

Terapia Sistemica e Linguaggio

Dall'interesse per l'organizzazione del sistema alla centralità del linguaggio

Luigi Boscolo e Paolo Bertrando

Per molti anni, la teoria sistemica applicata alla terapia ha privilegiato, tra le diverse possibilità di indagine, quella rifocalizzata sulle tipologie organizzative e sulla rilevanza delle coalizioni all'interno dei sistemi significativi cui i clienti appartenevano (si vedano, per esempio, Haley, 1976; Selvini Palazzoli et al., 1975; Watzlawick et al., 1967). L'interesse per il linguaggio è sempre stato presente nel nostro lavoro con famiglie, coppie e individui, anche se, nelle sue varie fasi, ci siamo occupati di diversi aspetti di esso. Negli anni settanta, infatti, abbiamo iniziato con il considerare l'*aspetto pragmatico* del linguaggio, in sintonia con l'approccio sistemico-strategico di Palo Alto, per poi, in seguito all'abbandono della teoria della "scatola nera", grazie all'arricchimento acquisito attraverso lo studio approfondito del pensiero batesoniano (si veda Bateson, 1972, 1979), ci siamo aperti all'*aspetto semantico* del linguaggio, cioè ai sistemi di significato. L'applicazione del pensiero batesoniano alla clinica ci ha inoltre portato a considerare l'importanza, nel linguaggio dei clienti, dell'uso di diverse locuzioni, e soprattutto dei modi e dei tempi verbali: per esempio, la frequenza dell'uso dell'indicativo piuttosto che del congiuntivo, oppure del passato invece che del presente/futuro (Bruner, 1986). Siamo così diventati molto sensibili anche all'*aspetto sintattico*, e all'utilizzo nel dialogo di tempi e modi diversi, che mettano i clienti a confronto con altri modi di pensare:

...
Sono entrati nel nostro campo
concetti quali la costruzione e
co-costruzione della realtà, la
soggettività della conoscenza,
l'autoriflessività.
Questa evoluzione ci ha porta-
to a vedere il linguaggio non
più soltanto come un mezzo,
ma come un fine della terapia,
nel senso che centrando
l'attenzione sulle parole e sul
modo in cui i clienti parlano,
si può avere un'impressione
su come costruiscono la realtà,
... la loro realtà.

Luigi Boscolo, psichiatra, psicoanalista e terapeuta della famiglia, è co-direttore del Centro Milanese di Terapia della famiglia.

Paolo Bertrando, psichiatra e psicoterapeuta, è didatta al Centro Milanese di Terapia della Famiglia.



per esempio, con persone che tendono a pensare e a reificare la realtà in modo rigido è importante usare domande ipotetiche, con una prevalenza di condizionali e congiuntivi, che introducano possibilità (Boscolo e Bertrando, 1993).

A metà degli anni ottanta, la rivoluzione del costruttivismo, della cibernetica di secondo ordine e del costruzionismo (Maturana e Varela, 1980; von Foerster, 1982; von Glasersfeld, 1985) ha portato di prepotenza il linguaggio al centro della scena nel processo della terapia e della consulenza. Sono entrati nel nostro campo concetti quali la costruzione e co-costruzione della realtà, la soggettività della conoscenza, l'autoriflessività, attraverso il contributo di Maturana, che sottolineava da una parte che la realtà emerge nel linguaggio attraverso il consenso, implicando tante realtà quanti sono i linguaggi, dall'altra che i significati dei messaggi sono dati dal ricevente. Questa evoluzione ci ha portato a vedere il linguaggio non più soltanto come un *mezzo*, ma come un *fine* della terapia, nel senso che, centrando l'attenzione sulle parole e sul modo in cui i clienti parlano, si può avere un'impressione di come costruiscono la realtà: quindi l'uso di appropriate parole, espressioni e metafore poteva cambiare la loro realtà. In precedenza, il cambiamento era invece attribuito alla modificazione dell'organizzazione del sistema familiare, cioè dei "giochi familiari", per esempio alleanze, coalizioni o segreti.

Nell'analisi linguistica della relazione di terapia e di consulenza, ci occupiamo innanzitutto delle parole e dei messaggi analogici che emergono nel dialogo con il cliente, specialmente delle parole, espressioni e metafore ridondanti, cui il cliente sembra attribuire un significato personale. Abbiamo sviluppato un nuovo modo di analizzare il lessico terapeutico, utilizzando parole ed espressioni del cliente nei suoi diversi significati, e allo stesso tempo riportando interesse sul linguaggio del terapeuta, e sul modo in cui esso entra in contatto e in combinazione con quello dei clienti (Boscolo et al., 1991; Boscolo e Bertrando, 1996).

