

Gianluca Serra

**TERAPIA STRATEGICA-NARRATIVA: PROPOSTA DI UNA
SOLUZIONE ALLE CRITICITÀ CLINICHE DELLA PSICOTERAPIA
STRATEGICA**

**STRATEGIC-NARRATIVE THERAPY: A SOLUTION PROPOSAL
TO STRATEGIC PSYCHOLOGY CLINICAL ISSUES**

SINTESI: La terapia strategica è un modello innovativo che promette la risoluzione di problemi psicologici personali e interpersonali in tempi brevi. Nonostante i progressi compiuti negli ultimi decenni, rimangono ancora alcune criticità teoriche e cliniche, le quali sono opportunità per un ulteriore sviluppo di questo modello. A partire da questa premessa, si proporrà, come soluzione alla criticità del ‘cambiamento 2’, l’integrazione con le ‘pratiche di narrazione’. Da ciò si estenderà l’utilità di tale integrazione alle altre due criticità cliniche: quella della ‘direttività’ e quella riguardante l’‘evidence-based’.

PAROLE CHIAVE: Cambiamento. Terapia strategica. Terapia narrativa. Approccio integrato.

ABSTRACT. Strategic therapy is an innovative model that promises the resolution of personal and interpersonal psychological problems in a short period of time. Despite the progress made over the past decades, there remain some theoretical and clinical issues, which are opportunities for further development of this model. From this standpoint, integration with ‘narrative practices’ will be proposed as a solution to the ‘second order change’ issue. Consequently, the usefulness of such integration will be extended to the two other clinical issues: that of ‘directivity’ and the ‘evidence-based’ one.

KEYWORDS: Change. Strategic therapy. Narrative therapy. Integrated approach.

1. Terapia strategica

La nascita di questo modello ha origine nel 1958, con la fondazione del Mental Research Institute (MRI) a Palo Alto (California) a opera di Don Jackson. L'Istituto viene fondato allo scopo di proseguire gli studi di Gregory Bateson, per estendere l'applicazione della sua visione cibernetica all'ambito clinico (Ray, Watzlawick, 2006, cap. 12). Pochi anni dopo, nel 1966, all'interno del MRI avviene la fondazione del Brief Therapy Center (BTC), da parte di Jackson, Fisch, Weakland, Haley, Watzlawick e altri, con l'obiettivo di sviluppare un modello di psicoterapia strategica (Leonardi, Tinacci, 2021).

Con le parole di Nardone (1993): «si definisce strategico un approccio nel quale si mettono a punto tattiche, tecniche e manovre ad hoc per i problemi in analisi, le quali permettano il raggiungimento degli obiettivi preposti, vale a dire la soluzione dei suddetti problemi» (pp. 115-116). In altre parole, l'approccio strategico prevede, nell'interazione con la persona che richiede aiuto, la definizione del problema, la definizione degli obiettivi e l'uso di tecniche che, aggirando le resistenze al cambiamento della persona, permettano il raggiungimento degli obiettivi, che coincide con la risoluzione del problema e in definitiva con l'avvenuto cambiamento terapeutico (Nardone, 2009).

Per quanto riguarda le caratteristiche di questo modello, stando al focus del presente lavoro, ci si limiterà a esporre sinteticamente, tra le tante, soltanto alcune di esse.

Una prima caratteristica riguarda la formazione e persistenza dei problemi. La terapia strategica, entro un'ottica interazionale, considera la persona come un sistema complesso, che in quanto tale «si struttura attraverso feedback retroattivi e tende all'omeostasi» (Leonardi, Tinacci, 2021, p. 45). Perciò adotta un modello di causalità circolare, secondo cui ogni effetto del sistema retroagisce sulle cause modificandole (Ray, Watzlawick, 2006, cap. 12).

A tal riguardo, un concetto fondamentale è quello di 'tentata soluzione fallimentare'. La persona, nell'affrontare le varie sfide che la vita propone, si può ritrovare ad applicare a un nuovo problema le stesse soluzioni che in passato hanno funzionato per problemi simili. Ma il fatto che il nuovo problema sia simile a quelli passati, non implica che le stesse soluzioni possano essere altrettanto efficaci. Ciononostante, la persona continua ad applicarle come se con un maggiore sforzo nella loro applicazione ben presto il problema debba risolversi. Proprio questo fa sì che il problema venga non soltanto mantenuto ma anche alimentato (Nardone, Watzlawick, 1990). Con le parole di Segal e Watzlawick (2007): «l'interazione tra un problema e le sue tentate soluzioni costituisce un

ciclo che si autoalimenta, [...] i problemi, cioè, vengono mantenuti dalle tentate soluzioni inefficaci messe in atto per risolverli» (sezione *Diagnosi e piano di trattamento*).

