

La scatola vuota

Usi della teoria sistemica

Paolo Bertrando'

Che cosa significa “insegnare la terapia sistemica?” [Ci si potrebbe anche chiedere: “Che cosa significa insegnare una qualunque terapia?”, ma limitiamoci qui a quella che ci tocca da più vicino]. Spesso si pensa che significhi: “insegnare la teoria sistemica, e a comportarsi in terapia di conseguenza”. L’idea è accattivante perché semplice, ma probabilmente è troppo semplice per essere vera. Forse è proprio da quest’idea che deriva [almeno in parte] quella che si può considerare l’attuale crisi, dei terapeuti sistemici, se non verso la terapia, almeno verso la loro teoria guida. Ma vediamo di approfondire meglio il problema.

Il problema

Adetta di molti, oggi, la teoria sistemica è in crisi. Non cercherò, in questa sede, di fare l’elenco delle molte spiegazioni escogitate per questa scomoda situazione; mi limiterò a proporne una, relativamente semplice.² La teoria sistemica è quasi totalmente formale, un modo di mettere insieme elementi, una forma che si può adattare a qualunque contenuto. Dopo tutto, fu proprio in virtù di questa sua natura che i primi teorici della cibernetica, quelli riuniti nelle Macy Conference del 1946, riuscirono ad applicare gli stessi formalismi all’ingegneria dei servomeccanismi, ai primi elaboratori

Nel mondo postmoderno, ogni scelta terapeutica è da considerare una scelta che impegna il terapeuta in prima persona e non può essere giustificata da alcun libro né da alcun manuale: il terapeuta che operi nel nostro mondo di teorie deboli e scelte forti ... fa continuamente scelte etiche. ... anche per un tale terapeuta, avere un orizzonte teorico, e un’idea del perché ha scelto e accetta quel certo orizzonte, è un modo di restituire senso al proprio lavoro.

1. PAOLO BERTRANDO, psichiatra e psicoterapeuta sistemico, didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, è direttore dell’Associazione Episteme di Torino e insegna psicodinamica dello sviluppo e delle relazioni familiari all’Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. Indirizzo per corrispondenza: Paolo Bertrando, Piazza Sant’Agostino 24, 20123 Milano. Tel. 024819054; e-mail: gilbert@fastwebnet.it.

2. L’idea è emersa durante una conversazione con Luigi Boscolo.



elettronici, al sistema nervoso, ai sistemi ecologici, sociali e microsociale (Heims, 1991). Questa sua stessa natura, però, rende la teoria sistemica alquanto problematica per chi - come i terapeuti che a essa si richiamano - voglia fondarvi una pratica: essendo un puro e semplice contenitore, per essere utilizzabile nella clinica dev'essere riempita di qualcos'altro.

Gregory Bateson, nell'importare le idee sistemiche in psichiatria e poi in psicoterapia, si rifaceva, quanto ai contenuti, a molti concetti psicoanalitici (vedi Ruesch e Bateson, 1951).³ Quando Don Jackson costituì il MRI, rinunciò in blocco alla psicoanalisi [per quanto lui, a differenza di Bateson, fosse stato analista], e cercò di costruire una teoria che contenesse soltanto relazioni e interazioni: tutto ciò che avrebbe potuto riempire la teoria [specie riguardo alla dimensione interiore ed esperienziale] lo mise nella scatola nera [*black box*]. Nacque così una teoria sistemica, che Paul Watzlawick codificò poi nella *Pragmatica della comunicazione umana* e in *Change* (Watzlawick et al., 1967, 1974), fondata solo sull'osservazione esteriore [nel modellare la teoria della scatola nera, Watzlawick e Jackson furono probabilmente influenzati anche dal comportamentismo, che in quegli anni stava iniziando la sua ascesa nel mondo delle psicoterapie].

Era una teoria agile, elegante, semplice, ma con il passare del tempo si rivelò troppo limitata. La scatola nera poteva funzionare solo in una gamma relativamente limitata di problemi e di situazioni, e richiedeva di non prendere in considerazione l'esperienza individuale, anche se la prassi del MRI non escludeva affatto la terapia individuale, né prescriveva quella familiare. Si trattava però di una terapia individuale, in qualche modo, disindividuata: l'individuo, in essa, non era che l'agente o il terminale di una serie di *pattern* comportamentali da modificare. Per molti versi, poi, la teoria della scatola nera condusse i terapeuti del MRI ad allontanarsi pian piano dal lavoro sui gravi problemi psichiatrici, che pure erano stati all'origine della fondazione dell'istituto medesimo: ma occuparsi di psicosi lavorando solo sui *pattern* era difficile, e altri problemi parevano più facilmente solubili con quei mezzi.

Quando iniziò il suo percorso verso una terapia sistemica, tornando ad affrontare i complessi problemi dell'anoressia e della schizofrenia, il gruppo originale di Milano pian piano si liberò del dogma della scatola nera: limitandosi a quella, le ipotesi e gli interventi che resero il gruppo famoso sarebbero stati impensabili. Senza mai dirlo troppo ad alta voce, anzi ostentando il proprio "purismo sistemico", i terapeuti di Milano ricorsero alla psicoanalisi, e insieme a mille altre idee, compreso il buon vecchio senso comune. Così, la purezza del modello era tutelata, ma al prezzo di far scivolare in quello che è

3. Per quanto riguarda l'evoluzione nel tempo dei modelli sistemiche in terapia, si veda Bertrando e Toffanetti, 2000a.

stato definito “non detto” molti degli elementi che rendevano efficaci le terapie (Boscolo e Bertrando, 1996). Gran parte degli stupefacenti risultati del gruppo erano possibili solo grazie al particolare percorso epigenetico dei suoi componenti, che, al momento della creazione del modello, erano tutti psichiatri e psicoanalisti ricchi di esperienza esistenziale e professionale.