In queste pagine cercheremo di fornire una sintesi dei tre aspetti del linguaggio, retorica, ermeneutica e narrativa, che più stanno influenzando il nostro modo di pensare e agire.

La retorica

Nel capitolo III del libro *Terapia sistemica individuale* (Boscolo e Bertrando, 1996), abbiamo illustrato l'importanza e l'utilità della retorica nel nostro lavoro, distinguendo due tipi di retorica: quella che mira a persuadere l'altro (quella dell'avvocato, o del venditore, o del politico, e quella di alcuni tipi di terapia, come le terapie strategiche) e la


“retorica dell’impredicibilità”. Quando parliamo di retorica nella nostra terapia, noi ci riferiamo a quest’ultima. Per noi, la retorica è ben altro che un semplice modo di persuadere: la consideriamo un modo di *agire con le parole*. La relazione fra azione e linguaggio era già stata illustrata dai filosofi greci; si può dire, anzi, che la retorica sia stata la prima disciplina a porsi come ponte fra pensiero e azione, a differenza della logica, che scindeva queste due realtà. Le azioni con le parole hanno il fine di creare un contesto in cui possano emergere nuovi significati. Ciò che è primario (almeno per noi) è il modo in cui un discorso (cioè una data disposizione degli elementi del discorso) riesce a evocare nell’interazione emozioni connesse a determinati significati. La retorica mira allora a suscitare nell’ascoltatore emozioni che possono determinare un cambiamento nel suo agire, e conseguentemente nel suo pensare.

In quest’accezione, poi, la retorica è anche l’arte (o l’artigianato) - non certo la scienza - in cui la parola, il discorso, contano in tutti i loro aspetti, in cui i significanti diventano importanti quanto i significati. Quindi gli aspetti fonetici delle parole, la costruzione del discorso, ma anche gli aspetti cinesici, la mimica, la scelta stessa del contesto, acquistano nel discorso un ruolo essenziale. La prima analogia con il contesto terapeutico sta nel fatto che la parola in terapia ha in comune con la parola retorica il fatto d’essere usata e di valere in tutti i suoi risvolti. In altri termini, per il terapeuta come per il retore, tono della voce e suono delle parole sono in certi casi altrettanto o più importanti del senso delle parole stesse¹. Ciò lo rileviamo spesso osservando le videoregistrazioni di certe conclusioni di seduta, in cui traspare che le emozioni espresse dal terapeuta, attraverso il tono e la ripetizione delle parole, potenziano visibilmente l’accettazione dell’intervento.

Molti interventi caratteristici della terapia sistemica rivelano così artifici risalenti alla retorica classica, di cui il terapeuta o consulente non è consapevole. Prendiamo come esempio un tipico “intervento finale” di una terapia sistemica: in esso, spesso, sono riscontrabili i celebri cinque punti della retorica antica di Quintiliano (si veda in proposito Barilli, 1979):

- *inventio*: corrisponde alla creazione dell’intervento da parte del terapeuta o dell’équipe.
- *dispositio*: l’intervento deve seguire una sequenza logica, con una precisa articolazione delle parti. È noto quanto un intervento efficace possa essere vanificato dall’anticiparne la conclusione, o dal trascurare un passaggio di collegamento.

¹ Vivente Bateson, il gruppo originale di Milano gli inviò la trascrizione di alcuni suoi interventi, per avere un suo parere. Bateson rispose che non poteva pronunciarsi, perchè ignorava il tono con cui gli interventi erano stati effettuati.

- 
- *elocutio*: è necessaria un'accurata scelta delle parole più adatte (come vedremo tra breve, noi ne abbiamo selezionate alcune, che abbiamo definito "parole chiave").
 - *actio*: il modo in cui il terapeuta porge l'intervento è della massima importanza: usare un tono empatico, o solenne, o drammatico, o minimizzante, ecc., può fare una grande differenza e produrre effetti diversi - oppure nessun effetto. Molti allievi ricordano come gli interventi risultano efficaci quando eseguiti dai didatti, e inefficaci quando loro li porgevano alla famiglia con eloquio titubante e poco convinto.
 - *memoria*: è importante ricordare con precisione i momenti salienti della conclusione di seduta, in modo da poterla esporre con scioltezza e convinzione. La retroazione del cliente servirà da test sulla possibile efficacia della stessa.