Altra caratteristica importante è che, secondo l'ottica costruttivista (su cui, insieme ad altri fondamenti epistemologici, il modello strategico si basa), non c'è una realtà che sia giusta più delle altre. Il terapeuta non è colui il quale conosce lo stato ideale per la persona. Questo modello si schiera apertamente contro la nosografia descrittiva tipica dei manuali diagnostici in quanto, parafrasando Watzlawick (1984), l'etichetta diagnostica inventa la malattia per effetto di una profezia che si autorealizza. Alla luce di ciò, si considera 'problema' solo ciò che la persona percepisce e vive come tale secondo la sua personale visione della realtà, il che corrisponde a ciò che la persona vive come ego-distonico, ovvero incongruente con il proprio sistema di valori e obiettivi (Leonardi, Tinacci, 2021, p. 42).

Un altro concetto fondamentale, che differenzia l'approccio strategico dagli approcci più tradizionali (ad esempio la psicoanalisi) è che nella risoluzione del problema non si concentra sulla ricerca delle cause che l'hanno originariamente formato, o in altre parole: non si concentra sul promuovere nella persona il cosiddetto 'insight'. In primo luogo, non è detto che sia possibile risalire alle cause

originarie, se non ricostruendole *ad hoc*, tenendo presente che tali ricostruzioni non necessariamente sono veritiere (Loftus, Ketcham, 1996); in secondo luogo, trovare le cause originarie del problema non implica necessariamente la risoluzione dello stesso. Con le parole di Watzlawick, che ironicamente critica l'autoimmunizzazione della psicoanalisi:

Tutti conosciamo pazienti che dopo anni di terapia hanno maturato il massimo dell'insight nel loro tenebroso passato (per non parlare del meraviglioso contatto con i propri sentimenti), eppure non sembrano beneficiare dall'essersi immersi nella luce cristallina della ragione. Fortunatamente per questo fenomeno si può trovare una spiegazione inattaccabile, che scagiona la dottrina e assume un grande valore per il terapeuta (e per il suo conto in banca), e cioè che la mancanza di risultati terapeutici testimonia come il passato del paziente non sia stato ancora illuminato a sufficienza, e che quindi è ancora necessaria una terapia più profonda. (1982, cap. 9).

Per questo motivo il focus della terapia strategica è nel presente, in particolar modo nell'interazione tra la persona e sé stessa, gli altri e il mondo (Nardone, Watzlawick, 1990).

Detto tutto ciò, secondo il modello strategico, il cambiamento terapeutico è volto a: «sostituire le costruzioni della realtà che inducono sofferenza con altre meno dolorose» (Watzlawick, 2007, cap. 10, sezione *Definizione*). Si giunge a ciò attraverso tecniche e modalità comunicative che mirano a indurre la persona, attraverso degli 'eventi casuali pianificati' (Watzlawick, 1997, cap. 17), a

interrompere la messa in atto delle tentate soluzioni fallimentari, in modo da modificare il circolo di feedback che mantiene l'omeostasi disfunzionale del sistema (Nardone, Watzlawick, 1990, p. 40). È attraverso tali eventi pianificati che la persona è condotta a un'«esperienza emozionale correttiva», definita come «vissuto concreto che altera l'equilibrio omeostatico attivando nuove risposte psicofisiologiche innescate da una percezione fortemente destabilizzante» (Nardone, Milanese, 2018, cap. 2).

A rimarcare l'importanza di questo processo, Watzlawick propone la distinzione tra due distinte tipologie di cambiamento. Il 'cambiamento 1' coincide con il cambiamento di solo alcune caratteristiche interne al sistema, il quale però rimarrà fondamentalmente invariato in quanto, tendendo ogni sistema all'omeostasi, volgerà verso il ripristino dell'equilibrio iniziale. Questo implica che è temporaneo, ovvero non stabile né duraturo nel tempo. Il 'cambiamento 2', invece, si riferisce a un cambiamento dell'intero sistema, e in quanto tale coincide con un cambiamento stabile e duraturo nel tempo (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974; Nardone, Milanese, 2018; Leonardi, Tinacci, 2021).

Tra i tanti approcci psicoterapeutici esistenti, il modello strategico è il più promettente in termini di efficacia ed efficienza nella risoluzione dei problemi personali e interpersonali (Nardone, Watzlawick, 1990, cap.7; Nardone, 1993,

cap. 4, p. 102; Nardone, Watzlawick, 2005, cap. 13). Ciononostante, come vedremo a breve, così come qualsiasi altra forma di approccio psicoterapeutico, la terapia strategica presenta delle criticità.