Quello che era “detto”, nel modello di Milano, soprattutto nella versione di Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin (vedi Boscolo et al., 1987),⁴ era quasi altrettanto formale della teoria della scatola nera. Salvador Minuchin osservò una volta che la loro era solo “una teoria generale correlata a una teoria della tecnica, ma che non conteneva nessuna teoria clinica” [Boscolo, comunicazione personale]. Per quanto Minuchin pensasse probabilmente a una teoria normativa qual era la sua (Minuchin, 1974), l’osservazione non era priva di valore. La teoria milanese sempre più si contentava di descrivere *processi*, ma restava sempre all’ingegno e all’esperienza del singolo terapeuta riempirli di *contenuti*. Era quello che aveva fatto il gruppo originale, e quello che fecero, con l’entusiasmo di tutti gli innovatori, i suoi primi allievi.

In anni più recenti, però, il percorso umano e professionale dei terapeuti che venivano a formarsi al modello di Milano è diventato sempre più distante da quello sia dei maestri, sia dei primi allievi. Se la prima generazione [almeno di allievi italiani] era composta in prevalenza da clinici già relativamente esperti, formati ad almeno un altro modello terapeutico, gli allievi più giovani si accostavano alla formazione sistemica senza alcuna precedente esperienza [né teorica né pratica] di terapia. Per loro, mancava quell’insieme di apprendimenti precedenti e di esperienze che aveva consentito ai predecessori di superare, nella pratica, i limiti della teoria.

Così, per tanti terapeuti neofiti, la scatola nera di Palo Alto è diventata una scatola vuota [*empty box*]. Allo stesso tempo, sono sottoposti a una crescente pressione per entrare dentro quella scatola: le richieste che ricevono sono spesso di terapia individuale, mentre nei loro contesti di lavoro si adottano modelli integrati in cui la terapia della famiglia non è più la modalità elettiva di trattamento - e a volte non è più nemmeno contemplata. Il terapeuta sistemico si sente così limitato, a disagio, specie quando deve fare qualcosa di diverso che riordinare relazioni. Per esempio, quando lavora con individui, o con problemi psichiatrici gravi, quando insomma smette di essere un puro e semplice tecnico della famiglia. Perché un modello prevalentemente formale funziona molto bene quando si tratta di vedere famiglie, di lavorare sulle relazioni visibili nel qui e ora dell’incontro terapeutico, meno quando si deve entrare nel mondo interno e nell’intimità [a tratti insidiosa] di un incontro a

4. Quella precedente e quella che Mara Selvini Palazzoli avrebbe elaborato in seguito erano differenti, molto più normative (cfr. Selvini Palazzoli et al., 1975, 1988).



due. Immergersi nella teoria sistemica rischia allora di portarli a condurre terapie vuote, in cui inesorabilmente manca qualcosa. Uscire dalla teoria li conduce a un malcelato eclettismo, in cui il vuoto è colmato da bulimiche acquisizioni di frammenti di teorie [e tecniche, ed esperienze e prassi] altrui. Sembra comunque impossibile, per loro, riempire il vuoto della scatola.

I tentativi di soluzione, da parte dei terapeuti sistemici, sono di vario genere:

1. Aderire completamente a un'altra teoria, anche perché diverse altre teorie hanno assimilato molto di quella sistemica, e quindi diventano facilmente praticabili da un terapeuta sistemico [o ex sistemico]: si pensi a terapeuti cognitivi come Guidano (1991), o a ricercatori di area analitica come Daniel Stern (1995);
2. Limitarsi a fare il tecnico della famiglia, e magari imparare - come sopra - la psicoanalisi o la terapia cognitiva per i lavori che non contemplino la famiglia [come dire, essere sistemici al mattino e cognitivisti al pomeriggio];
3. Cercare contaminazioni e integrazioni varie - che sembra la stessa cosa, ma non lo è: si tratta qui di costruirsi una pratica nuova, che implica una nuova teoria, invece di sostituirla o farla convivere con altre;
4. Aderire alla terapia postmoderna, narrativa o conversazionale che sia, ovvero accettare il vuoto teorico come elemento costitutivo del proprio pensiero e della propria prassi; è quanto Lynn Hoffman (1998) definisce "mettere da parte i modelli" in terapia. In questa chiave, il vuoto e l'eclettismo del postmoderno derivano da carenze della teoria clinica e non da una pura evoluzione concettuale;
5. Cercare di far evolvere il modello sistemico. Ciò non significa ridurre o eliminare il vuoto della scatola, ma piuttosto svelare come, se la si guarda in altro modo, la scatola sistemica non è mai stata vuota.

Le mie idee sono collocabili nell'ultima di queste strade. Vorrei ora precisare qual è il mio discorso, e in che modo mi propongo di superare l'impasse.

La teoria come fuzzy set

Molti equivoci a proposito del ruolo della teoria nella pratica clinica sono legati ai significati che si danno al termine "teoria". Spesso è usato in modo perlomeno disinvolto, senza chiedersi esattamente quale ne sia il significato. Quando è più consapevole, l'uso che se ne fa è analogo a quello che un fisico o un chimico farebbero del termine "teoria" nei campi rispettivi. Come se una teoria terapeutica fosse formalmente identica, per esempio, a una teoria fisica.