Interessante è il rapporto fra retorica ed ermeneutica. È stato infatti affermato (Marzocchi, 1989) che, mentre nelle terapie analitiche il cliente può essere considerato un retore e il terapeuta un ermeneuta (il cliente parla e il terapeuta interpreta le sue parole), in terapia sistemica il rapporto è invertito: il terapeuta diventerebbe il retore (colui che fa domande) e il cliente l'ermeneuta, cioè colui che dà i significati. Le domande del terapeuta, infatti, implicitamente delegano al cliente tutta la responsabilità dell'interpretazione.

Fin dai tempi di Protagora, infatti, la retorica rinuncia a priori alla ricerca della verità. Essa è il dominio in cui "l'uomo è misura di tutte le cose", in cui sono ammissibili più verità, che dipendono da più punti di vista. Come per il terapeuta sistemico, per il retore esiste un multiverso, in cui le versioni della realtà sono molteplici.

La retorica del terapeuta sistemico si distingue comunque sia dalla retorica classica, sia da quella di terapeuti di altre scuole (per esempio, quelle strategiche basate sul *problem solving*). La terapia sistemica è inquadrabile, come abbiamo già ricordato, in una "retorica dell'impredicibilità", a differenza delle terapie basate su una "tecnologia" che prevede un percorso a stadi predefiniti per arrivare all'obiettivo prestabilito di eliminare il sintomo. In questo senso, la retorica del terapeuta sistemico agisce in un processo di esplorazione congiunta, aperta a diversi percorsi possibili. Nella danza interattiva fra cliente e terapeuta, il terapeuta cercherà di seguire i passi del cliente, evitando il più possibile di cadere nella "retorica del prestabilito".

A questo proposito, il passaggio dal tentativo di convincere attraverso un'argomentazione "ben costruita" di qualcosa che il retore ha ben pre-

sente, al tentativo di creare uno sbilanciamento nei sistemi di significato dei clienti, tale da condurli a trovare una propria soluzione, attua un decisivo mutamento metodologico: si prediligono parole ed espressioni polisemiche, ricche di connotazioni, ovvero dalla *retorica* si sconfinano nella *poetica*. Il discorso terapeutico acquista un'analogia con il testo estetico com'è stato definito da Umberto Eco:

Un testo estetico implica un lavoro particolare (...) [che] produce di frequente un nuovo tipo di visione del mondo (...) in quanto mira a stimolare un complesso lavoro interpretativo nel destinatario; il mittente di un testo estetico focalizza la propria attenzione sulle sue possibili reazioni, così che tale testo rappresenta un reticolo di atti locutivi, o comunicativi, che mirano a suscitare risposte originali. (Eco 1975, p. 328)

Si potrebbe dire che i “testi” terapeutici, analogamente ai testi estetici, possono essere considerati esempi di “stimolazione programmata” del destinatario da parte dell'emittente: dal momento, però, che l'emittente non può mai prevedere con esattezza le reazioni della controparte, la stimolazione è sempre programmata entro certi limiti, e il processo è un processo di invenzione. Ogni cliente tende a crearsi il proprio terapeuta. In quest'ultimo caso acquista rilevanza lo stile personale del terapeuta, l'uso che è in grado di fare delle proprie particolarità linguistiche, e anche la sua capacità di adattare il proprio stile linguistico a quello del cliente.

Parole chiave

Fin dalle prime battute di ogni seduta, il terapeuta è attento al lessico, ovvero al tipo di linguaggio del cliente, che consiste non solo del repertorio delle parole, ma soprattutto dei gesti, degli atteggiamenti e del complesso delle comunicazioni non verbali. Tale attenzione gli consente di calibrare le proprie parole ed emozioni così da integrarle nel contesto che si crea insieme al cliente. Il terapeuta presterà particolare attenzione a certe parole, che, come vedremo fra poco, possono essere utilizzate come “parole chiave” (Boscolo et al., 1991).