2. Le criticità della terapia strategica

Al fine di poter sviluppare le potenzialità del modello strategico, bisogna partire dal presupposto che: «tutte le teorie psicoterapeutiche [...] presentano dei limiti, sia pratici sia concettuali, logicamente intrinseci alla loro natura» (Weakland, Fisch, Watzlawick, Bodin, 1974, cap. 7, sezione *Psicoterapia. Premesse e procedure*). Anche Leonardi e Tinacci (2021), a tal proposito, affermano che «solo l'attenta e rigorosa analisi di tali criticità possa generare i fattori per il loro superamento, e contribuire allo sviluppo di questo fertile modello» (p. 595). Data la completezza e sistematicità dell'analisi di questi ultimi due autori, ci limiteremo, in questo paragrafo, a parafrasare sinteticamente quelle da loro individuate (cap. 15), in quanto da una di esse in particolare muove il presente lavoro.

Prima di tutto emerge una meta-criticità, che riguarda la scarsa capacità di autocritica di coloro che adottano l'approccio strategico, che sarebbe più marcata

rispetto ai fautori di altri approcci – dove l'autocritica è fondamentale ai fini della scientificità del modello.

Andando più nel particolare, gli autori presentano due categorie di criticità: teoriche e cliniche.

Le criticità teoriche sono:

1. il rischio di intendere e adottare la terapia strategica come fosse una variante del comportamentismo, soprattutto per gli inesperti e per chi sottovaluta che le tecniche non funzionano in sé, bensì alla luce della qualità della relazione terapeutica. Inoltre, tale rischio è presente se si adotta l'approccio strategico dimenticando o non considerando che esso si basa su un'ottica sistemica e su una logica non-lineare, a differenza di altri approcci che basano la loro operatività su una logica lineare causa-effetto/stimolo-risposta.
2. perseguire il mito della precisione, ovvero il passaggio da 'arte' a 'tecnologia' del cambiamento, attraverso l'individuazione di specifici protocolli per specifici problemi. Questo implica il rischio di contravvenire al principio secondo cui la terapia strategica non pretende di essere

ortodossa¹, poiché tali protocolli «seppur presentati come elastici, di fatto vengono usati come schemi di intervento vincolanti» (Leonardi, Tinacci, 2021, p. 599). Inoltre, dato che tali protocolli si riferiscono a specifiche categorie di problemi opportunamente classificati, si rischia di scivolare nella trappola dell'«etichetta diagnostica che inventa la malattia» (Watzlawick, 1984) alla stessa stregua della nosografia descrittiva dei manuali diagnostici.

3. Il concetto di «sistema percettivo-reattivo»², utilizzato inizialmente come espediente esplicativo per il funzionamento della mente, è stato usato sempre di più come se reificasse una «realità di secondo ordine»³, ossia come se fosse un'entità presente nella mente e da individuare come passo

¹ «La fedeltà alla conoscenza strategica rende infedeli a qualunque ortodossia» (Nardone, 2003, p. 9).

² Il «sistema percettivo-reattivo» rappresenta la percezione della realtà e gli aspetti pragmatici (reazioni) del rapporto con tale realtà. Attraverso l'interazione tra questi due aspetti, possono formarsi dei problemi, ma attraverso essi si possono anche risolvere. Il sistema percettivo-reattivo diventa problematico quando, alla luce della realtà percepita, si reagisce alla stessa con un comportamento che si ritiene adeguato ma che in realtà è disfunzionale, il quale però viene ripetuto a oltranza configurandosi come «tentata soluzione fallimentare» che mantiene e aggrava il problema (cfr. Nardone, Watzlawick, 1990, pp. 34-36).

³ Con «realità di primo ordine» ci si riferisce alle proprietà degli oggetti, ovvero ai «fatti» che possono essere considerati oggettivamente tali. Con «realità di secondo ordine» si intende invece la risultante dell'attribuzione di significato, ordine e valore ai fatti della realtà di primo ordine (Watzlawick, 1984, pp. 236-238).

fondamentale per poter lavorare alla risoluzione del problema. Inoltre, il concetto implica una sorta di determinismo, ossia una logica causa-effetto (percezioni che causano reazioni), incompatibile con l’ottica sistemica e costruttivista-costruzionista entro cui il modello strategico si colloca, che osserva e spiega i fenomeni psicologici secondo una logica non-lineare.

Per quanto riguarda le criticità cliniche:

1. Dubbi sull’effettiva capacità della terapia strategica di produrre dei cambiamenti 2: «analizzando l’evoluzione delle terapie strategiche, si ha la sensazione che l’attenzione a discriminare tra “cambiamenti 1” e “cambiamenti 2” sia passata in secondo piano» (Leonardi, Tinacci, 2021, p. 602). La criticità è importante nella misura in cui dalla risoluzione della stessa dipende l’aumento di probabilità che i cambiamenti terapeutici siano duraturi e stabili.
2. La direttività – fondamentale per orientare la relazione terapeutica, influenzando opportunamente la persona al fine della risoluzione del problema co-costruito e degli obiettivi concreti definiti e concordati in prima seduta – comporta il rischio che il terapeuta risulti alla persona freddo e distaccato, il che potrebbe portare a una riduzione della qualità della relazione, dell’efficacia delle tecniche oppure direttamente al *drop-out*.