Vediamo che cosa succede quando tacitamente consideriamo la nostra teoria terapeutica come un insieme classico booleano, cioè un insieme di elementi che appartengono esclusivamente a quella teoria, ben distinti dagli elementi che non le appartengono. Un terapeuta che segua la teoria dovrebbe, in questo caso, essere un terapeuta che usa, in un modo o nell'altro, molti o tutti gli elementi della propria teoria, e nessun elemento di altre⁵. Ora, per conoscenza comune, un tal genere di terapeuta non esiste [e, se esistesse, sarebbe meglio consigliargli di cambiare mestiere]: esistono, al massimo, terapeuti che cercano di aderire totalmente alla propria teoria, oppure terapeuti che si convincono di avervi aderito alla perfezione. Ma, di fatto, oggi è sempre più difficile per i terapeuti - indipendentemente dal credo professato - considerarsi puristi teorici. Vediamo allora come si potrebbe meglio descrivere la relazione fra terapeuta e teoria.

Qualsiasi teoria terapeutica di quelle che comunemente applichiamo, diciamo la teoria sistemica usata in quello che è noto come "modello di Milano", contiene una serie di affermazioni su: come considerare la psicologia, le relazioni umane, la personalità e le organizzazioni in generale [una teoria generale]; come considerare la struttura e il senso della teoria stessa e la sua relazione con la "realtà" - qualunque sia il senso di quest'ultima parola [un'epistemologia]; come considerare i problemi dei clienti e le loro eventuali patologie, mettendoli in relazione con la teoria generale [una teoria clinica]; quali mezzi usare per risolvere quei problemi e perché [una teoria della tecnica]; oltre a tutta una serie di precetti meno formalizzati cui si dà comunemente il nome di "clinica" o "prassi clinica".

Per complicare ulteriormente le cose, molti elementi delle une e delle altre parti della teoria sono comuni anche ad altre teorie, come quella psicoanalitica o cognitiva. Infine, gli elementi dell'insieme variano da una versione all'altra della teoria, anche quando le diverse versioni sono opera della stessa persona. Prendiamo il caso della psicoanalisi, e limitiamoci all'elaborazione teorica del suo fondatore, Sigmund Freud [le vicissitudini delle teorie psicoanalitiche post-freudiane sono così complicate che è pressoché insensato considerare la psicoanalisi come un'entità unitaria: vedi Eagle, 1984, 1999; Jervis, 1999]. La teoria originaria di Freud, quella del *Progetto di una psicologia scientifica* (1895), con i suoi riferimenti neurologici, è improntata a un meccanicismo che s'attenua - pur senza scomparire - nella versione successiva, quella del settimo capitolo dell'*Interpretazione dei sogni* (1899), per integrarsi con una visione e una tecnica ermeneutica. La teoria si struttura com-

5 Un apparente esempio del genere potrebbe essere il gruppo originario di Milano, nel primo periodo di "purezza sistemica": ma come descritto nell'articolo/narrazione di Carmine Saccu che appare più oltre in questo numero le cose non stavano proprio così.



piutamente negli scritti metapsicologici (1915-17). Ma è già modificata profondamente in *Al di là del principio del piacere* (1920), dove compare un istinto di morte completamente nuovo, che rende necessaria una riorganizzazione che è un vero e proprio capovolgimento di molte parti della teoria. Con la “seconda topica” di *L’Io e l’Es* (1923), la teoria evolve in modo ancor più deciso, introducendo inedite metafore strutturali. *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) modifica poi profondamente la teoria dell’ansia, che era stata un caposaldo di tutte le precedenti formulazioni.

Così la teoria freudiana [di cui qui ho soltanto tratteggiato le tappe più rilevanti] è una teoria in divenire, le cui diverse versioni, pur in una stratificazione epigenetica, entrano facilmente in contraddizione le une con le altre. Gli allievi ne hanno utilizzato volta per volta diverse sezioni, senza troppo preoccuparsi di seguire l’evoluzione cronologica: per esempio, pochi anche fra i più fedeli freudiani, hanno accettato l’idea dell’istinto di morte, ma questo non ha loro impedito di accettare altre formulazioni che Freud aveva legato indissolubilmente proprio a quel concetto.⁶

Se proviamo a considerare il modello di Milano, le cose non sono tanto diverse: la primitiva teoria del gruppo originale di Milano, quello costituito da Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin e Giuliana Prata (Selvini Palazzoli et al., 1975) non è identica a quella che gli stessi autori hanno adottato pochi anni più tardi (Selvini Palazzoli et al., 1980a, 1980b): la prima presuppone un realismo ingenuo, un implicito comportamentismo e una visione strategica che sono estranei alla seconda, radicata nel pensiero di Bateson, che è più problematica, complessa e almeno in parte introspettiva. Ancora diversa è la teoria di Boscolo, Cecchin et al. (1987), con il suo accento su una visione integralmente costruttivista delle relazioni umane e della terapia, che si è poi ramificata in modo divergente con le teorie sviluppate separatamente, insieme ad altri collaboratori, da Boscolo (Boscolo e Bertrando, 1993, 1996) e Cecchin (1987; Cecchin et al., 1993, 1997). A loro volta, molti allievi della scuola di Milano hanno creato loro versioni della teoria, che differiscono tra di loro e anche da tutte quelle dei maestri (vedi per esempio Fruggeri et al., 1995; Ugazio, 1998; Bianciardi e Bertrando, 2002), e così via.