Il terapeuta s'immerge così in un dialogo il più possibile aperto, in cui il linguaggio è un atto di *reciprocità* fra persone. Nella complessità degli scambi si veicolano reti innumerevoli di possibilità, azioni e significati. Questa reciprocità può essere descritta come il risultato degli effetti delle parole e delle emozioni del terapeuta sul cliente, e ricorsivamente degli



effetti delle parole e delle emozioni del cliente sul terapeuta. Dalle parole del cliente, ma soprattutto dal suo linguaggio analogico, il terapeuta trae orientamento sui significati che questi attribuisce alle sue parole, domande, storie e metafore. Un viso che s'illumina, un'espressione di perplessità un'occhiata d'intesa, un improvviso scuotimento del capo possono essere segnali che nuove prospettive stanno emergendo.

Quelle che chiamiamo “parole chiave” sono parole che provengono dal cliente, parole ridondanti, che sembrano per quest'ultimo particolarmente significative; oppure parole del nostro repertorio, ritenute utili per le loro particolari proprietà polisemiche: essendo collegate a un gran numero di significati diversi, possono essere considerate come “parole-ponte”. Essendo polisemica, la parola chiave a volte introduce un'ambiguità di significati, come per esempio l'uso della parola “innamoramento” nella frase: “Chi è più innamorato, il papà della figlia o la figlia del papà?”, dove “innamoramento” può significare amore paterno e filiale, oppure amore peccaminoso. In questo senso, le parole chiave tendono a evocare scenari complessi nella relazione tra il cliente e le persone significative, e riattivare vissuti ansiogeni e a volte drammatici rimossi dalla loro coscienza. Nella nostra esperienza, l'effetto retorico di queste parole è rilevante nel ridefinire certe relazioni intrafamiliari connesse a disagi o angosce. A volte la parola chiave ha anche il potere di ridefinire una complessa situazione familiare, cambiando la *weltanschauung*: l'ampiezza del suo campo semantico consente la connessione di domini linguistici diversi. Riprendiamo un esempio tratto dal nostro articolo *Linguaggio e cambiamento* (Boscolo et al, 1991)

In un caso di arresto nel tempo di un soggetto (frequentemente psicotico), in cui questi, come spesso accade, si ritira dalla vita sociale, lascia gli amici e a volte la scuola e il lavoro, e finisce per trincerarsi in casa conducendo un'esistenza quasi vegetativa, è possibile condurre il dialogo terapeutico con la famiglia ridefinendo il comportamento non come un “sintomo” di malattia, né come una “cattiveria”, ma come uno “sciopero”. Questa parola chiave ha la possibilità di introdurre nuovi significati nel dialogo con la famiglia in quanto viene utilizzata da esperti, in un contesto terapeutico, in luogo della parola “malattia”. Se la parola “sciopero” è accettata dalla famiglia, e prende il posto di un'altra parola possibile, per esempio “schizofrenia”, connotando in tal modo i comportamenti del paziente come volontari (invece che involontari), aventi un fine, (legittimo o illegittimo), relazionali, e soprattutto reversibili, ciò può innescare un cambiamento nella famiglia per cui il paziente potrà essere visto come un soggetto che soffre e la cui sofferenza ha una valenza relazionale, e quindi passibile di cambiamento in relazione alle reazioni degli altri significativi.

Nel già citato articolo *Linguaggio e cambiamento* abbiamo fornito alcuni esempi di parole chiave e del loro uso in diverse situazioni cliniche.

L'ermeneutica

Uno degli autori più importanti in campo ermeneutico, Dilthey (1900), che ha sostenuto la possibilità di fondare la scienze umane su basi solide quanto quelle delle scienze naturali. Ciascuna di esse si basa su un proprio criterio, trovando legittimità le une (le scienze naturali) nella *spiegazione*, le altre (le scienze umane) nella *comprensione*. Nel circolo ermeneutico, quale può stabilirsi fra terapeuta e cliente, la comprensione è sempre pre-comprensione, in quanto l'interprete anticipa il senso da interpretare, il che mette in crisi l'idea di verità oggettiva (Ricoeur, 1965). Essendo l'essere umano un essere storico, la sua conoscenza è sempre limitata dal contesto in cui è vissuto.