3. I dati riguardanti l'efficacia clinica dell'approccio strategico rappresentano 'dichiarazioni di efficacia', e non dati rilevati attraverso le procedure del metodo scientifico (con gruppo di controllo, assegnazione randomizzata e doppio cieco), per cui non si può dire che la terapia strategica sia *evidence based*.

Non siamo d'accordo con ognuna di queste criticità (soprattutto con quelle teoriche) ma, per non andare fuori tema, nel presente lavoro ci si concentrerà sull'esaminare quelle cliniche, a partire da quella riguardante il cambiamento 2. In particolare, proveremo a fornire una proposta per una possibile soluzione della stessa, per poi fare delle considerazioni su come tale soluzione possa ripercuotersi anche sulle altre due criticità cliniche.

3. Soluzione alla criticità del cambiamento 2: proposta di Leonardi e Tinacci

Leonardi e Tinacci (2021), nel proporre delle linee di sviluppo nell'ambito della terapia strategica e in particolare riguardo alla produzione del cambiamento 2, trovano interessanti i contributi di esponenti della tradizione interazionista, come W. James, G.H. Mead, E. Goffman, in quanto essi si concentrano «sull'analisi di come l'identità si sviluppa e si mantiene attraverso l'interazione»

(pp. 610-611). L'interazionismo sembra essere compatibile con l'impianto teorico della terapia strategica stando a ciò di cui già si diceva in una delle opere più rappresentative dello stesso (*La pragmatica della comunicazione*): «Il più grande fattore singolo che garantisca lo sviluppo e la stabilità mentali è dato dalla possibilità di ricevere attraverso le comunicazioni continue conferme alle definizioni che ogni individuo dà di Sé» (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967, p. 74 tr. it.).

Alla luce di ciò, i due autori affermano, riguardo al raggiungimento del cambiamento 2: «è necessario individuare e intervenire su quei processi che producono e mantengono la stabilità psicologica e il senso di continuità storico-biografica» (Leonardi, Tinacci, 2021, p. 610).

L'interazionismo, comunque sia, non è l'unica corrente di pensiero che si occupa dell'identità e del sé. Senza nulla togliere alle possibilità offerte dall'interazionismo, alla luce della risonanza che la dimensione 'storico-biografica' ha avuto su chi scrive, si propone qui un orientamento teorico-pratico altrettanto promettente, che ha vari punti in comune con quello strategico (in particolar modo la sua derivazione dalla terapia familiare e la cibernetica di Bateson come una delle basi epistemologiche [Telfener, 1992]): la terapia narrativa.

4. Terapia narrativa

La terapia narrativa è definita come «un approccio collaborativo e non patologizzante alla terapia familiare, al counseling e al lavoro di comunità, che pone al centro la persona come esperta della propria vita e identità» (Sax, Ingamells, Lobovits, Pilkington, 2018, p. 927). Inoltre, essa «vede i problemi come separati dalla persona e coinvolge la persona nel ri-scrivere la storia della propria vita sviluppando una contro-trama che ripristini e animi i modi di vivere e di essere in relazione preferiti e pieni di speranza» (Sax *et al.*, 2018, p. 927).

Dal punto di vista epistemologico, la terapia narrativa si colloca entro l'ottica post-moderna, il costruzionismo sociale e la tradizione post-strutturalista (Payne, 2006, cap. 2)⁴. Più in particolare:

- L'ottica post-moderna sfida il modernismo, tuttora dominante nelle società occidentali, secondo il quale ci sono delle verità incontrovertibili, come ad esempio 'causa ed effetto sono universali e si possono

⁴ Alla luce di ciò, soprattutto in ottica post-moderna, si preferisce usare l'espressione 'pratiche di narrazione', anche se quella più diffusa rimane 'terapia narrativa'. Il termine 'terapia', infatti, nasconde in sé dei concetti medicalizzanti come la contrapposizione tra 'malato/sano'. Inoltre, 'terapia' è tradizionalmente riferito al singolo individuo, mentre l'approccio narrativo, derivando dalla terapia familiare, si basa sulla visione sistemica e relazionale della persona. Per questo le pratiche di narrazione sono rivolte non solo al singolo ma anche alle famiglie e alle comunità (cfr. Mueller, 2008). Nel presente lavoro, solo per una questione espositiva, si userà prevalentemente 'terapia narrativa' ma tenendo conto dei limiti del termine 'terapia'.

conoscere’, oppure ‘gli umani possono osservare e comprendere la realtà oggettivamente’. Il pensiero post-moderno «assume che tutta la conoscenza è provvisoria, influenzata socialmente e politicamente, e connessa al potere sociale. E la scienza è ridefinita come solo un particolare modo di conoscere» (Payne, 2006, p. 24).