Eppure, allo stesso tempo, tutte queste teorie presentano una somiglianza, che diventa evidente se si confronta l’insieme di queste teorie con quelle costruite dal nuovo gruppo fondato da Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al., 1988, 1998): pur essendo evolute dallo stesso tronco comune, queste ultime teorie rivendicano un realismo strutturale lontanissimo dalla sensibilità costruzionista e postmoderna che caratterizza le altre. A rendere

6. Vedi in proposito Sulloway (1979).

poi vertiginosa la complessità, il singolo terapeuta non usa mai tutti gli elementi della teoria cui si riferisce, ma solo alcuni e a volte integrandoli con elementi di altre teorie.

È evidente che, in un simile contesto, l'idea della teoria terapeutica come insieme classico non è sostenibile. La teoria terapeutica ricorda, caso mai, un gioco linguistico [nel senso di Wittgenstein, 1953], oppure un *fuzzy set* [alla lettera, "insieme sfumato"]. Vorrei qui esplorare le possibili implicazioni del considerare una teoria terapeutica come *fuzzy set*.

La teoria dei *fuzzy set* è stata introdotta da Zadem (1965) proprio per superare la rigidità della logica e dell'insiemistica booleana. Un *fuzzy set* può avere elementi in comune con altri insiemi senza entrare in contraddizione interna: il principio di verità/falsità è sostituito da un principio di appartenenza. Ogni elemento dell'insieme ha un grado di appartenenza all'insieme stesso, che varia tra zero [non appartenenza] a uno [appartenenza totale]. Quindi il principio di verità della logica classica non vale più. Un elemento può essere allo stesso tempo sia A, sia non A: *tertium datur* (Pizzaleo, 2000). In un *fuzzy set*, inoltre, spiegazioni e categorie sono politetiche: "L'appartenenza alla stessa classe non avviene sulla base di un unico criterio, ma di più criteri embricati, come in una corda formata da tanti fili nessuno è lungo quanto la corda stessa" (Vineis, 1999, p. 12).

Il concetto di *fuzzy set* è stato applicato da Paolo Vineis all'analisi della nozione di "malattia" in medicina, un campo limitrofo in cui emergono problemi molto simili a quelli che abbiamo trovato in psicoterapia. Una malattia può essere considerata un *fuzzy set* che ammette spiegazioni politetiche, il che significa che per una malattia può esistere una pluralità di cause, e che volta per volta una sola causa può essere sufficiente, o un insieme di esse può risultare insufficiente, ma è impossibile determinare un'unica causa per tutti i casi di quella malattia. Per esempio, il tumore al polmone "è causato" dal fumo di sigaretta, ma il fumo non necessariamente è sufficiente a causarlo da solo, e d'altra parte ci sono casi di tumore polmonare che non dipendono dal fumo. Queste teorie non sono soltanto generalizzazioni empiriche [aver osservato diversi casi in cui c'era un legame tra fumo di tabacco e sviluppo di tumore], ma connettono diversi livelli di realtà: nel caso specifico, conoscenze chimiche e biologiche sui processi di cancerogenesi, biologia del DNA, studi epidemiologici, e così via. La loro validità deriva da un insieme di osservazioni, generalizzazioni e sperimentazioni di natura diversa, oltre che dalla loro inseribilità in alcuni a priori accettati comunemente dalla scienza del periodo, come la teoria genetica basata sul DNA (Vineis, 1999).

Nel nostro campo, potremmo dire che lo stesso concetto di "psicoterapia" è considerabile un *fuzzy set*, che consiste di un insieme di elementi che in qualche modo ruotano intorno al nucleo concettuale "terapia fatta con le



parole che riguarda la psiche”, ma non necessariamente sono presenti in tutte le terapie: alcune li contengono tutti, altre la gran parte, altre una parte minore. In fin dei conti, tutte le terapie mostrano tra loro una “somiglianza di famiglia” [si somigliano, cioè, come si somigliano i diversi membri di una stessa famiglia], ma sono pressoché impossibili da ricondurre a uno o a pochi principi comuni universali.⁷ A sua volta, ogni teoria terapeutica può essere considerata un *fuzzy set* con caratteristiche proprie. I singoli elementi di ciascuna teoria non hanno un’appartenenza esclusiva a esso, ma piuttosto un grado di appartenenza più o meno forte. Per esempio, un concetto come quello di “conflitto inconscio” ha una forte appartenenza alla teoria psicoanalitica, ma mantiene una sia pur più debole appartenenza alla teoria sistemica di Milano [anche se l’inconscio batesoniano cui si riferisce la teoria milanese non è affatto identico all’inconscio freudiano e postfreudiano], senza per questo sminuire la coerenza delle due teorie; d’altra parte, il conflitto inconscio non ha diritto di cittadinanza nella teoria comportamentista, né in quella sistemico-strategica del MRI, all’interno delle quali è semplicemente privo di senso. Un concetto come “Super-Io” ha un’appartenenza fortissima alla teoria analitica e debolissima a quella sistemica; per la coppia di concetti simmetria/complementarità vale l’opposto. Da questo punto di vista, anche la quotidiana lotta dei terapeuti con le teorie, per farle rientrare nel proprio concreto lavoro, acquista, se non altro, maggior senso.

Così il *fuzzy set* della teoria terapeutica sistemica di Milano è ricostruibile riferendosi alle principali pubblicazioni del gruppo di Milano, oltre che all’enorme numero di pubblicazioni di autori che fanno riferimento diretto al modello, e anche - per quanto è possibile - alle molte nozioni trasmesse direttamente nel corso della formazione, come una sorta di tradizione orale⁸. L’insieme di queste pubblicazioni e tradizioni costituisce la teoria del modello sistemico di Milano, e insieme costituisce l’orizzonte teorico dei terapeuti milanesi [dove con “milanesi” intendo i terapeuti che si rifanno dichiaratamente al modello].

