

Lo script infranto

Dal copione familiare al copione conversazionale

*Massimo Giuliani**

*“La mia vita è tutta a pezzi,
come uno specchio...
ecco, ha presente uno
specchietto
dopo che ci è passato sopra
un camion?
Non ho voglia di parlarne...”
(Irene)*

1. L'antefatto: lo script e la tossicodipendenza

1.1. Storie infrante

L'occasione per pensare agli *script* familiari (Byng-Hall, 1995, 1998) come lente per guardare alle storie di individui e famiglie è nata nel lavoro clinico in due strutture terapeutiche residenziali per coppie tossicodipendenti (Giuliani, 2002), nella consulenza e nella supervisione agli operatori di quelle e di altre strutture e nella condivisione di idee con colleghe e colleghi che lavoravano nello stesso ambito.

Le storie familiari spesso tormentate e problematiche mi suggerivano di dotarmi di uno strumento che rendesse conto delle relazioni intergenerazionali; la storia e le premesse dell'istituzione mi richiedevano di confrontarmi non soltanto con i *pattern* relazionali, ma anche con il mondo interno degli utenti; infine, nelle frequenti drammatiche ricorrenze tra la storia che quei giovani raccontavano sui propri genitori e la storia che raccontavano di sé, trovai una conferma dell'utilità di leggere le storie di tossicodipendenza come esiti drammatici di un copione ripetitivo di tentate soluzioni, non di rado ereditato dalle generazioni precedenti. Trovai così un buon punto di partenza nel modello dei *family script*, elaborato da John Byng-Hall nel suo

*MASSIMO GIULIANI: Psicologo, psicoterapeuta sistemico, lavora come libero professionista nel suo studio di Manerbio [BS]. Consulente e supervisore di strutture operative e comunità terapeutiche. e-mail: mgiuliani@opl.it

lavoro con le famiglie alla Tavistock Clinic, che vede gli individui come “interpreti” di una rappresentazione, scritturati in un dato copione dalla famiglia d’origine: nella vita quotidiana essi “replicano” quei copioni, o li correggono, o ne improvvisano di nuovi.

Nel mio lavoro con persone tossicodipendenti ho constatato che la metafora dello “specchio infranto” che lo psicoanalista Claude Olievenstein utilizza in un celebre saggio (1981), si dimostra particolarmente appropriata. Per Olievenstein il bambino tra i sei e i diciotto mesi, attraverso il riflettersi in uno specchio [reale o simbolico], si scopre “altro”, ponendo fine così all’esistenza fusionale vissuta assieme alla madre. Nell’impossibilità di realizzare pienamente lo “stadio dello specchio”, l’eroina giungerebbe a “saldare” le fratture di quello specchio, dando al tossicodipendente l’illusione di continuità del senso di sé.

Trovavo che tale metafora rendesse conto delle peculiarità delle narrazioni di questi pazienti, a volte caratterizzate da cadute nella competenza autobiografica [come d’altra parte spesso si riferisce in un’ampia letteratura sulla tossicodipendenza], da storie disorganizzate e prive di nessi plausibili, altre volte da racconti standardizzati, lineari e di glaciale coerenza.

È noto che Olievenstein è debitore della metafora del “rispecchiamento” a Winnicott ma soprattutto a Jacques Lacan e alla sua interpretazione del narcisismo primario. Per Lacan il bambino tra i sei e i diciotto mesi, più precocemente che il cucciolo di un altro animale, è in grado di riconoscersi nell’immagine riflessa allo specchio. Il bambino, dice Lacan nel suo celebre scritto sullo “stadio dello specchio” (1974), attraverso dei gesti mette a confronto il proprio movimento con quello della realtà rispecchiata. Questi gesti manifesterebbero il sorgere di un’identità corporea, di una forma primordiale dell’*io*, ma anche della distinzione tra il proprio corpo e le persone, gli oggetti che popolano lo spazio circostante.

Dunque il bambino ricaverebbe il suo primo senso di identità dallo sguardo della madre e, allo scopo di salvaguardare tale relazione, si identifica nel desiderio materno.

Lo stadio dello specchio lacaniano è una situazione essenzialmente diadica: quando parliamo dello *script* familiare ci riferiamo invece a un’attribuzione di significati alla cui stabilità tutti partecipano. Tutti i membri della famiglia contribuiscono a co-creare un copione che è ugualmente necessario a tutti i personaggi coinvolti.

Come il rispecchiarsi nello sguardo della madre, così il riconoscersi nel copione condiviso della famiglia è necessario all’individuo per attribuire un senso alla propria vita e, in sostanza, per “esistere”.

Ho trovato inevitabile considerare queste metafore un elemento imprescindibile del contesto nel quale lavoravo. La storia dell’istituzione era for-

temente impregnata del pensiero psicodinamico e l'articolo di Olievenstein introduce nelle conversazioni sulla tossicodipendenza una metafora [lo "specchio infranto"] che è diventata eredità, più o meno consapevole, di una gran quantità di operatori che si prendono cura di persone tossicodipendenti.

Spesso l'interesse dei terapeuti si è rivolto verso quelle situazioni in cui tra più narrazioni, o tra la narrazione "dominante" e ciò che invece si presenta agli occhi degli individui, c'è una discrepanza, una dissonanza cognitiva cui non è possibile sottrarsi, accompagnata da un'ingiunzione implicita che ordina di non rendersi conto dell'incoerenza¹. Per quanto mi concerne, incuriosivano le "fratture" e le incongruenze nei copioni inter e intragenerazionali del tossicodipendente e della sua famiglia. Ipotizzai che attraverso l'esame delle conseguenze relazionali dell'uso della sostanza e della "scoperta" da parte dei congiunti fosse possibile ricostruire i contorni di uno *script* familiare di soluzione del conflitto che, per qualche ragione legata alla sua incoerenza interna, aveva esito nella tossicodipendenza (Giuliani, op. cit.).

Da tutto ciò emergeva una cornice che sembrava connettere il linguaggio della lettura intrapsichica con quello delle ipotesi relazionali, ed entrambi con quello dell'esperienza di vita degli utenti tossicodipendenti che ci aiutavano a costruire le nostre/loro storie. E, infine, tutti questi con la premessa pedagogico-pragmatica della comunità, che esorta gli utenti a liberarsi dai vincoli imposti dalla storia vissuta [e dalla pesante influenza che essa esercita sul presente], per recuperare la responsabilità sulla propria vita e la perduta capacità di gestirsi, progettare, amare.

Nel lavoro diagnostico con questi pazienti, peraltro, la "lente" dei *family script* teneva conto degli ambiti concentrici in cui lo *script* è inserito e che gli attribuiscono significato: non solo non pretende di essere immune da fattori culturali, ma anzi cala i *pattern* di comportamento individuali e familiari nel contesto delle premesse culturali da cui essi traggono senso. Uno *script* è incorporato in sistemi di significati più ampi condivisi con la famiglia estesa, la comunità, la cultura.

Dunque ho utilizzato il modello dei *family script* come una lente per la valutazione diagnostica che considerasse le variabili culturali non già come un "terzo incomodo" che interferisce nella descrizione della realtà, ma anzi come un elemento integrante della narrazione che ne risulta.

1. Cirillo e coll. (1996) parlano, proprio a proposito dei genitori di tossicodipendenti, di "sofferenza negata", nascosta, misconosciuta. E si pensi a concetti come il "mito" (Ferreira, 1978) o l'"imbroglio" (Selvini Palazzoli e coll., 1988). Lo stesso "doppio legame" batesoniano (Bateson, 1972) costituisce un esempio di dissonanza che genera sofferenza e confusione perché crea una frattura nella "coerenza" del senso di sé delle persone e nelle loro narrazioni.