- Il costruzionismo sociale evidenzia come pensieri, interazioni e identità delle persone non siano elementi presenti a livello intraindividuale bensì costruiti in relazione agli altri, o più precisamente derivano da influenze sociali e culturali (Payne, 2006, p. 31).
- La tradizione post-strutturalista si schiera contro lo strutturalismo, il quale pone che in tutta l’esperienza umana sono rinvenibili delle strutture, che sono più importanti rispetto alle variazioni e differenze individuali. In ambito clinico ciò si riflette sulle metafore usate, nel senso che se in ottica strutturalista si usano principi del mondo fisico applicati all’esperienza umana (come, ad esempio, il concetto di ‘superficie’ contrapposto a ‘profondo’), in ambito post-strutturalista si preferiscono metafore alternative, ad esempio ‘ristretto’ contrapposto a ‘ricco’ (Payne, 2006, pp. 29-30).

La nascita di questo approccio ha come fulcro il Dulwich Centre di Adelaide, Australia. Michael White, direttore del Centro dal 1983 al 2008, fondò la terapia narrativa in collaborazione con David Epston, con la pubblicazione del primo libro della Dulwich Centre Publications nel 1989: *Literature means to therapeutic ends* (ripubblicato nel 1990 come *Narrative means to therapeutic ends*) (White C., 2019, pp. 806-809).

Per quanto riguarda le caratteristiche della terapia narrativa: anche in questo caso, così come abbiamo fatto nel paragrafo sulla terapia strategica, ci limiteremo a sintetizzare principalmente quelle necessarie a portare avanti il presente lavoro.

Una delle caratteristiche della terapia narrativa è l'uso dell'«analogia del testo». A tal riguardo, White (1988/89) trae spunto dalle idee di Foucault sul «metodo interpretativo», secondo cui la persona costruisce la propria realtà attraverso l'interpretazione della sua esperienza – dove l'interpretazione implica l'attribuzione di significato (p. 35).

Con le parole di White (1988/89):

L'analogia del testo propone che questo significato si ricavi comunque dal «racconto» dell'esperienza; che siano le storie che le persone si danno della loro vita a determinare il significato che attribuiscono all'esperienza (p. 35).

A tal riguardo è rilevante, ai fini dell'applicazione di questi concetti alla pratica clinica, quanto affermato da J. Bruner (1986), secondo cui le storie sono composte principalmente da due 'paesaggi' (*landscapes*): il 'paesaggio dell'azione' e il 'paesaggio della coscienza' (p. 14).

Il paesaggio dell'azione riguarda il 'materiale' della storia, ossia gli eventi, posti in sequenza secondo una trama e attorno a un tema (White, 2007, p. 78). Il paesaggio della coscienza riguarda le riflessioni su tali eventi, ossia l'attribuzione di significato e le conclusioni che se ne possono trarre riguardo all'identità delle persone in essi coinvolte (White, 2007, p. 78).

Inoltre, come direbbe E. M. Bruner (1986):

l'esperienza di vita è più ricca del discorso. Le strutture narrative organizzano e danno significato all'esperienza, ma ci sono sempre sentimenti ed esperienze vissute che non sono inclusi pienamente nella storia dominante (p. 143).

In altre parole: a parità di esperienze, nel raccontare si tende a selezionare alcuni eventi e a trascurarne altri. Ma di volta in volta, nel ri-raccontare, se ne selezionano diversi, al punto che White (2007) afferma che «la vita della persona è multi-storie» (p. 81). Sulla base di ciò: «è nel traffico di storie riguardo alla propria e altrui vita che si costruisce l'identità» (White, 2007, p. 80).

Quando la persona chiede una terapia, la storia che racconta è «saturata dal problema» (White, 1988/89, p. 33), proprio poiché si ritrova a vivere secondo un'identità che tende a selezionare tutte le esperienze che confermano la presenza del problema.

Questo concetto, ovvero il fatto che ci siano dei 'gap' nel racconto della persona, implica che attraverso determinate manovre si può aiutare la persona a individuare quegli eventi che contraddicono la storia saturata dal problema, detti 'situazioni uniche' (White, 1988, pp. 69-70). A partire da esse, il compito del terapeuta è quello di ri-sviluppare le narrazioni personali e ri-costruire l'identità (White, 2007, p. 80). Proprio per questo White (2007) sostituisce il termine 'paesaggio della coscienza' con 'paesaggio dell'identità', per rimarcare che «qualsiasi rinegoziazione delle storie della vita della persona è anche una rinegoziazione dell'identità» (p. 82).

A partire da tutto ciò, si tratterà quindi di costruire insieme alla persona una 'storia alternativa'⁵ (White, 2007, p. 219), ovvero una nuova narrazione di sé libera dal problema e tendente verso il futuro preferito, attraverso delle

⁵ Proprio in ottica post-moderna, negli ultimi suoi scritti White ha preferito usare, invece di 'storia saturata dal problema' e 'storia alternativa', i termini 'descrizione ristretta' (*thick description*) e 'descrizione ricca' (*rich description*) (Payne, 2006, p. 30)

‘conversazioni di ri-narrazione’ in cui il terapeuta adotta una ‘posizione decentrata’ (p. 89) facendosi da parte per supportare la persona in quanto esperta di sé stessa (White, 2007, p. 220).