La distinzione tracciata da Dilthey fra spiegazione e comprensione possiamo utilizzarla per differenziare il modo di lavorare all'interno della cibernetica di primo ordine degli anni settanta (in cui l'équipe terapeutica spiegava "obiettivamente" l'organizzazione del sistema familiare osservato) da quello del periodo del costruttivismo e della cibernetica di secondo ordine degli anni ottanta, in cui era stata eliminata la separazione fra sistema osservante e sistema osservato, per cui ogni descrizione includeva le pre-conoscenze, o pregiudizi, dell'osservatore. La neutralità dell'osservatore scompare, così come la pretesa di oggettività e verità della sua descrizione. Questo viraggio da una visione "oggettiva" a una visione "soggettiva" del cliente e del processo terapeutico ci ha portato a prediligere, rispetto a una posizione "scientifica", una posizione ermeneutica. Anche così la terapia, per noi, è passata dal dominio della scienza a quello dell'arte.

Attualmente, noi ci troviamo d'accordo con Ricoeur (1987), che vede una complementarità di queste due polarità, spiegazione e comprensione, e le connette in modo dialettico:

Comprensione e spiegazione non sono due metodi tra loro opposti [...] La comprensione è il momento che precede, accompagna e ingloba la spiegazione. Per contro, la spiegazione sviluppa analiticamente la comprensione. (1987, p. 90)

La già citata tesi di Humberto Maturana, secondo la quale il significato è dato dal ricevente, ci ha condotto a privilegiare il ricevente dei messaggi rispetto all'emittente. Tuttavia, essendo il terapeuta una parte attiva



nella relazione, quello che egli dice prevede (in parte) il modo in cui può essere letto dal cliente. Come rileva Eco (1979), ogni testo contiene, nel modo in cui è scritto, il modo in cui il lettore lo può utilizzare: si può dire che il testo prevede, almeno entro certi limiti, il proprio stesso uso. Ciò vale anche per un “testo” particolare come le parole pronunciate da cliente e terapeuta nel contesto di una seduta. Ciascuno di essi ha delle intenzioni, che devono essere tenute presenti dall’altro. Per usare un linguaggio mutuato dalla critica testuale, ogni cliente ha il suo *terapeuta modello* (il terapeuta che desidera avere) cui si rivolge con le proprie asserzioni, così come il terapeuta ha il suo *cliente modello*, il cliente cui pensa nel momento di concepire i propri interventi.

Una tale posizione deve indurre alla moderazione rispetto alla possibilità di attribuire arbitrariamente qualsiasi significato a quanto detto dall’interlocutore¹. Deve esistere un qualche principio economico per cui le letture che si fanno non possono essere del tutto libere da ogni vincolo: portando l’ermeneutica al suo limite estremo, tutto può essere interpretato in qualsiasi modo. Ma se tutto è interpretato in qualsiasi modo, niente è più interpretato, né interpretabile. Occorre, perciò, mettere un limite all’interpretazione. Il principio di circolarità, come noi lo concepiamo, è un limite. Il terapeuta fa ipotesi, sulla base delle informazioni ricevute - per cui si può dire che l’ipotesi appartiene ad entrambi, cliente e terapeuta - ma non restituisce al cliente direttamente il contenuto dell’ipotesi; restituisce piuttosto domande fondate su quell’ipotesi, o metafore, che a loro volta possono condurre il cliente a sviluppare nuove idee, chiudendo così il circolo ermeneutico che li connette entrambi.

Ecco perché una cliente, quando il terapeuta le chiese, a conclusione della terapia, che cosa ne avesse determinato il successo, rispose che ciò che l’aveva colpita era stato non capire che cosa il terapeuta avesse in testa quando parlava e faceva domande. Aggiunse che, nel corso di due precedenti esperienze terapeutiche, aveva capito facilmente, dopo la seconda o terza seduta, quali erano le strategie dei terapeuti e che cosa pensavano di lei. Con le sue parole, diceva che il terapeuta l’aveva resa parte attiva nella terapia, piuttosto che recettrice di opinioni (Boscolo e Bertrando, 1996).

In sintesi, l’attività del terapeuta sistemico come noi la concepiamo è ascrivibile alla retorica dell’impredicibilità, come abbiamo scritto più sopra, che comunica implicitamente che non esiste per noi la verità, esiste soltanto una pluralità di visioni. Ciò permette di evitare la posizione di

¹Su questo punto, alcuni autori (Efran e Clarfield, 1992; Jones, 1993) hanno criticato il “relativismo” del pensiero costruttivista e di quello postmoderno.

autorità (nel senso di “infallibilità”), il che ha l’effetto di evitare la passività del cliente, nel senso di liberarlo dall’idea che le conoscenze appartengono al terapeuta. Possiamo dire che, per quanto entrambi, terapeuta e cliente, esercitino un’attività ermeneutica, il terapeuta sistemico mantiene un certo grado di “riservatezza” e chiusura nel dialogo, onde favorire nel cliente la ricerca di una sua storia - o meglio, aiutarlo a diventare *autore* della propria storia, e non un semplice personaggio all’interno di essa.