1.2. Una storia “coerente”

Nella prospettiva narrativa (Bruner, 1988, 1991, 1992), gli individui organizzano la propria esperienza sotto forma di storie. Attraverso tali storie autobiografiche essi costruiscono la propria coerenza e danno senso alla realtà.

John Byng-Hall (1999) affronta la questione dal punto di vista della teoria bowlbiana, riflettendo su come la coerenza e l'incoerenza delle narrazioni familiari siano legate ai diversi stili di attaccamento. Il suo modello poggia sulle solide spalle del lavoro di Bowlby (1989) e sulle ricerche sui legami di attaccamento, per indagare la relazione tra narrazioni familiari incongruenti, stili di attaccamento degli individui e modo che questi hanno di vedersi e raccontarsi.

Il modello degli *script* familiari, dunque, appariva una buona “metastoria”, un’utile traccia su come co-costruire dieci, cento, mille storie singolari.

Procedendo nel nostro pensiero, si è fatta strada l’ipotesi di un’analogia tra lo “specchio infranto” e lo “*script* infranto” come frattura nel *modello operativo relazionale* che il bambino costruisce di sé a partire dalle relazioni precoci. Forse ai pazienti che ho incontrato era capitato di rado di sentir parlare di loro i genitori o di scambiare con i familiari ricordi e storie sulla famiglia. Forse si trattava di famiglie senza spazi per il racconto, senza uno *script* sulla trasmissione della memoria.

Nei racconti di questi pazienti tossicomani trovavo talvolta delle storie particolarmente rigogliose di dettagli, seppure sconnessi dal punto di vista temporale come da quello logico, un fecondo disordine di eventi e di emozioni. Talaltra ritrovavo un’avvilente mancanza di “storie” e, quando c’erano, esse apparivano desolatamente standardizzate, ossessivi scenari “tipici” ricorrenti, tramandati e reiterati come per assegnare e confermare ruoli e copioni: “Quando ero senza i miei genitori, piangevo sempre!” [v. la storia di Ciro in Giuliani, op. cit.]. Per di più, anche quando erano sommamente inverosimili e incredibili, difficilmente esse erano oggetto di critica e per lo più venivano riferite come una realtà storica e “certa”. Tale limitazione della capacità di “pensare il pensiero” pareva al servizio dell’integrità dello “specchio” e dello *script*: uno specchio a suo modo integro e coerente, ma il prezzo di tale integrità era una narrazione appiattita, standardizzata e impoverita.

1.3. Scientificità e narrativa nel modello dei *family script*

Bying-Hall non rinuncia a dare al suo modello il sostegno di basi teoriche rigorose e scientifiche. Bowlby (1989), in fondo, rivendicava alla psicoanalisi una natura scientifica, anzi ne auspicava l’ingresso nel campo delle scienze naturali e giudicava una sciagura ogni tentativo di annoverarla tra le

discipline ermeneutiche. Ancora, come terapeuta della famiglia, Byng-Hall dichiara un'affinità con Salvador Minuchin: una caratteristica comune che emerge sia dall'orientamento strutturale che da quello della Tavistock è che la terapia tende a ricollocare ruoli, autorità, compiti di cura tra i componenti della famiglia, con un forte accento sui "confini" generazionali e simili metafore spaziali e organizzazionali, oltre che sulla necessità di restituire "autorità" ai genitori laddove questa sia minata da coalizioni intergenerazionali (cfr. Minuchin e Fishman, 1982). È evidente che, se guardiamo le cose sotto il profilo dell'alternativa "scientificità o ermeneutica", Byng-Hall ha appoggiato la sua teoria sulla "base sicura" dei dati sperimentali e oggettivi. E noi gli siamo grati perché, così facendo, ci ha messo a disposizione delle buone storie, solide e coerenti, su come le famiglie "funzionano".

D'altro canto credo di aver coltivato quella che Boscolo e Bertrando (1996 e 1997) hanno chiamato "posizione ermeneutica" del terapeuta, quella visione "soggettiva" che si contrappone all'"oggettività" della visione "scientifica". È stato soprattutto Jerome Bruner (cit.) ad approfondire la distinzione tra questi diversi tipi di pensiero [il pensiero paradigmatico e il pensiero narrativo], complementari seppure irriducibili l'uno all'altro. Certo l'opposizione tra i due tipi di pensiero non può essere ritenuta così radicale: se è vero che il pensiero narrativo non attribuisce tanta importanza alla dimostrabilità dei "mondi" che genera, è pur vero che una storia che non si curi della propria plausibilità è una pessima storia.

Mettiamola così: credo di aver utilizzato il modello di John Byng-Hall allo scopo di costruirmi una traccia, uno schema narrativo per scrivere delle buone storie su come le persone cercano coerenza nel proprio sistema di significati e su come l'eroina talvolta può essere il "collante" che tiene insieme storie che altrimenti "non stanno insieme". Uno "schema narrativo" è quel sistema di regole in base alle quali ricercare e selezionare i dati del racconto: nel nostro caso, ad esempio, i "ruoli" all'interno della famiglia e il modo in cui si realizzavano, l'inizio della tossicodipendenza, la sua scoperta da parte della famiglia, i mutamenti intervenuti nelle relazioni familiari dopo queste o altre circostanze.

Mentre procedevo nell'idea che raccontare gli *script* potesse generare storie sulla tossicodipendenza e idee sul cambiamento possibile, diventava evidente che stavo operando una specie di "tradimento" ai danni del modello originale. Mi pareva utile pensare che lo *script* che emergeva dalle nostre conversazioni non era una testimonianza che riaffiorava dal passato: piuttosto nasceva nell'intersezione tra il mio interlocutore, le mie premesse e la "mitologia culturale" dell'istituzione. Potevo vedere, insomma, lo *script* e la stessa storia della tossicodipendenza come costruzioni sociali invece che come "cose" con un'origine, delle cause e degli effetti.

O meglio: per quanto mi riguarda, cerco di “credere” nelle storie che emergono dal mio incontro con i pazienti tossicodipendenti; di sentire un autentico coinvolgimento nella “realtà” che emerge dal nostro sforzo di scrivere storie più o meno coerenti: d’altra parte, che efficacia avrebbero le “verità narrative” che costruiamo, se non le prendessimo per “vere” (Battacchi, 1997)? Nello stesso tempo, cerco di mantenerne il cauto distacco che mi consente di ricordare che le nostre storie non sono “cose” che scopriamo, e di trattarle, in fin dei conti, come invenzioni che nascono nella nostra conversazione.

Non trovo contraddizione tra questi due atteggiamenti: credo che dalla loro complementarità emerga una “doppia descrizione” (Bateson, 1976). La doppia descrizione per la quale ogni storia è vera a un certo livello e inventata a un altro livello: cosicché ogni storia sui rapporti familiari o sul mondo interno diventa una possibilità, al pari delle storie narrate dal tossicodipendente e di quelle pedagogiche dello staff degli operatori; quella “doppia descrizione” che richiede l’“ironia essenziale” (Pearce, 1998, pag. 200) utile ad essere contemporaneamente “dentro” e “fuori” una narrazione, coinvolti in una narrazione locale e allo stesso tempo in un più ampio sistema di narrazioni². Il coinvolgimento profondo nelle proprie narrazioni e nel proprio punto di vista è essenziale alla nascita “sociale” di un individuo, ed è normalmente riconosciuto come una virtù socialmente accettabile e dunque da coltivare; la sospensione del coinvolgimento e la consapevolezza della relatività di ogni narrazione, al contrario, essendo attività il cui esercizio porta sovente a sperimentare una certa “estraneità” verso le storie e le pratiche condivise dal proprio gruppo sociale, possono essere assai più impenetrative.