Se accettiamo l’idea che un modello terapeutico è un *fuzzy set*, dobbiamo anche accettare che quanto si può scrivere e prescrivere in un manuale sia soltanto un’approssimazione molto scadente a quello che accade nella pratica della terapia [di *qualunque* terapia, comprese quelle che maggiormente sostengono l’uso dei manuali]. La terapia condotta secondo i manuali è un

7. Un ragionamento di questo tipo è stato condotto da de Shazer (1991) a proposito delle diverse terapie della famiglia, arrivando allo stesso risultato. Il primo a usare il termine “somiglianza di famiglia” in questo senso è stato il Wittgenstein delle Ricerche filosofiche (Wittgenstein, 1953).

8. Il ruolo di simili tradizioni orali nella trasmissione delle teorie psicoterapeutiche comincia appena a essere studiato, per ora in pochi casi. Per quello di Freud, vedi Roazen (1975, 1995) e Mahony (1986).

“qualcosa” che ricorda indubbiamente la terapia, ma che non è la terapia come è praticata dalla gran parte dei terapeuti.

Nessuno possiede la teoria terapeutica, perché nessuno può possederla. La teoria terapeutica è un insieme non solo sfumato, ma anche, per sua stessa natura, fluido e in costante evoluzione. Si può dire che ogni terapeuta sistemico si crea la propria versione della teoria sistemica, che è valida quanto qualsiasi altra, purché partecipi in qualche misura del *corpus* sistemico. Nella sua pratica, poi, ogni terapeuta coglie elementi di diversi *fuzzy set* terapeutici, costruendosi il proprio, che diventa il suo stile terapeutico. La sua adesione alla teoria deriva insieme dal numero e dal grado di appartenenza degli elementi che coglie da un certo modello: per esempio, ci sono terapeuti sistemici che non fanno mai domande circolari, anche se le domande circolari sono considerate uno degli elementi tecnici più forti e caratterizzanti del modello di Milano (Boscolo e Bertrando, 1993). Si potrebbe dire che un terapeuta non è “sistemico” o “non sistemico”, “milanese” o “non milanese”, ma che è “più o meno sistemico o milanese”, anche se questo è difficile da ammettere per i difensori del purismo teorico.⁹

Per venire a un esempio concreto del processo, Debby Schwarz Hirschhorn (1999) ha chiesto a una sua collega di valutare la videoregistrazioni di una sua terapia, per verificare, tra l’altro, quale teoria, modello o componenti di modelli fossero stati seguiti. La collega

vide nella registrazione componenti di diverse teorie: Milano, perché resto neutrale; Mental Research Institute, perché faccio domande relative a *pattern* relazionali; linguaggio, perché faccio fluire la conversazione, in larga misura senza spingerla in una direzione o un’altra; orientata alle soluzioni secondo O’Hanlon, perché distribuisco il sintomo all’interno della famiglia; e narrativa, perché tento di riscrivere la storia delle visuali che i membri della famiglia hanno di se stessi. Riconobbe anche che il mio interesse per i *pattern* non è strettamente MRI, perché non faccio seguire tentativi di rompere il ciclo interattivo, e che l’elemento milanese è piccolo, perché le mie domande non sono circolari (Schwarz Hirschhorn, 1999, p.35)¹⁰.

L’uso delle teorie

Se la teoria terapeutica è un *fuzzy set*, si giustifica il fatto [assodato] che il rapporto fra il terapeuta e la sua teoria sia tutt’altro che lineare.

9. Tutto questo, s’intende, non vale solo per i terapeuti sistemici, ma in questa sede non invaderò il campo altrui.

10 I riferimenti bibliografici attribuiti dall’autrice ai cinque modelli citati sono rispettivamente: Selvini Palazzoli et al. (1978); Fisch et al. (1982); Goolishian e Anderson (1992); O’Hanlon e Wilk (1987); Epston et al. (1992).



Riflettiamo sul ruolo che diamo alle teorie, non quando facciamo terapia, ma quando ci ragioniamo sopra. In genere, ragioniamo come se ci fosse un legame semplice, lineare, fra le nostre teorie di riferimento e la nostra prassi clinica. La teoria detterebbe la prassi, secondo quello che Schön (1983) definisce “il modello della razionalità tecnica”. In esso, la pratica professionale occupa il punto più basso di una gerarchia al cui apice sta la scienza di base, che detta i principi generali del campo. Giunzione tra scienza di base e prassi professionale è la scienza applicata, che trae dalla ricerca pura della scienza di base le tecniche di diagnostica e soluzione dei problemi usate poi concretamente dai professionisti.

Che le discipline che si occupano di cura siano alla ricerca di legittimità attraverso la scienza è confermato, dopo tutto, da certe vicissitudini lessicali. La medicina che, in tante università, diventa “biomedicina” [come se ci fosse una medicina non biologica]. Oppure la psichiatria che si fa assimilare nel calderone delle “neuroscienze” o delle “scienze del comportamento”. Sempre di più, la scienza è fonte di dignità per le professioni.

