' (Forte dei Marmi, 6-7 maggio 2005). http://www.massimoschincò.it/index_file/cecchin.pdf.

Schincò M., 2014. The Systemic Psychotherapy between Science and Intuition, presentazione al convegno *Anatomia Nie/Rozumu*, Krakow, 11 ottobre 2014. CMTF Worldwide, <http://worldwide.cmtf.it/?p=27>.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., 1975. Paradosso e controparadosso. Feltrinelli, Milano, 1978.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., 1980. Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre Direttive per la Conduzione della Seduta, *Terapia Familiare* 7, pp. 7-19.

Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 1998. Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare. Raffaello Cortina, Milano.

Semboloni P., s. d., ripubblicato 2012. Intervista con il Dott. Luigi Boscolo e il Dott. Gian Franco Cecchin, Codirettori del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. *Psychiatry on line Italia*. <http://www.psychiatryonline.it/node/2219>

Tomm K., 1987. Intervista interventiva: Parte II. Le domande riflessive come mezzi per condurre all'autoguarigione, *Connessioni*, 23/2009, pp. 29-51.

White M., 1995. Comportamenti e loro determinanti o azioni e loro senso. Metafore sistemi- che e narrative, *Connessioni*, 1/97, pp. 75-80.