1.4. *Lo script infranto*

S spesso chi entra in una comunità terapeutica in cerca di una via d’uscita dal circolo vizioso della tossicodipendenza manca di storie utili, di idee, di “storie al congiuntivo”, in definitiva di *possibilità*. La vita nella tossicodipendenza produce una tragica contrazione delle possibilità di scelta, fino a che la vita da tossicodipendente resta fatalmente l’unica via aperta, l’unico “mondo possibile”.

È possibile usare linguaggi che aprano possibilità, dove altri linguaggi le riducono. Sappiamo che il linguaggio, d’altra parte, non è stato creato per designare oggetti che esistono *a priori*: esso piuttosto crea oggetti, seleziona realtà e mondi possibili. Un linguaggio che comprenda nuove possibilità aiuta

2. Se parliamo di clinica, l’idea richiama da vicino la cecchiniana “irriverenza” (Cecchin e coll., 1993), o la raccomandazione della Scuola di Milano (Boscolo e Bertrando, 1996) di “flirtare” con le ipotesi e le teorie “senza sposarle”.

a crearne, più di un linguaggio deterministico e vincolante. Ho considerato utile e vantaggioso ritenere i problemi, le soluzioni, i significati, in buona sostanza generati in un dominio linguistico (Anderson e Goolishian, 1988).

È suggestivo il fatto che lo stadio dello specchio (Lacan, op. cit.) sia conquista e perdita, giubilo e dramma, riconoscimento e frattura insieme. Il “flash” della scoperta dell’immagine di sé si accompagna a “vere e proprie ondate di choc” (Olievenstein, op. cit.).

Mi pareva utile servirmi di una cornice di pensiero entro la quale fosse possibile costruire narrazioni decentrate, polifoniche e multivocali, e nella quale la “frattura” nello *script* divenisse generatrice di “nuovi possibili”, fonte di sofferenza e incoerenza, ma anche scaturigine di nuove narrazioni e nuovi significati.

Anche la relazione tra me, gli utenti e l’istituzione ha le caratteristiche di uno *script* frammentato: essa si svolge all’interno di uno scenario che è quello costituito dall’insieme delle attività di accoglienza e di cura previste in una comunità terapeutica residenziale. La premessa di questa cultura prevede, tra l’altro, che i problemi del presente trovino soluzione nel ripercorrere a ritroso carenze e incidenti occorsi in qualche momento passato della vita affettiva, principalmente nell’ambito familiare; che le persone più soggette al pericolo di sviluppare comportamenti a rischio devono essere aiutate attraverso solide pratiche educative a guadagnare “autonomia” [qualunque cosa con ciò si voglia intendere] dall’ambiente familiare oltre che “responsabilità” sulla propria vita; che connotare negativamente quanto attiene alla vita trascorsa nella tossicodipendenza sia essenziale per prenderne finalmente e definitivamente distanza; che chi è solito procurarsi quella particolare forma di intorpidimento che deriva dall’uso di droghe pesanti dovrebbe, attraverso la pratica quotidiana della comunicazione verbale e non verbale con delle figure d’aiuto e con i propri pari, riuscire a far emergere il suo “vero” sé: quello che, per definizione, non ha bisogno di additivi chimici per sentire, amare, realizzarsi e, in definitiva, godere di un’esistenza appagante.

Le mie premesse sono meno “realistiche”: credo che un percorso terapeutico [quale che sia] “costruisca” narrazioni [più che scoprire “realtà”] sul sé e sul passato; che “autonomia” e “responsabilità” siano qualità della relazione più che “dati” *a priori*; che, infine, la “connotazione positiva” (Selvini Palazzoli e coll., 1978; Penn, 1985) possa aiutare un sistema terapeutico a evolvere verso nuove soluzioni.

In mezzo ci sono le premesse dei pazienti. Essi chiedono spesso un rapporto di forte dipendenza; altre volte semplicemente di essere aiutati ad apprendere un mestiere; taluni hanno un passato gravoso di cui liberarsi, altri al contrario chiedono di non essere costretti a ripensare a un passato a cui non hanno più alcuna voglia di pensare.

Non è tutto: molte volte i pazienti hanno una storia che si svolge attraverso servizi sociali e sanitari di vario genere. Non di rado arrivano in comunità con una diagnosi di struttura, di tipo psichiatrico o intrapsichico: “psicopatico”, “personalità dipendente”, “borderline”, “disadattato”, “anti-sociale”.

La cosa più ovvia che possa accadere, in questa rete di premesse e di pregiudizi, è che si cerchi di scoprire “chi ha ragione”, quale sia il pregiudizio più “vero” (Cecchin e coll., 1997). Gli interlocutori possono ritrovarsi ingaggiati nella ricerca di una “norma” superiore da invocare che metta d’accordo tutti: la teoria psicologica più convincente, il buon senso, un principio morale indiscutibile...

Barbetta (2001) propone un utile confronto tra lo *script* e il graffito metropolitano, moderna forma espressiva che vive in un provvisorio “qui e ora”. La cifra di tale forma d’espressione è l’*evanescenza*, al di là della “profondità” o del presunto “spessore” artistico: infatti il graffito, nella sua forma autentica, trova la sua caratteristica significativa nel fatto che dev’essere vietato.

Il graffito rupestre dev’essere conservato al pari di una reliquia, perpetuato e tramandato; il graffito metropolitano, al contrario, vive della sua provvisorietà, segno irriverente, sberleffo, insurrezione dei codici.

Questo *script* è “il risultato di una progettualità inesistente” (Barbetta, 2001, pag. 64), che non supera mai la “soglia del passato”: non è un *life script*, un progetto a priori che possa essere rintracciato nell’intenzionalità dell’individuo o nella negoziazione tra i membri del nucleo, bensì esiste e vive nel linguaggio, in un presente evanescente e fuggente. Con Cecchin e coll. (1997), rispetto all’idea che le persone si ammalino, o facciano cose che le qualificano come folli, per conseguire una sorta di “vantaggio secondario” o per accrescere il proprio potere relazionale, Barbetta privilegia l’idea che gli individui interagiscano ed entrino in relazione per “dare un senso” alla propria realtà. In questa cornice è difficile pensare allo *script* come alla messa in scena di un copione esistente a priori, o come l’attuazione di una strategia rappresentazionale³.

Barbetta introduce dunque uno *script* postmoderno, derridianamente decostruzionista (v. Derrida, 1975), essenzialmente *testuale*. Come il sé non può essere rintracciato in un’essenza preesistente, “svelato” attraverso una ricerca archeologica (Apolloni e Bozzetto, 1997), allo stesso modo l’esistenza di uno *script* non può prescindere dalla funzione creatrice del linguaggio e

3. Lynn Hoffman (1990) usa il paragone con quanto è avvenuto nella critica letteraria all’avvento del decostruzionismo, che si è opposto all’idea tipica del “new criticism” che un testo possedesse una “struttura nascosta”, un’“architettura simbolica” per rintracciare la quale il critico (a differenza dell’autore e, ancora di più, del lettore) aveva i titoli e le abilità necessarie.

della conversazione. Il graffito rupestre dev'essere riportato alla luce attraverso una ricerca scrupolosa; il graffito metropolitano è un rapido, fugace dileggio alla norma e alla convenzione.