Questa sempre seguendo Schön, è un’eredità del positivismo, di un’epoca e una dottrina in cui scienza e progresso avevano assunto una funzione salvifica paragonabile a quelle delle religioni - e in cui avevano preso forma gran parte delle attuali università, con i loro programmi che dividono così accuratamente la scienza di base da quella applicata: esemplare proprio la medicina, ovunque costituita da due cicli studi, preclinico [a base di chimica, biochimica, anatomia, fisiologia] e clinico [diagnostica, terapia]. Eppure, se guardiamo non alla ricerca, ma al concreto della professione medica, neanche in medicina i confini fra “arte” e “scienza” sono così netti come si vorrebbe. Più volte, nella storia della medicina, le virtù curative di un certo farmaco o di una certa pratica sono state evidenti ben prima che si trovasse una loro spiegazione scientifica. E l’effetto *placebo* non è certo un’esclusiva di psichiatria o psicoterapia, a testimoniare l’importanza di tutte quelle variabili relazionali che una visione tecnica delle cure vorrebbe ridurre o annullare. Il fatto è che, anche in medicina, la scienza ragiona in termini di popolazione, quindi di statistiche; ma il singolo medico deve operare con singoli pazienti, e qui le statistiche di popolazione sono insufficienti, talvolta anche fuorvianti (Vineis, 1999).

Una simile divisione del lavoro esiste anche in psicoterapia, inclusa quella sistemica: anche qui c’è la teoria generale, spesso presa in prestito da altri campi (Bertrando e Toffanetti, 2000a), come ingegneria e biologia; e c’è la pratica, che dovrebbe esserne l’applicazione. Se seguiamo Schön, questo è semplicemente impossibile, per via del carattere stesso della pratica [in questo caso, clinica]. Nella pratica, diversamente che nella ricerca, le condizioni per “risolvere” i problemi sono da porre ogni volta, seguendo la singolarità dei casi (Schön, 1983):

Quando gli obiettivi sono fissi e chiari, allora la decisione di agire può presentarsi come un problema strumentale. Ma quando i fini sono confusi e conflittuali, non c'è ancora alcun problema da risolvere. Un conflitto di fini non può essere risolto dall'uso di tecniche derivate dalla ricerca applicata. È piuttosto attraverso il processo non tecnico di inquadramento [*framing*] della situazione problematica che possiamo organizzare e chiarire sia i fini da raggiungere, sia i possibili mezzi per raggiungerli. (p. 41) [...].

Andiamo allora a cercare un'epistemologia della pratica implicita nei processi artistici, intuitivi che alcuni professionisti portano nelle situazioni di incertezza, instabilità, unicità e conflitto di valori. (p. 49)

Secondo Schön il terapeuta può essere considerato un professionista che si mette in grado di risolvere non situazioni standard, ma situazioni uniche, che ogni volta gli richiedono una riorganizzazione [in certi casi radicale, in altri, più tipici, marginale] del campo d'indagine e di lavoro. Il suo modo d'interrogare la situazione e d'interagire con essa non è, allora, imposto dalle teorie - anche se ne è delimitato. È nella pratica, nell'interazione vissuta e partecipata con i clienti, che emerge la qualità del suo essere terapeuta. In questo senso, la teoria gli serve da utile ancoraggio, da serie di coordinate, ma non "detta" direttamente il suo movimento nel dialogo con la situazione.

Questo processo è molto diverso da quello di una "scienza applicata". Invece di riconoscere nel nuovo caso una situazione esattamente identica a una precedente, cui poi applicare uno strumento già esistente, buono per tutti gli esempi di quel tipo di situazione, il professionista produce quella che Schön chiama una "metafora generativa", un pensiero non logico, in cui la somiglianza fra la situazione nuova e quelle già sperimentate è metaforica: è avvertita, intuita, ma non necessariamente esplicitata.

Un buon terapeuta, in breve, è un terapeuta che non segue [alla lettera] il libro. Nell'analisi di Schön, per capire come agiscono i professionisti [terapeuti inclusi] è importante esplicitare ciò che è implicito: le categorie, le idee psicopatologiche, le ridondanze osservate, la "sapienza tacita" procedurale che ogni professionista - quindi, anche ogni terapeuta sistemico - mette nel suo lavoro¹¹. Lynn Hoffman (1998) legge le idee di Schön nel senso che l'approfondimento della conoscenza tacita dovrebbe essere l'*unica* chiave di lettura delle terapie; da qui la sua esortazione ad abbandonare i modelli. Ma lo stesso Schön non è così oltranzista. Nella sua concezione, si può caso mai rintracciare una relazione a tre: il professionista, la teoria e la situazione in esame. La sapienza tacita del professionista consiste nel mettere il proprio

¹¹ Questa "sapienza tacita" (Polanyi, 1966) è molto simile a quella che Schön (1983) definisce "riflessione-in-azione".



bagaglio teorico [e l'esperienza maturata] in *dialogo* con la situazione. Il professionista trova soluzioni uniche a situazioni uniche non *trascurando* la teoria, ma *usandola* alla luce dell'esperienza.

Insegnare [l'uso di] una teoria clinica

In che cosa consiste l'insegnamento di una teoria terapeutica? Proviamo a girare la domanda: che cosa facciamo quando insegniamo una teoria terapeutica, diciamo ancora la teoria sistemica? Di solito, a ben vedere, ci comportiamo come se insegnassimo un insieme finito di proposizioni e di regole. E, generalmente, chi impara ama credere la stessa cosa: poter entrare in una teoria che spieghi tutto quanto accade in terapia, e fornire chiare direttive su come affrontare i problemi che si presentano. Siccome, però, è chiaro a tutti [e quelli che già non lo sanno lo imparano presto] che le teorie terapeutiche non funzionano così, l'apprendimento della teoria sistemica si fa problematico, e si crea la scissione fra la "teoria" e la "pratica" terapeutica, dove la teoria diventa una serie di questioni astratte e alquanto noiose, mentre la fame teorica degli allievi terapeuti tende a essere sostituita dal disincanto e dal desiderio di "imparare qualcosa di pratico" - che porta facilmente a una posizione hoffmaniana, anche se non declinata con la stessa elegante lucidità esibita da Hoffman.