5. Integrazione tra terapia strategica e narrativa: considerazioni

Si potrebbe pensare che la terapia narrativa si basi semplicemente sul ri-raccontare. Pensare questo sarebbe inesatto, in quanto la terapia narrativa, di base, implica che la persona, alla luce dell'emersione delle situazioni uniche e relative ri-descrizioni della sua storia, inizi a esserne influenzata anche nei comportamenti concreti tra una seduta e l'altra (Telfener, 1992)⁶.

Siccome la terapia narrativa, in ottica post-moderna, rifiuta qualsiasi forma di rapporto basato sul potere – in cui l'esperto dall'alto esamina e guida in modo autoritario la persona che ne risulta quindi sottomessa e subordinata –, essa si pone

⁶ Dice al riguardo Umberta Telfener (1992): «il clinico infatti non si limita a costruire storie alternative, non procede unicamente a un livello cognitivo, troppo astratto, ma incoraggia un comportamento fattuale ed emotivo alternativo [...] nei confronti dei problemi. [...] Far fare è una pratica che non si può non affiancare al livello semantico» (p. 24).

come terapia non-direttiva, in cui il terapeuta, come già accennato nel paragrafo precedente, adotta un atteggiamento de-centrato e quindi ‘segue’ la persona⁷.

Al contrario, la terapia strategica richiede che il terapeuta debba prendere fortemente l’iniziativa (Nardone, Watzlawick, 1990, p. 42), e alla luce di ciò potremmo definire quello strategico un approccio direttivo. Infatti, una delle caratteristiche principali della terapia strategica, come già esposto, è quella di dare delle prescrizioni alla persona, in modo da condurla a ‘eventi casuali pianificati’ da cui possano emergere delle ‘esperienze emozionali correttive’ e da cui possa così giungere a un cambiamento secondo l’imperativo estetico di Heinz Von Foerster «se vuoi vedere, impara ad agire» (Nardone, Watzlawick, 1990, p. 13). Al fine di indurre la persona a seguire la prescrizione e quindi ad applicare la tecnica, si usano durante la formulazione della stessa delle ‘ristrutturazioni semantiche’, ovvero ri-definizioni del significato. Esse si usano anche successivamente all’evento che ha condotto al cambiamento, ma in ogni caso il cambiamento avviene prevalentemente a partire dall’azione (Leonardi, Tinacci, 2021, pp. 85-92).

⁷ Ciò non implica che abbia un ruolo passivo. Micheal White (2007) in proposito afferma: «it is also an influential position, as it is through the introduction of these categories of inquiry that the therapist provides people with an opportunity to define their own position in relation to their problems and to give voice to what underpins this position» (p. 39).

Anche se è difficile conciliare un approccio direttivo con uno non-direttivo, possiamo notare come il lavoro di un terapeuta strategico e di uno narrativo abbiano degli elementi fortemente in comune.

Anche se superficialmente sembra che un terapeuta narrativo voglia condurre la persona al cambiamento attraverso un ri-raccontare la sua storia di sé, questo avviene attraverso una ri-narrazione a partire da eventi effettivamente accaduti (situazioni uniche, che in terapia strategica sono dette ‘eccezioni al problema’ alla luce della sua integrazione con la terapia orientata alle soluzioni e alle risorse. In realtà anche Michael White [2007] afferma che ‘eccezione’ e ‘situazione unica’ sono sinonimi [p. 69]⁸).

Così come in terapia strategica le eccezioni si usano per osservare le azioni che la persona ha spontaneamente messo in atto in modo da poterle ri-produrre e promuovere il cambiamento della situazione problematica (Leonardi, Tinacci, 2021, p. 471), anche in terapia narrativa la descrizione dettagliata delle situazioni uniche porta la persona, seppur in modo non-direttivo, a modificare il proprio comportamento e da ciò a promuovere il cambiamento (Payne, 2006, p. 75).

⁸ Riferendosi alle ‘situazioni uniche’: «Steve de Shazer e i suoi colleghi del Brief Family Center di Milwaukee preferiscono parlare di ‘eccezioni’ e i due termini sono intercambiabili».

Per contro, c'è un aneddoto in cui Paul Watzlawick dice a un collega terapeuta ad approccio orientato alle soluzioni: «Se i pazienti avessero delle soluzioni, non verrebbero in terapia. È perché le loro soluzioni non stanno funzionando o sono la causa stessa dei loro problemi che cercano il nostro aiuto» (O'Hanlon, 1974, sezione *Foreword to the Paperback Edition*). A tal riguardo, un terapeuta della narrazione non sarebbe d'accordo, in quanto come afferma Michael White: «Anche se trascurate [le] situazioni uniche sono sempre presenti» (White, 1988, p. 70), o in altre parole: il problema non riesce mai a dominare totalmente la vita della persona.