Quello che propongo, allora, è un esercizio di curiosità (Cecchin, 1988) che veda nel copione infranto, in quanto insubordinazione a uno *script* condiviso, non tanto una condizione patologica bensì una fonte di possibilità e di novità, l'inizio di un cambiamento e di nuove narrazioni. Ogni frattura dello "specchio" diventa via d'accesso a un mondo possibile, inizio di nuove storie e di nuove attribuzioni di senso.

2. Dal testo all'ipertesto

2.1. L'ipertesto

Il termine "ipertesto" venne coniato negli anni 60 da Theodore H. Nelson, filosofo e sociologo che aveva ideato un ambizioso progetto di realizzazione di una struttura di testi, immagini e altre informazioni, che permettesse diversi percorsi virtuali al proprio interno: esso coincideva con una rete globale, una sorta di biblioteca universale di documenti multimediali⁴. Oggi, che ancora il sogno di Nelson è lontano dal realizzarsi [ma parzialmente ha trovato attuazione nel *world wide web*], con questa parola intendiamo un insieme di testi e immagini collegati tra loro, attraverso i quali è possibile spostarsi per mezzo di collegamenti ipertestuali, seguendo un percorso scelto di volta in volta dall'utente.

Dove il testo tradizionale segue un ordine logico-sequenziale, l'ipertesto è caratterizzato da un ordine non sequenziale, non lineare e non definitivo. Nessuno dei numerosi testi collegati prevale sugli altri.

Se il testo si attualizza in *una* lettura, il passaggio all'ipertesto equivale a una virtualizzazione (Lévy, 1997): il testo attuale diventa una delle figure possibili di un campo testuale mobile e riconfigurabile a piacimento dal lettore, persino per essere a sua volta collegato ad altri corpi ipertestuali. L'ipertesto moltiplica le occasioni di produzione di senso: un numero imprecisato di lettori dà vita a un numero indefinito di collegamenti ipertestuali.

Scegliendo un proprio personale percorso all'interno dell'ipertesto, selezionando dei collegamenti e privilegiandone alcuni sugli altri, ciascuna lettura diventa così un atto di scrittura e il lettore diventa a sua volta autore⁵.

4. Fonte: Enciclopedia Microsoft Encarta 2002.

5. "Più che essere interessato a cosa abbia pensato un autore introvabile, chiedo al testo di far pensare *me*, qui e ora. La virtualità del testo alimenta la mia intelligenza in atto" (Lévy, op. cit., pag. 40).



2.2. *I molteplici autori delle narrazioni diagnostiche*

Lo *script* infranto genera un tessuto di storie e di narrazioni. Talvolta il collegamento tra queste narrazioni è chiaro, altre volte richiede percorsi ipertestuali più complessi.

Il clinico seleziona collegamenti, costruisce un percorso, diventa autore della storia del paziente. Quest'ultimo diventa lettore/autore di quella nuova storia, selezionando a propria volta nuovi collegamenti ipertestuali e nuovi percorsi.

Indubbiamente le storie che costruiamo attorno a quel tavolo mi includono. Sono immerso fino al collo nella realtà che osservo, e in essa sono immerse le mie stesse premesse. Mi capita di riconoscere, nelle domande che mi pongo quando partecipo alla costruzione delle storie che emergono tra me e gli utenti tossicodipendenti che incontro, tracce degli *script* sulla nascita, sulla morte, sulle relazioni intergenerazionali, sulla malattia, sulla perdita, persino sulla cura e sui farmaci, ai quali io stesso ho partecipato e contribuito.

Per quanto mi concerne, la ricerca della coerenza è una faccenda che mi appartiene, dai tempi in cui cercavo di ricostruire le informazioni che mi mancavano su avvenimenti, nascite, morti che avevano preceduto la mia venuta al mondo e che, per quanto mi riguardava, non erano soltanto storia passata.

Afferma Elkaïm:

“...io costruisco ciò che dico di una famiglia mentre quest'ultima, nel corso dello stesso processo, a sua volta costruisce me [...] Una psicoterapia riuscita non significa che il terapeuta abbia ragione, ma che la costruzione che ha edificato con i membri del sistema terapeutico è operativamente funzionale.” (1992, pagg. 81-82).

Dunque non c'è più [non ha senso di esserci] un territorio da conoscere, una coincidenza tra una mappa e quel territorio, una patologia da scoprire. Ciò che emerge nel rapporto terapeuta-paziente [i vari sé] non è vero o falso, ma solo una realtà emergente che può essere più o meno *operativamente funzionale* in confronto alle altre realtà possibili.

Al centro del nostro interesse c'è un reticolo di storie e di premesse che appartengono all'istituzione, al paziente e al terapeuta-osservatore; c'è un sistema terapeutico che si costruisce intorno a una risonanza di narrazioni.

2.3. *Il sé come ipertesto*

Nascimbene e Vento (2000; v. anche Nascimbene, 2003) si sono interrogati sui modi in cui l'uomo dei tempi di Internet sperimenta il

tempo, lo spazio e il sé. Essi prendono in considerazione l'ipertesto, "romanzo polifonico e multivocale non costruito da un'unica coscienza, ma formato dall'interazione di molte". Altrove spiega Nascimbene (2003) che l'ipertesto è una galassia multivocale di significanti anziché una struttura di significati; non possiede inizio né fine, ma circolarità; è reversibile e ha diverse vie d'accesso, ugualmente importanti. La sua veloce multivocità

"potrebbe in linea di principio stimolare anche un fruitore attivo, che non assorbe ma elabora con senso critico e partecipa dinamicamente all'evento sociale, diventando 'scrittore'. Internet, come nuova forma del linguaggio, può promuovere dei processi di pensiero astratto, delle nuove realtà, organizzando in un modo innovativo il pensiero umano". (Nascimbene e Vento, op. cit.).

La mia idea è quella di immaginare una narrazione diagnostica che, proprio come il sé dell'individuo postmoderno, abbia una struttura ipertestuale: ogni "frattura" apre un collegamento [un *link*] verso un altro testo, in una rete di testi che non ha un punto d'accesso privilegiato [un testo prioritario]. Proprio come nell'ipertesto, insomma, la logica argomentativa viene sostituita dall'imprevedibilità del pensiero laterale e dalla convivenza di saperi locali, la tendenza alla staticità/essenzialità dalla dinamicità/interattività, la tendenza alla chiusura del senso dalla convivenza di infinite letture locali, considerate di pari valore (v. Nascimbene, op. cit.).

Lo *script* infranto diviene così la cifra di una "coerenza" che non poggia sulla logica argomentativa bensì sul pensiero laterale, sull'interattività, sulla coesistenza di punti di vista e di "verità" provvisorie e locali.

Di uno *script* diagnostico sigillato c'è bisogno al fine di una ricognizione anamnestica affidabile, dell'identificazione di un *pattern* disfunzionale, dell'individuazione di un "sé essenziale", di una struttura di personalità, di una struttura familiare, di un copione ripetitivo da ricostruire; al contrario uno *script* diagnostico "debole", aperto, permette l'ingresso di nuovi flussi narrativi (Barbetta, 2001 e 2003) e la connessione a nuovi domini linguistici.

Bruner (1992) illustra con chiarezza cosa accade nella maggior parte delle interviste. In tali contesti ci si attende che le persone rispondano alle domande nella forma categorica propria dei dialoghi di tipo formale anziché nella forma narrativa che è propria della conversazione naturale: l'introduzione di una storia, o di una storia che non rientri nelle categorie previste dallo *script* convenzionale, è trattata come un'insubordinazione. L'intervistatore può dunque interrompere l'intervistato, richiamarlo allo *script* conversazionale oppure non codificare la storia che emerge (v. anche Barbetta, 2001). Ciò rende artificiali i diversi "sé" prodotti da queste pratiche.