La narrativa

Nella nostra ricerca sul tempo, iniziata sul finire degli anni ottanta (vedi Boscolo e Bertrando, 1993), ci siamo particolarmente interessati al problema delle relazioni fra le tre “dimensioni” del tempo - passato, presente e futuro - e alla *memoria*. Per quanto riguarda quest’ultima, coerentemente con una visione sistemico-relazionale, l’abbiamo considerata non come qualcosa di statico, ma nei suoi aspetti relazionali: ogni memoria è connessa a stimoli interni o esterni.

I ricordi permettono al passato di influenzare il presente e assicurano la continuità dell’esperienza. Questa continuità si presenta già come la traccia di una storia: la memoria si attiva quanto gli individui raccontano storie, storie che evocano i ricordi pertinenti nel qui e ora del dialogo. Nelle storie raccontate, non esistono ricordi delle esperienze storiche come avvenute (Spence, 1982), ma esistono costruzioni. I ricordi sono rappresentati da frammenti non organizzati, che sono sottoposti a un processo di riattualizzazione ogni volta che sono raccontati. (C’è da dire che ogni cliente che racconta una sua storia in terapia è convinto di dire una verità storica!)

“In altri termini, essi non esistono in una forma integrata, come tracce significative che sarebbero conservate. L’integrazione dei frammenti non si produce che nel momento della rimembranza nel presente. Così, anche i frammenti sono soggetti a deviare dalla realtà ‘storica’.” (Stern, 1992)

Per quanto ci riguarda, è stato il passaggio da una visione sincronica a una visione diacronica a orientarci in senso narrativo. Vedendo la relazione fra passato, presente e futuro come una relazione ricorsiva (una relazione, cioè, in cui ciascuna dimensione del tempo contestualizza le altre: Boscolo e Bertrando, 1993), possiamo operare sulle diverse dimensioni temporali delle storie del cliente e della relazione terapeutica. Come



abbiamo ricordato altrove, fra i principali strumenti che usiamo, annoveriamo le domande ipotetiche, le parole chiave e le metafore. Se per i clienti spesso è essenziale poter cambiare il passato per poter cambiare il presente, e di conseguenza il futuro, il terapeuta, agendo sulla storia del cliente nel presente, opera sulla memoria del passato e sulle aspettative del futuro.

Jerome Bruner, nel suo libro *La mente a più dimensioni* (1986), descrive due tipi di pensiero, che definisce “pensiero paradigmatico” e “pensiero narrativo”. Il pensiero paradigmatico è caratteristico dell’argomentazione logica, che ricorre a concetti e categorie per raggiungere la massima coerenza. È il pensiero su cui si fonda il discorso scientifico. Secondo Lyotard (1980), nel linguaggio della scienza, l’emittente dovrebbe essere in grado di dare la prova di ciò che dice, e, d’altra parte, il ricevente dovrebbe essere in grado di confutare tutte le affermazioni di segno contrario a ciò che è stato detto. Le regole scientifiche sottolineano ciò che la scienza dell’ottocento chiamava “verifica”, e quella del novecento “falsificazione”. Il pensiero narrativo, viceversa, non insegue la coerenza, ma “si occupa delle vicissitudini delle intenzioni umane” (ibid., p. 21). Il discorso narrativo, quindi, opera soprattutto mantenendo aperti i significati, offrendo a chi lo segue non lo schema di una realtà riproducibile seguendo parametri rigorosi, ma un racconto che si dispiega nel tempo, l’immagine diacronica di una realtà esperibile. È impossibile giudicare la validità della conoscenza narrativa sulla base della conoscenza scientifica, o viceversa: i criteri sono diversi.

Secondo Sluzki (1992), ciò che chiamiamo “realtà” consiste nelle descrizioni che le persone danno delle proprie esperienze.