Riteniamo di poter considerare queste due posizioni come un continuum. Da un lato, abbiamo il caso di una persona che attualmente si ritrova ad affrontare un problema rispetto al quale, in passato, si sono verificate spontaneamente situazioni in cui esso non si presentava, le quali non riescono a emergere poiché l'identità narrativa attuale tende a selezionare nell'esperienza pregressa soltanto ciò che conferma il problema. Dall'altro lato, possiamo avere il caso di una persona che sta vivendo un problema rispetto al quale non ha esperito, in passato, alcuna 'eccezione', per cui tali eccezioni andranno in qualche modo 'promosse' attraverso prescrizioni. E avremo poi le varie sfumature entro questi due estremi.

Quale potrebbe essere la giusta combinazione che permetterebbe a questi due modi di lavorare di intrecciarsi in modo armonico? Ci sono diverse soluzioni, una delle quali sta proprio nei concetti di J. Bruner, poi ripresi da White: paesaggio dell'azione e paesaggio dell'identità (cfr. paragrafo precedente).

La terapia strategica, abbiamo detto, nel tentare di produrre il cambiamento e con esso la risoluzione del problema, induce la persona, attraverso un linguaggio suggestivo-evocativo, a seguire delle prescrizioni di comportamenti (eventi casuali pianificati volti a condurre all'esperienza emozionale correttiva). Se volessimo adottare in terapia strategica i termini di J. Bruner, diremmo che si occupa dell'ambito del 'paesaggio dell'azione'.

In seduta successiva si effettuano poi delle ristrutturazioni semantiche per consolidare il cambiamento prodotto dalle azioni. Usando i termini di J. Bruner diremmo che si tratta dell'attribuzione di significato che rientra nel 'paesaggio dell'identità'. In questo modo si giunge, di seduta in seduta, a far consolidare quel comportamento nuovo e risolutivo e a far sì che la persona acquisisca consapevolezza che esso è emerso alla luce delle proprie abilità e risorse, e che le tecniche usate sono state solo un trigger (Leonardi, Tinacci, 2021, p. 118). Ma, in base alla criticità individuata da Leonardi e Tinacci (2021), può rimanere il dubbio

riguardo alla possibilità che il cambiamento così raggiunto sia effettivamente stabile e duraturo (cambiamento 2) (pp. 601-602).

Ecco dove potrebbe collocarsi la terapia narrativa. Come si può anche semplicemente osservare a partire dai libri e manuali di entrambi gli approcci: mentre da quelli di terapia strategica si evince come siano prevalenti le esposizioni riguardo alle tecniche, quelli di terapia narrativa sembrano essere in qualche modo focalizzati sulle domande da porre al fine di esplorare insieme alla persona il significato degli eventi, oltre che la ri-costruzione dell'identità della persona in forma di racconto di sé a partire dagli stessi.

Alla luce di ciò, in un approccio che integri sia elementi strategici che pratiche di narrazione, potremmo dire che la terapia strategica potrebbe occuparsi di promuovere gli elementi parte del paesaggio dell'azione (senza escludere la possibilità del verificarsi spontaneo di situazioni uniche), mentre la terapia narrativa potrebbe occuparsi dell'attribuirvi significato entro il paesaggio dell'identità. In altre parole: alla luce dell'avvenuto cambiamento e relativa risoluzione del problema – a partire dai comportamenti messi in atto dalla persona in virtù delle prescrizioni del terapeuta, o a partire dalle situazioni uniche eventualmente verificatesi – (paesaggio dell'azione), la fase di ristrutturazione

semantica (paesaggio dell'identità) coincide con la ricostruzione dell'identità (narrativa) della persona sulla base di quanto avvenuto a livello concreto.

Questo presuppone che direttività e non direttività possano andare di pari passo, anche con un diverso peso in base alla fase del percorso di cambiamento (o in base alle caratteristiche della persona o del suo problema). Si inizia con un'impostazione ad alta direttività, caratterizzata da un dialogo strategico, con domande orientanti e a illusione di alternativa, parafrasi ristrutturanti, linguaggio suggestivo-evocativo, prescrizioni (Nardone, Salvini, 2007). Con il procedere delle sedute, diminuisce gradualmente la direttività (poiché come già previsto in ambito strategico, con il passare delle sedute il linguaggio evocativo-suggestivo si riduce a favore di un linguaggio più colloquiale e descrittivo [Nardone, 1993, pp. 70-71]) e aumenta gradualmente la non-direttività (che in terapia narrativa è caratterizzata dall'ascoltare con curiosità il racconto degli eventi da parte della persona, mettendosi 'da parte' in posizione 'decentrata', facendo domande le cui risposte possano arricchire tali eventi di significati importanti per la persona [Payne, 2006, pp. 72 e 80]), per giungere nelle fasi finali a un'impostazione ad alta non-direttività.