Nelle “conversazioni speciali”, contrariamente alle “conversazioni ordinarie” (Bercelli, Leonardi e Viaro, 1998), le regole dell’interazione attribuiscono ruoli differenti a ciascuno dei partecipanti. L’iniziativa circa la scelta dell’argomento di conversazione, il ruolo di esperto, competono a uno solo di loro: a lui, solitamente, spetta anche il fare domande e il ritenere pertinente o meno un flusso narrativo introdotto dall’altro. Rientra in questa categoria la conversazione che si svolge tra un consulente e un cliente, tra un medico e un paziente, tra un terapeuta e un individuo o una famiglia che richiede aiuto: le pratiche discorsive e collaborative tipiche della conversazione ordinaria sono trattate alla stregua di interferenze, disturbi, rumori di fondo. In fin dei conti scopo della conversazione ordinaria è lo scambio verbale senza altri fini, mentre scopo della conversazione speciale è un “resoconto affidabile”: nel nostro caso una “diagnosi esatta”.

In un esame critico della disparità di potere/sapere che la conversazione speciale reca con sé, Barbetta (2001) afferma:

“la sfida delle pratiche sociali critiche consiste nel costruire forme di conversazione speciale in cui il dialogo e la polifonia emergente dal libero afflusso delle narrazioni possa dare vita a nuove storie e a nuove differenze” (pag. 75).

D’altra parte la consapevolezza del fatto che organizziamo il nostro presente, il passato e anche il futuro in forma di storie, di trame e di sviluppi, che acquisiamo la nostra identità attraverso strutture narrative, che in definitiva viviamo nel flusso delle nostre storie, impone di mettere in discussione gli strumenti e le pratiche tradizionali di conoscenza del sé e la stessa concezione occidentale di un sé statico e immutabile.

L’ipertesto si offre come nuovo paradigma di un sé diffuso, mutevole e complesso, una narrazione scritta a più mani, costruita e riassembleta di volta in volta da più lettori/autori.

Se spostiamo l’attenzione dalla ricerca di un testo, di un *life script* da riportare alla luce come un graffito inciso nella biografia, e guardiamo invece a tutta questa faccenda nella prospettiva dell’ipertesto, la domanda non è più: cosa c’è sotto? Quali *pattern* disfunzionali, quali copioni ambigui, quali giochi familiari, quali esperienze dolorose stanno all’origine del sintomo, del problema, della storia di tossicodipendenza?, bensì: verso quali altri testi il sintomo, il problema, può costituire un *link*?

Il problema, la frattura dello specchio diventano così il collegamento ipertestuale verso altre storie e altre possibilità da esplorare, nessuna delle quali è gerarchicamente superiore perché ciascuna opera sulle altre una forza contestuale reciproca e ricorsiva (Cronen e coll., 1985).

3. Una proposta: la conversazione diagnostica come pratica di comunicazione cosmopolita

3.1. I racconti dello “straniero”

Il passaggio dall’interesse verso gli *script* familiari all’attenzione per gli *script* conversazionali è coinciso anche con i miei crescenti dubbi circa l’utilità di servirmi di uno *script* diagnostico relativamente “sigillato” e invariante nell’avvicinarmi alle storie di pazienti tossicodipendenti. Esso pregiudicava la mia curiosità, seppure ripagandomi con il conforto di una certa conoscenza *a priori*. Ho provato così a mettere tra parentesi i miei criteri di coerenza e ad accettare ancora più radicalmente le conseguenze del fatto che la realtà che costruivamo non poteva essere disgiunta dal momento della nostra conversazione⁶.

Personalmente non mi è mai capitato di sviluppare dipendenze verso sostanze psicotrope - non quelle il cui uso non sia convenzionalmente tollerato, intendo - né sono mai stato costretto a commettere reati o a dormire all’addiaccio per procurarmene. Pertanto è inevitabile che mi accosti alle storie del tossicodipendente come ci si accosta alla storia di uno straniero. Continuano a sorprendermi e a incuriosirmi ogni volta la determinazione e la temerarietà di un giovane che è costretto ad affrontare quotidianamente guai inenarrabili e a sfidare la morte per procurarsi alcuni grammi di un farmaco. Ammetto che tutto ciò mi colpisce e, sebbene [per essere chiari] lo ritenga tutt’altro che desiderabile, mi suscita quantomeno curiosità e rispetto.

Le storie che ascolto sfidano le mie premesse sulla patologia. Assai spesso le storie dei tossicodipendenti cominciano con “ho iniziato a farmi per via delle amicizie che frequentavo”, o magari “per ribellarmi allo stile di vita della mia famiglia”. Nel momento in cui ci si siede uno di fronte all’altro [lo psicologo e il tossicodipendente] inizia il confronto tra due culture, tra due diversi sistemi di premesse, tra due epistemologie. Non basta: c’incontriamo in un paese “terzo” [l’istituzione committente], che non è il mio e non è il loro, e che costruisce i propri significati in maniera spesso assolutamente diversa.

Talvolta, dentro all’apparente “accordo” intorno a un semplice intervento quale può essere un colloquio psicologico conoscitivo, possono convivere in realtà intenzioni affatto distanti: gli operatori, magari, ripongono nel clinico la speranza che riesca, con le sue sperimentate arti magiche, a motivare l’utente ad accettare i loro tentativi di aiutarlo; il clinico spera di trovare conferma alle proprie ipotesi e alle proprie teorie preferite; l’utente, infine, potrebbe

6. D’altra parte anche le trasformazioni cui assistevo nelle caratteristiche dell’utenza, riflesso dei mutamenti nel mercato delle droghe e dell’avvicinarsi di nuovi tipi di consumatori, rendevano sempre più tenue la fiducia nella possibilità di servirmi di una storia *a priori*.

sperare di riuscire, attraverso l'adesione riverente alle tediose proposte di costoro [compreso l'ennesimo "psicoqualcosa" che incontra in quindici o vent'anni di rapporti coatti con servizi e istituzioni di vario genere], di ottenere la benevolenza di giudici, assistenti sociali e altre figure di controllo. Quello che ci troviamo a costruire e interpretare è spesso uno *script* conversazionale fortemente frammentato e ben difficilmente riconducibile a una qualche coerenza.

"La cura è ascoltare i racconti dello straniero" (Pontalti, 1998, pag. 105): accettare le sue punteggiature, le sue incoerenze, i vuoti delle sue storie vuol dire essere aperti al mistero, alla possibilità di incuriosirsi e di essere sorpresi dal nuovo, di dover mettere tra parentesi le proprie ipotesi o di vederle deluse. La cosa importante non è che a quelle punteggiature si creda o no, che le si prenda per buone o meno: ciò che importa è prenderle e metterle accanto alle altre, usandole come preziosa chiave d'accesso all'epistemologia del paziente, dello "straniero"; cercando di comporre la "mappa" della sua storia, e poi un'altra mappa e un'altra ancora; accettando di possedere nient'altro che mappe, metafore provvisorie e precarie come graffiti urbani. Più ne abbiamo, più sarà ricca la nostra esperienza della "realtà". Ma ciò che "li fuori" c'è "veramente" è destinato a restare nel mistero.