Quanto detto fin qui ha conseguenze diverse. Se la teoria è un *fuzzy set*, e il terapeuta interagisce con essa per costruire la sua pratica, significa che quel che si può insegnare, al massimo, è un modo di *entrare in relazione* [epistemologica] con quel *fuzzy set* che è una teoria. O, meglio ancora, un modo di *maneggiare* la teoria [le teorie]. Si tratta di insegnare l'uso clinico di una teoria terapeutica nel momento di agire nella pratica, così da facilitare l'emergere della relazione a tre: terapeuta, teoria e clienti.¹²

Ciò significa che la formazione sistemica [ma il discorso può valere per ogni altra formazione alla terapia] è una formazione all'uso, al dialogo con la teoria. Che non esime - come molti pensano - dalla conoscenza della teoria, ma va oltre. La teoria fornisce un orizzonte, il limite alle possibili escursioni per il terapeuta che la usa; e fornisce insieme un repertorio di conoscenze e di mosse. L'orizzonte consente al terapeuta di considerarsi appartenente a una tradizione e a un orientamento, il repertorio qualifica le cose che fa come connesse [con grado variabile] al modello sistemico.¹³

12. Per un esempio di come il dialogo a tre voci fra la persona del terapeuta [o dei terapeuti], la persona del cliente [o dei clienti] e la teoria terapeutica porti a generare ipotesi sistemiche, vedi Bertrando e Toffanetti (2000b).

13. Per un esempio di come visione e tecnica sistemica si concretino in interventi specifici, vedi Bertrando [in corso di stampa].

Per quanto questa possa parere una puntualizzazione banale, persino superflua, a una complessa tradizione formativa, le conseguenze non sono secondarie. Ne discende che:

1. Il ruolo della teoria nella formazione non è secondario. È improponibile una formazione che si limiti alla prassi, e non indaghi le componenti teoriche della terapia sistemica.
2. La teoria non è però concepibile come una “guida” alla pratica terapeutica. La formazione non può escludere un allenamento alla riflessione in azione, cioè all’insieme di conoscenze implicite che consentono a ogni terapeuta di entrare in contatto con i propri referenti teorici e usarli nel proprio dialogo con le situazioni terapeutiche.
3. Anche il ruolo della altre teorie [quelle che non s’identificano, o si sovrappongono solo in minima misura, con il *fuzzy set* della teoria sistemica] è da considerare. Il terapeuta dovrebbe essere messo in grado di dialogare anche con esse, pur senza perdere identità.
4. All’inizio conviene comunque che l’allievo terapeuta si concepisca come un “purista sistemico”, ma non nel senso di prendere la propria teoria come verità: nel senso di cercare proprio in *quel fuzzy set* gli elementi necessari a risolvere i suoi problemi. In seguito, il metodo dovrebbe consentirgli di dialogare con *diversi fuzzy set* teorici [il che è quello che tende ad accadere alla gran parte dei terapeuti].

Crede sia superfluo, a questo punto, dilungarsi su concrete opzioni formative. Le tecniche di formazione con cui conseguire simili risultati sono, se non infinite, assai numerose. L’importante è recuperare, nella formazione, un senso dell’utilità della teoria sistemica, e del suo valore anche in un mondo in cui è impossibile considerarla un faro che guidi il terapeuta in ogni sua scelta. Nel mondo postmoderno, ogni scelta terapeutica è da considerare una scelta che impegna il terapeuta in prima persona e non può essere giustificata da alcun libro né da alcun manuale: il terapeuta [sistemico o meno] che operi nel nostro mondo di teorie deboli e scelte forti è un terapeuta che fa continuamente scelte etiche (Bianciardi e Bertrando, 2002). Ma anche per un tale terapeuta, avere un orizzonte teorico, e un’idea del perché ha scelto e accetta quel certo orizzonte, è un modo di restituire senso al proprio lavoro.

Bibliografia

- Bertrando, P. The presence of the third party. Systemic therapy and transference analysis. *Journal of Family Therapy*, in corso di stampa.
- Bertrando, P., Toffanetti, D. (2000a) *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Milano, Raffaello Cortina Editore.