“Le descrizioni - strutture narrative - sono sistemi semantici che contengono una trama (“che cosa”), dei personaggi (“chi”) e una situazione (“dove e quando”). I significati di queste componenti narrative sono regolati e regolano lo svolgimento e il contenuto (tema) della storia (...) Grazie o a causa di questo adattamento ricorsivo, sistemico, qualsiasi alterazione significativa del contenuto o delle modalità di narrazione, comporterà delle modificazioni nella trama, nei personaggi, nelle situazioni e nel tema, trasformando l’esperienza del mondo per il narratore” (Sluzki, 1992, p. 6).

Nella conversazione terapeutica, secondo questo autore, il terapeuta ascolta il racconto del cliente, e attraverso domande, commenti e altri interventi, cerca di ottenere trasformazioni della storia narrata. Rimandiamo all’articolo di Sluzki (1992) per un approfondimento delle specifiche tecniche narrative utilizzate.

La recente fortuna del paradigma narrativo nel campo della terapia della famiglia ha trovato come esponenti principali White e Epston (1989), Anderson e Goolishian (1988), Hoffman (1990) e Sluzki (1991), e una schiera sempre più numerosa di terapeuti che si distinguono allo stesso tempo per aver abbracciato la visione costruzionista. La narrativa, in quest'accezione, dev'essere vista nella cornice del postmoderno e si collega anche a una visione di cibernetica di secondo ordine, secondo la quale ogni "realtà" descritta è soggettiva e non esiste posizione privilegiata, o punto di osservazione neutrale, da cui osservare o agire.

Un aspetto centrale dell'approccio narrativo in terapia è la convalida che una persona può ricevere nel raccontare la propria storia a un ascoltatore empatico: *"Nell'essere ascoltato e incoraggiato, il cliente trova conferma in una nuova storia che sostituisce la disconferma delle proprie esperienze implicite nelle descrizioni che gli altri danno di quelle esperienze"* (Parry, 1991, p. 37). Ma la caratteristica che più può interessare il terapeuta è che, usando il paradigma narrativo, egli può occuparsi esclusivamente delle storie portate dal cliente e di quelle emergenti all'interno del processo terapeutico, rifiutando i significati nascosti, le strutture sottostanti a ciò che viene narrato, le varie tipologie create dalla psicologia, dalla psichiatria (le diagnosi) e da altri modelli terapeutici (si veda Parry, 1991), inclusi i concetti di "norma" e "patologia", adottando una posizione di "non sapere", in cui il solo compito del terapeuta è quello di "tenere aperta la conversazione". Una caratteristica che accomuna tutti gli autori citati è l'idea che l'esperto sia il *cliente*, e il terapeuta non abbia conoscenze migliori o più utili; il contesto è totalmente collaborativo e la posizione del terapeuta è paritetica e non gerarchica.

A nostro avviso, i due maggiori rappresentanti della terapia narrativa sono Michael White e David Epston, anche per aver portato a conoscenza dei terapeuti sistemici l'opera di Michel Foucault e le sue riflessioni su linguaggio e potere. Per White e Epston (1989) esiste una peculiare relazione fra tempo e narrazione:

"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 fornisce alle persone un senso di continuità e significato rispetto alla propria vita, ed è su questo



che si possono fondare il senso della vita quotidiana e l'interpretazione delle storie future. (p. 19)

Nella concezione di questi autori, 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 sé e l'esperienza attuale, oppure della discrepanza tra la loro esperienza e le storie che gli altri raccontano di loro. Il processo terapeutico diventa allora un processo di ri-narrazione delle storie (re-storying), in cui i clienti possono recuperare la possibilità e la capacità di essere autori, attraverso l'interazione con il terapeuta, di storie positive per sé, che attenuino la sofferenza o comunque le diano un senso. Si può dire, con Umberta Telfener (1992) che Michael White cura le storie, più che le persone.