Bruner, nel sostenere il progetto di una "psicologia culturale" (1992), afferma la necessità di pensare a un sé "concettuale" e molteplice in alternativa al sé "reale" eredità della psicoanalisi e del suo essenzialismo; le neuroscienze e le scienze cognitive (Lakoff, 1996) propongono un concetto di persona solo in parte coincidente con la concezione occidentale tradizionale, rifiutando la separazione tra mente e corpo così come la separazione tra persona e ambiente, dal momento che la prima non può essere definita indipendentemente dal secondo. La persona neurocognitiva è una persona complessa, non definibile attraverso una serie di attributi: anzi possiede realtà molteplici e un sistema concettuale complesso che riesce a tollerare varie visioni del mondo e di sé.

Quando parliamo di costruire storie "coerenti", non si intende sostituire una "narrazione sul Sé" finalmente coerente a un'altra che cerca, senza riuscire, di garantire coerenza; si tratta, semmai, di trovare coerenza a un altro livello logico: vale a dire su un piano dove le storie possano coesistere, anziché essere ridotte a una. In quest'ottica la "coerenza" narrativa non può realizzarsi che nel gioco infinito della molteplicità di punti di vista e di spiegazioni narrative. Se il sé si realizza come risultato della relazionalità, cambiare forma e contenuto dell'auto-narrazione, passando da una relazione all'altra, da un contesto a un altro, equivale alla consapevolezza delle varie modalità di relazione in cui ci si trova coinvolti, della molteplicità e della discontinuità dei rapporti che danno forma all'esperienza umana (Gergen e Kaye, 1998).

La frattura dello specchio, in quest'ottica, una volta perso interesse per la ricerca di una storia "coerente", diventa una via d'accesso al mondo del paziente, alle sue costruzioni di significato, ai suoi sistemi di premesse.

3.2. La "valutazione della personalità" come comunicazione monoculturale o etnocentrica

Pearce (op. cit.), in una chiave socio-costruzionista, ci indica come una delle funzioni della comunicazione stessa sia proprio la realizzazione della coerenza: le persone comunicano tra loro per costruire *coerenza* nelle storie che raccontano di sé e del proprio mondo, per realizzare *coordinamento* tra le proprie azioni e le azioni altrui e per conoscere il *mistero* di ciò che si trova al di là delle storie che possono raccontare. Ogni tipo di comunicazione, ogni narrazione [anche quelle di carattere psicologico] realizza a modo proprio coerenza, coordinamento e mistero.

Ancora, Pearce (op. cit.) propone una tassonomia delle forme di comunicazione basata sui modi in cui i comunicanti si trattano reciprocamente e sui modi in cui le "storie" che producono includono oppure escludono le rispettive premesse culturali, le credenze, le cornici di riferimento [le "risorse"] dei partecipanti all'interazione. Nella comunicazione si può considerare l'altro come un "nativo": valutare cioè quello che fa e che dice in base ai propri presupposti e ai propri criteri interpretativi e alle proprie regole di attribuzione di significato, supponendo che siano pertinenti anche per lui, e ritenendo implicitamente che ciò che fa o dice significhi per lui ciò che significa per noi. Al contrario, si può ritenere l'altro un "non nativo", e considerare la possibilità che le sue risorse siano diverse. La comunicazione può sfidare le risorse del comunicante, il suo sistema di premesse e di convinzioni o, al contrario, salvaguardarne le risorse.

In base alla combinazione di questi criteri Pearce distingue quattro forme di comunicazione.

Nella prima, la comunicazione *monoculturale*, l'altro è trattato come un nativo: in definitiva si comunica come se esistesse una sola cultura [la propria]. Le risorse, pertanto, non sono mai messe a rischio.

La seconda forma è quella che definisce *etnocentrica*. Anche qui le risorse non sono mai a rischio, sebbene l'altro possa essere trattato da nativo o da non nativo: talvolta, ad esempio, si può presupporre che la sua cultura sia "inferiore" alla propria, o che il proprio punto di vista sia per definizione più veritiero.

La comunicazione *modernista* è caratteristica delle istituzioni e delle pratiche della società [appunto] moderna. Essa richiede una continua messa a rischio delle risorse: anzi i propri criteri di giudizio vengono continuamente "sospesi", in favore di una completa disponibilità ad apprezzare l'altro e di una reciproca rassicurazione circa il "valore" dei comunicanti.

Della comunicazione modernista Pearce identifica una variante, per così dire, postmoderna, che è il risultato dell'inevitabile disillusione di chi è totalmente immerso e coinvolto nel modernismo: è quella che Pearce definisce *cosmopolita*. Gli altri sono definiti tutti "simili", tutti "nativi": non perché condividano le stesse risorse, ma perché ciascuno parimenti formato dalla propria cultura, ciascuno diverso da chiunque altro e titolare di risorse e chiavi di lettura della realtà assolutamente uniche. Le risorse non sono a rischio, dal momento che includono la possibilità di storie alternative.

Tornando a quanto ci sta a cuore, ho l'impressione che l'insieme delle pratiche che definiamo "psicodiagnosi", "valutazione psicologica" o "valutazione di personalità" abbia spesso le prerogative della comunicazione monoculturale o della comunicazione etnocentrica, nel senso che assomiglia a un incontro fra due culture nel quale le regole di attribuzione di significato sono proprietà di uno solo dei due partecipanti. La sua cultura le ha prodotte e mantenute, e le storie che emergono dalla relazione sono prevalentemente risultato di quelle regole. In queste storie le premesse circa il "bene" e il "male", la "salute" e la "malattia", il "problema" e la "soluzione" appartengono soprattutto a uno dei due partecipanti, il quale può ritenere che, in fondo, non c'è ragione per cui l'altro [perlomeno se è un individuo ragionevole] non debba dividerle; oppure il suo profondo coinvolgimento in quelle risorse può indurlo a ritenerle indiscutibilmente migliori, o più sane, o più attendibili e obiettive di quelle prodotte dall'altro.

Bergeret (1984, pag. 7), nella sua sistematizzazione delle categorie psicopatologiche strutturali chiarisce che il termine "struttura" di personalità rappresenta "l'organizzazione permanente più profonda dell'individuo, a partire dalla quale si organizzano sia le sistemazioni funzionali dette 'normali', sia le vicende patologiche"; e circa il concetto di "normalità" illustra poco più avanti cosa intende:

"veramente 'sano' non è semplicemente colui che si dichiara tale, né tanto meno un malato che si ignora come tale, bensì un soggetto che conserva in sé le fissazioni conflittuali della maggior parte della gente, e che non ha ancora incontrato sulla sua strada difficoltà interne o esterne superiori al suo bagaglio affettivo ereditario o acquisito, alle sue facoltà personali difensive o adattive; che si permette un gioco abbastanza elastico dei suoi bisogni pulsionali, dei processi primario e secondario, sia sul piano personale che su quello sociale, tenendo in giusta considerazione la realtà e riservandosi il diritto di comportarsi in modo apparentemente aberrante in circostanze eccezionalmente 'anormali'" (ivi, pag. 13).

In questo modo, sebbene saggiamente separi il concetto di "struttura" da quello di "normalità" e tratti quest'ultimo come relativo perché soggetto a

questioni che riguardano l'ambiente e le circostanze di vita, tuttavia chiarisce che il punto di vista privilegiato su ciò che è "sano" e "normale" appartiene al clinico e alla sua competenza. È solo un esempio di narrazione diagnostica che presume il primato dell'osservatore e la sua separatezza dall'oggetto di osservazione. E [per non far torto a nessuno] molti settori della terapia della famiglia non sono meno pervasi da questa voglia di oggettività.