- Bertrando, P., Toffanetti, D. (2000b) Sull'ipotesi. Teoria e tecnica del processo di ipotizzazione. *Terapia Familiare*, 62, pp. 43-68.
- Bianciardi, M., Bertrando, P. (2002) Terapia etica. Una proposta per l'epoca postmoderna. *Terapia Familiare*,
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993) *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996) *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1987) *Milan Systemic Family Therapy: Conversations in Theory and Practice*, Basic Book, New York.
- Cecchin, G. (1987) Hypotesing Circularity and Neutrality Revisited: an Invitation to Curiosity, in *Family Process*, vol 26, 405-414.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.L. (1993) *Irriverenza. Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*. Angeli, Milano.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.L. (1997) *Verità e pregiudizi*, Milano, Raffaello Cortina.
- De Shazer, S. (1991) *Putting Differences to Work*. New York, Norton.
- Eagle M.N. (1984) *Recent Developments in Psychoanalysis: A Critical Evaluation*. McGraw-Hill, New York. Trad. it. *La psicoanalisi contemporanea*. Laterza, Bari. 1988.
- Eagle, M.N. (1999) La crisi della psicoanalisi negli Stati Uniti. In: Jervis, G. (a cura di) *Il secolo della psicoanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino, pp. 182-204.
- Epston, D., White, M., Murray, K. (1992). A proposal for a re-authoring therapy: Rose's revisioning of her life and a commentary. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp.96-115). London, Sage.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Freud, S. (1895) *Progetto di una psicologia*. Trad. it. in: Opere, Vol. 3. Torino, Bollati Boringhieri, pp. 201-288.
- Freud, S. (1899) *L'interpretazione dei sogni*. Trad. it. in: Opere, Vol. 4. Torino, Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1915-17) *Metapsicologia*. Trad. it. in: Opere, Vol. 8. Torino, Bollati Boringhieri, pp. 13-122.
- Freud, S. (1920) *Al di là del principio di piacere*. Trad. it. in: Opere, Vol. 9. Torino, Bollati Boringhieri, pp. 193-254.
- Freud, S. (1922) *L'io e l'Es*. Trad. it. in: Opere, Vol. 9. Torino, Bollati Boringhieri, pp. 475-524.
- Freud, S. (1925) *Inibizione, sintomo e angoscia*. Trad. it. in: Opere, Vol. 10. Torino, Bollati Boringhieri, pp. 237-322.
- Fruggeri, L., Marzari, M., Matteini, M., Castellucci, A. (1995) "Servizi pubblici e terapia sistemica: teorie e tecniche nell'incontro con le famiglie", in Gurman, A.S., Kniskern, D. (1995) *Manuale di terapia della famiglia*, Edizione Italiana, Bollati Boringhieri, Torino.
- Goolishian, H. A., Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nonintervention: A matter of theory? *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 5-15.
- Guidano, V. (1991) *La complessità del sé*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Heims, S.J. (1991) *The Cybernetics Group*. Cambridge (Massachusetts), The MIT Press.
- Hirschhorn, D.S. (1999) Postmodern Ethics and Our Theories: Doing Therapy versus Being Therapists. *Journal of Systemic Therapies*, 18 (4): 18-41.
- Hoffman, L. (1998) Setting aside the model in family therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, n.2, 145-156.
- Jervis, G. (a cura di) (1999) *Il secolo della psicoanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mahony, P. (1986) *Freud and the Rat Man*. New Haven (CT): Yale University Press.

- Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.); tr.it. *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1981.
- O'Hanlon, B., Wilk, J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. New York: Guilford.
- Pizzaleo, A.G. (2000) *Fuzzy logic*. Roma, Castelvechchi.
- Polanyi, M. (1966) *The Tacit Dimension*. Ristampa: Peter Smith, Gloucester (Mass.), 1983.
- Roazen, P. (1975) *Freud and His Followers*. Trad. it *Freud e i suoi seguaci*. Torino, Einaudi, 1998.
- Roazen, P. (1995) *How Freud Worked. First-hand Accounts of Patients*. New York, Jason Aronson.
- Ruesch, J., Bateson, G. (1951) *Communication: The social matrix of psychiatry*. Norton, New York, trad. it.: *La matrice sociale della psichiatria*. Bologna, Il Mulino, 1976.
- Schön D.A. (1983) *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. and Prata G. (1978) *Paradox and Counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975) *Paradosso e controparadosso*. Milano, Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., (1980a) Hypothesizing-circularity-neutrality. Three guidelines for the conductor of the session, *Family Process*, 19, pp. 73-85. (trad. it., Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta, in : M. Selvini (a cura di), *Cronaca di una ricerca*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, pp. 212-227, 1985.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980b) The problem of the referring person, *Journal of Marital and Family Therapy*, 6: 3-9.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo, S., Sorrentino, A.M., Selvini M. (1988) *Giochi psicotici nella famiglia*. Milano, Raffello Cortina Editore.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo, S., Sorrentino, A.M., Selvini M. (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano, Raffello Cortina Editore.
- Stern, D. (1995) *The Interpersonal World of the Infant*. Trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino, Bollati Boringhieri, 1997.
- Sulloway (1979) *Freud, Biologist of the Mind*. New York, Basic Books.
- Ugazio, V. (1998) *Storie permesse, storie proibite*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Vineis, P. (1999) *Nel crepuscolo della probabilità. La medicina tra scienza ed etica*. Torino, Einaudi.
- Watzlawick, P., Jackson, D.D, Beavin, J. (1967) *Pragmatics of Human Communication*. New York, Norton, trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma, Astrolabio, 1971.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1974) *Change: The Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York, Norton. Trad. it. *Change*. Roma, Astrolabio, 1974.
- Wittgenstein, L. (1953) *Philosophische Untersuchungen*. Oxford, Basil Blackwell. Trad. it. *Ricerche filosofiche*. Torino, Einaudi, 1967.
- Zadem, L.A. (1965) "Fuzzy sets". *Information and control*, 8 : 338-353.



Nel contributo che presentiamo ora, **Philippe Caillé** prende le mosse da un lungo *excursus* sulla evoluzione della teoria sistemica e sulla rivoluzione epistemologica degli ultimi decenni, per proporre una concezione della psicoterapia, e della formazione alla psicoterapia, in termini di “*danza epistemica*”.

Segue una accurata descrizione di alcuni “*esercizi sistemici*” elaborati al fine di facilitare una esperienza di danza epistemica nell'allievo e nel gruppo in formazione: invitiamo il lettore a riflettere su come gli esercizi ripropongano di fatto prescrizioni strategiche classiche, quali i compiti rituali, all'interno di una concezione della mente in termini di costruzione di significati condivisi.