Come abbiamo descritto nel nostro libro *Terapia sistemica individuale* (Boscolo e Bertrando, 1996), noi consideriamo la narrativa, l'ermeneutica e la retorica come valide cornici teoriche, o "lenti", attraverso le quali osserviamo i nostri clienti e ascoltiamo le loro e le nostre voci, e le voci del più ampio sistema in cui entrambi siamo immersi. Nella nostra evoluzione professionale, non si è affievolita per noi la voce di Gregory Bateson, che ci ha aperti, come terapeuti, a una visione antropologica e alla consapevolezza che ciò che di significativo apprendiamo, in termini di teorie e prassi, rimane e continua a operare in noi (l'inconscio batesoniano), che il purismo teorico è semplicemente un mito, e infine che un pensiero coerentemente sistemico conduce al superamento di tutte le dicotomie.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson H, Goolishian H.A. (1988) *Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory*. *Family Process*, 27, 371-393.
- Barilli, R. (1979) *Retorica*. Torino, ISEDI.
- Bateson, G. (1972), *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco, Chandler Publishing Company. (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano, Adelphi, 1976.
- Bateson, G. (1979) *Mind and Nature: A Necessary Unit*. New York, E.P. Dutton. (trad. it. *Mente e natura*. Milano, Adelphi, 1984).
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993) *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996) *Terapia sistemica individuale*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

- Boscolo, L., Bertrando, P., Fiocco, P.M., Palvarini, R.M., Pereira, J. (1991) *Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia*, Terapia Familiare, 37:41-53.
- Bruner, J. (1986) *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge (Mass.), Harvard University Press (trad. it. *La mente a più dimensioni*. Bari, Laterza, 1988)
- Dilthey, *Die Entstehung der Hermeneutik*. Trad. it.: *Le origini dell'ermeneutica*. In: M. Ravera (a cura di): *Il pensiero ermeneutico: testo e materiali*. Casale Monferrato, Marietti, 1986.
- Efran J.S., Clarfield, L.E. (1992) *Constructionist therapy: sense and nonsense*. In: McNamee, S., Gergen, K.J. (a cura di) *Therapy as Social Construction*. London, Sage, pp. 200-217.
- Eco, U. (1975) *Trattato di semiotica generale*. Milano, Bompiani.
- Gadamer, H.-G. (1960) *Wahrheit und Methode*. Tübingen, J.C.B. Mohr (trad. it. *Verità e metodo*. Milano, Bompiani, 1983).
- Haley, J. (1977) *Problem-solving therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Hoffman L. (1990) *Constructing Reality: An Art of Lenses*. Family Process, 29, 1-12.
- Jones, E. (1993) *Family systems therapy. Developments in the Milan-systemic therapies*. New York, John Wiley and Sons.
- Lyotard J-F. (1980) *La condizione postmoderna*. Trad. it. Milano, Feltrinelli, 1981.
- Marzocchi, G. (1989) *L'intervento con il tossicodipendente: terapia familiare o approccio ecologico?* In: Ugazio, V. (a cura di) *Emozioni soggetto sistemi*. Milano, Vita e Pensiero.
- Maturana, H., Varela, F. (1980) *Autopoiesis and cognition*. Dordrecht (Olanda), Reider (trad. it. *Autopoiesi e cognizione*. Venezia, Marsilio, 1985).
- Parry, A. (1991) *A Universe of Stories*. Family Process, 30, 37-54.
- Ricoeur, P. (1965) *De l'interpretation. Essai sur Freud*. Paris, Editions du Seuil (trad. it. *Dell'interpretazione. Saggio su Freud*. Milano, il Saggiatore, 1966).
- Ricoeur, P. (trad. it. 1987) *Logica ermeneutica?*, *Aut Aut*, 220-221, 64-100.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975) *Paradosso e controparadosso*. Milano, Feltrinelli.
- Sluzki C.E. (1991) *La trasformazione terapeutica delle trame narrative*. Terapia Familiare, 36, 5-19.
- Spence D.P. (1982) *Narrative Truth and Historical Truth*. New York, Norton.
- Stern D.N. (1992) *Il dialogo fra l'intrapsichico e l'interpersonale: una prospettiva evolutiva*. *Interazioni*, 0, 79-88.
- Telfener U. (1992) *La terapia come narrazione, un'introduzione*. In White (1992).
- von Foerster, H. (1982) *Observing Systems*, Intersystems Publications, Seaside (CA) (trad. it.: *Sistemi Che Osservano*, Astrolabio Roma 1987).
- von Glasersfeld, E. (1987) *The Construction of Knowledge*, Intersystems Publications, Seaside (CA).
- Watzlawick, P., Jackson, D.D., Beavin, J. (1967) *Pragmatics of Human Communication*. New York, Norton (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma, Astrolabio, 1971).
- White M., Epston D. (1989) *Literate Means to Therapeutic Ends*. Adelaide, Dulwich Centre Publications.
- White M. (1992) *La terapia come narrazione*. Roma, Astrolabio.