In una diversa prospettiva si pone Pearce, quando afferma, in un'ottica postmoderna e cosmopolita:

"Non c'è modo di entrare 'dentro la mente' di un'altra persona. Non abbiamo nessun accesso *diretto* ai significati o alle intenzioni di altre persone, ma solo alle loro pratiche. Quando inferiamo ciò che esse *intendono* a partire da ciò che dicono, ci impegniamo in congetture. Normalmente presupponiamo che gli altri siano molto simili a noi e che noi 'conosciamo' le loro risorse: esse sono le stesse che noi abbiamo tratto dalla nostra cultura [...] Poiché si tratta di persone diverse con la propria personalità, ci aspettiamo che siano diversi da noi, ma ci aspettiamo anche che queste differenze siano interpretabili attraverso i nostri standard" (Pearce, op. cit., pag. 54).

Quello che suggerisco è dunque la possibilità di immaginare un processo di valutazione diagnostica come comunicazione cosmopolita che, realizzando coordinamento e coerenza, salvaguardi il mistero dell'incontro tra "non nativi"⁷.

Cronen (1991) ha spiegato come a una paziente anoressica difficilmente si riconosca lo statuto di "agente morale" [*"moral agent"*] nei confronti delle proprie azioni: è la malattia, è un agente esterno a lei che ne governa gli atti e le scelte. Dunque il padre, il terapeuta, le figure di cura debbono assumere quell'autorità e quella responsabilità di scelta che le sono [temporaneamente] precluse. Allo stesso modo è facile pensare che il tossicodipendente [ancorché astinente, magari da mesi] agisca sotto il condizionamento del proprio desiderio di usare droghe, della propria impulsività non addomesticata, della propria incompetenza, della propria patologia e infine di una cronica, irriducibile tendenza a mentire o quantomeno a "evitare la relazione". Sebbene l'i-

7 Un incidente registrato qualche anno fa in un servizio pubblico dovrebbe illustrare meglio cosa intendo. È un caso bizzarro e iperbolico, ma fino a che punto, poi? Le cose andarono più o meno così (non ne sono stato testimone diretto, ma ho ragione di fidarmi della veridicità dell'aneddoto): una psicologa che aveva in carico una madre nell'ambito di un progetto di recupero di una famiglia "multi-problematica" tentava di spiegare alla signora con modi urbani e benevoli, e con tono materno ma professionale, che la poverina era una "borderline". La signora si alzò in piedi e ribatté piccata che nessuno poteva darle della "bordellara" e passarla liscia. L'alterco ebbe anche un chiassoso finale nell'ufficio del dirigente del servizio. Potrebbe ben definirsi un problema di comunicazione nato dall'errato presupposto monoculturale di comunicare tra "nativi", oppure dallo scontro tra due "non nativi" in un copione etnocentrico...

dea dello *script* familiare contribuisse a “esternalizzare” il problema (White e Epston, 1990; White, 1992) e a evitare la sanzione morale nei confronti del tossicodipendente, ho avvertito il rischio che, nel colloquio diagnostico, uno *script* conversazionale “sigillato” invadesse il margine di responsabilità dell’individuo sulle proprie narrazioni⁸.

3.3. *Conversazione diagnostica e comunicazione cosmopolita*

Cosa vuol dire dunque garantire coordinamento, coerenza e mistero in quella peculiare forma di comunicazione che è la costruzione di storie diagnostiche?

Il momento del mio incontro con il tossicodipendente in comunità è l’incontro di tre culture, di tre sistemi di premesse: quello dell’istituzione, quello del paziente e il mio.

L’istituzione ha una tradizione religiosa, sebbene non si caratterizzi per una linea confessionale e anzi adotti un atteggiamento ragionevolmente laico nei confronti delle convinzioni filosofiche di ciascuno. Nelle premesse dell’istituzione la droga è un additivo che colma sentimenti di disperazione e di insoddisfazione; quest’ultima è considerata un epifenomeno della società del benessere e dell’allentamento dei rapporti, particolarmente di quelli familiari. La comunità si pone, in un certo senso, come un laboratorio di rapporti fra pari e con gli adulti [gli operatori] che, attraverso tappe successive che comportano progressivi margini di autonomia e maggiori spazi di responsabilità, ha lo scopo di “ricostruire” la persona su basi più solide che le permettano una vita da adulto responsabile e autonomo. Nella struttura si apprende ad assumersi degli impegni, a rispettare gli orari di lavoro e le mansioni necessarie alla gestione della vita quotidiana della comunità. I momenti “formativi” sono numerosi e frequenti, e vertono prevalentemente sulla rielaborazione della propria storia e del modo di vivere le relazioni, tra cui quella di coppia e quella con i propri figli. Dunque, mentre si “lavora” sulla propria storia autobiografica e sulle “carenze” che appaiono connesse alla tossicodipendenza, si affronta un allenamento all’assunzione di responsabilità. A questo scopo l’operatore ha una funzione di guida, di persona affidabile che può aiutare a trovare strade e soluzioni: il successo di un programma terapeutico è dato anche dalla capacità dell’utente di fidarsi del proprio operatore e di affidarsi a lui.

Il paziente può avere le aspettative più diverse. Talvolta giunge in comunità con l’idea che il suo passato contenga delle “ferite” da curare; altre volte

8. Per inciso mi chiedo se non sia di ineludibile serietà l’ammonimento di Isabelle Stengers (1998) che nessun sapere umano dovrebbe essere costituito escludendo le classi che ne dovrebbero essere “oggetto”.

rifiuta le insistenze sul “passato” e si aspetta di essere aiutato nel qui e ora della sua situazione di disoccupato ed escluso. Molti parlano degli “altri” [gli operatori, lo psicologo e in definitiva quelli che non appartengono al mondo dei tossicodipendenti] come dei “normali”. Spesso aspirano a entrare tra quei “normali”, ma nel contempo nutrono un forte terrore per una vita fatta anche di stabilità, appartenenze, vincoli.

Talvolta l’aspirazione è più forte delle paure; altre volte è più forte la minaccia di sanzioni restrittive della libertà o della potestà genitoriale: in questi casi la motivazione alla terapia è un decreto del Tribunale per i Minorenni o il rischio di una carcerazione. Alcuni si aspettano di essere contenuti con decisione e chiedono lunghi percorsi terapeutici; altri sentono come una limitazione grave la prospettiva di affrontare parecchi mesi di programma.

Non sempre hanno idee precise sulla propria tossicodipendenza: talvolta possono attribuirle a un bisogno di “evadere” e consolarsi, oppure a cause esterne e fortuite.

E poi ci sono le mie premesse. Esse riguardano il disagio, la sua natura relazionale e le sue connessioni con l’ambiente, ma soprattutto la sua natura di fenomeno che esiste nel linguaggio e nelle storie che le persone narrano, oltre che nei tentativi di soluzione che lo perpetuano. Un’altra categoria di premesse riguarda le soluzioni e le strategie: ad esempio credo che la “competenza” non sia una “qualità” che si conquista dopo un logorante tirocinio, bensì una caratteristica delle relazioni, e che pertanto si costruisca soprattutto “riconoscendola”.

Capita che, ad esempio, sul tema della “responsabilità” ci troviamo ad avere, io e l’istituzione, premesse e sistemi di storie *incommensurabili* [nella terminologia di Pearce, op. cit.], nel senso che attribuiamo valore diverso proprio alla rilevanza e alla centralità di una sorta di “addestramento alla responsabilità”.

Quando lavoro per una struttura committente che accoglie pazienti tossicodipendenti, diversamente da quando lavoro come terapeuta privato per mio conto, il lavoro di valutazione non può prescindere dalla presenza dell’istituzione: in quel caso la mia valutazione ha lo scopo di costruire significati che connettano le parti in comunicazione e che favoriscano un ingaggio reciproco in un progetto terapeutico.

La comunicazione monoculturale, la comunicazione etnocentrica e la comunicazione modernista privilegiano la coerenza rispetto al coordinamento: ma sappiamo quanto in un contesto istituzionale il coordinamento fra le parti in comunicazione sia vitale. Pearce (op. cit.) definisce “eloquenza sociale” quell’insieme di pratiche comunicative che assumono che le realtà sociali che si confrontano siano comparabili seppure incommensurabili: esse favoriscono il coordinamento, anche senza un accordo tra i partecipanti. Questi piuttosto si coordinano attraverso la comparazione delle proprie storie, pur rimanendo profondamente coinvolti in esse.


Se il paziente ci dice che la sua tossicodipendenza è la risposta a un sistema di valori autoritario e inaccettabile⁹, a nulla varrà il tentativo di convincerlo che esiste una storia “migliore”, se non a riproporre il copione del conflitto con l’“autorità”. Uno sforzo di eloquenza retorica potrebbe certo dimostrare la plausibilità “scientifica” e la verosimiglianza di una storia sul mondo interno o sui *pattern* delle relazioni familiari; ma il nostro scopo è quello di costruire una conversazione che generi spazi per la competenza del paziente sulla propria vita e nella quale ogni storia [le nostre come quelle del paziente] sia trattata come “provvisoria” e “parziale” e non più “necessaria” o “esclusiva”.

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.
- Apolloni, T., Bozzetto, G. (1997), *Il sé linguistico*. Connessioni, 1: 113-123.
- Barbetta, P. (2001), *La conversazione diagnostica tra copioni e narrazioni*. In Chiaretti, G., Rampazi, M., Sebastiani, C. (a c.), *Conversazioni, storie, discorsi*. Carocci, Roma.
- Barbetta, P. (2003), (a cura di), *Le radici culturali della diagnosi*, Meltemi, Roma.
- Bateson, G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.
- Battacchi, M. W. (1997), Presentazione di Smorti A. (a cura di), *Il Sé come testo*. Giunti, Firenze.
- Bercelli, F., Leonardi, P., Viaro, M. (1998), *Cornici terapeutiche*. R. Cortina, Milano.
- Bergeret, J. (1984), *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*. Raffaello Cortina, Milano.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996), *Terapia sistemica individuale*. R. Cortina, Milano.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1997), *Terapia Sistemica e Linguaggio*. Connessioni, 1: 13-25.
- Bowlby, J. (1989), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- Bruner, J. (1988), *La mente a più dimensioni*. Laterza, Roma-Bari.
- Bruner, J. (1991), *La costruzione narrativa della "realtà"*. In Ammaniti M., Stern D. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*. Laterza, Roma-Bari (prima edizione Università Laterza / Psicologia 1997).
- Bruner, J. (1992), *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Byng-Hall, J. (1995), *L'applicazione della teoria dell'attaccamento alla comprensione e al trattamento in terapia familiare*. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., Marris, P. (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Byng-Hall, J. (1998), *Le trame della famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.

⁹ Si potrebbe variamente interpretare come un qualche meccanismo di difesa, e dentro un'altra cornice questa interpretazione sarebbe perfetta, oltre che molto utile. Nel nostro contesto si tratta di decidere quanto possa essere operativamente funzionale.

- Byng-Hall, J. (1999), *Verso una storia coerente della malattia e della perdita*. In Papadopoulos, R. K., Byng-Hall, J. (a cura di), *Voci Multiple*. Bruno Mondadori, Milano.
- Cecchin, G. (1988), *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità: un invito alla curiosità*. *Ecologia della Mente* 5: 30-41.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1993), *Irriverenza. Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*. Franco Angeli, Milano.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1997), *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R. (1996), *La famiglia del tossicodipendente*. Raffaello Cortina, Milano.
- Cronen, V. E. (1991), *Coordinated Management of Meaning Theory and Postenlightenment Ethics*. In Greenberg, K. J., *Conversations on Communication Ethic*. Ablex, New Jersey.
- Cronen, V. E., Johnson, K. M., Lannamann, J. W. (1985), *Paradossi, doppi legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa*. *Terapia Familiare*, 14: 87-120.
- Derrida, J. (1975), *Posizioni*. Bertani, Verona.
- Elkaïm, M. (1992), *Se mi ami, non amarmi*. Bollati Boringhieri, Milano.
- Ferreira, A. J. (1978), *Miti familiari*. In: Watzlawick, P., Weakland, J. H. (a cura di), *La prospettiva relazionale*. Astrolabio, Roma.
- Gergen, K., Kaye, J. (1998), *Oltre la narrativa nella negoziazione del significato terapeutico*. In McNamee, S., Gergen, K., (a cura di), *La terapia come costruzione sociale*. Franco Angeli, Milano.
- Giuliani, M. (2002) I family pattern nella comunità terapeutica. *Connessioni*, 10, 109-123.
- Hoffman, L. (1990), *Constructing realities: an art of lenses*. *Family Process*, 29: 1-12.
- Lacan, J. (1974), *Scritti*. Einaudi, Torino.
- Lakoff, G. (1996), *Il sé neurocognitivo. Che cos'è una persona*. *Pluriverso* 5: 60-76.
- Lévy, P. (1997), *Il virtuale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Minuchin, S., Fishman, H. C. (1982), *Guida alle Tecniche di Terapia della Famiglia*. Astrolabio, Roma.
- Nascimbene, F., Vento, L. (2000), *Silenzio, self e Internet*. In Pérez, M. (a cura di), *Lecturas del si-mismo*. Psicoteca Editorial, Buenos Aires.
- Nascimbene, F. (2003), *La matrice ipertestuale del sé. Riflessioni sul modello sistemico relazionale in contesto Internet*. Nel presente numero di Connessioni.
- Olievenstein, C. (1981), *L'infanzia del tossicomane*. In *Arch. di Psicol., Neurol. e Psich.*, XLII: 431-444.
- Pearce, B. W. (1998), *Comunicazione e condizione umana*. Franco Angeli, Milano.
- Penn, P. (1985), *Feed-forward: Future questions, future maps*. *Family Process*, 24: 299-310.
- Pontalti, C. (1998), *I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico*. In: Ceruti, M., Lo Verso, G. (a cura di), *Epistemologia e Psicoterapia*. R. Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978), *Paradosso e Contro-paradosso*. Feltrinelli, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Stengers, I. (1998), *Scienze e poteri. Bisogna averne paura?* Bollati Boringhieri, Torino.
- White, M., Epston, D. (1990), *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton, N. York.
- White, M. (1992), *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, a cura di U. Telfener. Astrolabio, Roma.



Nella terza parte della rivista ci sono due articoli che si cimentano con l'analisi critica delle pratiche e delle tecniche diagnostiche e di valutazione sociale.

Adriana Valle e Marco Rho indagano su uno strumento specifico di valutazione del funzionamento cognitivo [il Leiter-R] che dovrebbe essere *cultural free*, il saggio è di grande interesse perché tocca un argomento chiave, quello della difficoltà, di fronte alla differenza culturale, di uscire dalle categorie diagnostiche.

Nella stessa direzione si muove il saggio di **Igino Bozzetto**, che sta conducendo, presso il Forum sulle matrici culturali della diagnosi (www.unibg.it/sde/matrici-culturali) una ricerca sulle pratiche di affido dei bambini stranieri. Bozzetto, in questo saggio, propone l'analisi di un caso attraverso una griglia di lettura basata sul metodo della *pièce* teatrale, diviso in atti e scene. Atti e scene di un delicato processo di riconoscimento identitario da parte di un bambino ghanese.