Si potrebbe obiettare che, nell'ottica post-moderna entro cui la terapia narrativa si colloca, il prescrivere comportamenti alla persona sarebbe

sovrapponibile alla visione moderna secondo cui c'è un esperto che dice alla persona cosa fare, la quale in modo subordinato debba obbedire alle prescrizioni. In realtà, a tal riguardo, potrebbe semplicemente essere improprio il termine 'prescrizione', il che non implica che le tecniche strategiche non siano adeguate. In effetti, se poniamo che secondo le ultime evoluzioni della terapia strategica il terapeuta usa tecniche comunicative basate sulla persuasione (Nardone, 2015, sezione *La persuasione terapeutica*), e se poniamo che 'persuadere' significa 'condurre soavemente a sé', ciò che fa un terapeuta strategico è semplicemente condurre la persona al raggiungimento del proprio scopo da terapeuta, e lo scopo del terapeuta coincide in non altro che risolvere il problema e raggiungere gli obiettivi della persona, definiti nelle prime fasi del processo di cambiamento (Leonardi, Tinacci, 2021, pp. 39-40). Oppure per usare i termini di Nardone e Watzlawick (1990), il trattamento in terapia strategica è come una partita a scacchi tra terapeuta e persona contro i problemi di quest'ultima, in cui non ci sono un vincitore e un vinto, bensì si vince insieme o si perde insieme (pp. 63-64). Questa analogia collima con la visione esternalizzata del problema tipica della terapia narrativa, secondo cui «il problema diventa un'entità separata e quindi esterna alla persona» (White, 1988/89, p. 33), dato che la partita è tra persona e terapeuta contro il problema (anche se c'è da dire che White [2007] propone delle metafore

alternative a quelle di ‘competizione’ e ‘battaglia’ [pp. 31-34], poiché esse nascondono significati relativi alla cultura moderna contro cui la terapia narrativa in ottica post-moderna si schiera [Payne, 2006, p.75]).

In questo modo la terapia strategica guadagna l’incremento di probabilità di mantenimento del cambiamento alla luce della ri-costruzione dell’identità narrativa della persona, mentre la terapia narrativa guadagna la promozione di comportamenti specifici volti alla risoluzione dello specifico problema narrato dalla persona, da cui possa scaturire una ri-descrizione arricchita della sua identità, o in altre parole una storia alternativa di sé in cui la vita della persona non è influenzata dal problema.

Questo potrebbe coincidere con ciò che Leonardi e Tinacci (2021) intendono quando affermano che una possibile soluzione per la criticità del cambiamento 2 possa essere l’integrazione nella terapia strategica dei concetti di Sé e Identità. Come però si può comprendere da quanto finora esposto, l’integrazione con la terapia narrativa potrebbe incidere positivamente anche sulla risoluzione della questione dell’eccessiva direttività della terapia strategica. Inoltre, aggiungendo alla terapia strategica l’ottica post-moderna della terapia narrativa, si potrebbe anche dire che la questione dell’*evidence-based* non si pone. A tal proposito, David Nylud afferma:

Credo nelle prove, ma mi interessa di più capire cosa costituisce una prova e chi decide cosa conta come prova. Sono i professionisti, i comitati scientifici, i ricercatori e i redattori delle riviste? O sono i clienti? Se un giovane riesce a riappropriarsi della sua vita dall'ADHD, per esempio, e noi creiamo e diffondiamo una lettera terapeutica riguardo alla sua esperienza, io la considero altrettanto convincente di uno studio clinico randomizzato (Chang, Nylund, 2013, p. 7).

Giunti a questo punto possiamo quindi affermare che, in relazione alle criticità della terapia strategica individuate ed esposte da Leonardi e Tinacci (2021; cfr. relativo paragrafo nel presente lavoro), l'integrazione con la terapia narrativa è in grado di offrire alla terapia strategica una possibile soluzione a tutte e tre le criticità cliniche.

Conclusioni

A partire dalle criticità teoriche e cliniche evidenziate da Leonardi e Tinacci (2021) relative alla psicoterapia strategica – e in particolar modo quella riguardante il cambiamento 2 –, passando attraverso il loro suggerimento di integrare a essa degli elementi interazionisti (lavoro su Sé e Identità), abbiamo proposto una soluzione alternativa, ossia l'integrazione con la terapia narrativa.

In particolare, la proposta riguarda un metodo di lavoro che vuole l'oscillazione tra: direttività dell'approccio strategico nel lavoro sulla promozione di 'eventi casuali pianificati' che conducano all'esperienza emozionale

correttiva' (e quindi al cambiamento verso il raggiungimento degli obiettivi e la risoluzione del problema della persona); non-direttività della terapia narrativa, volta al consolidamento del cambiamento attraverso la costruzione di nuovi significati, il che coincide con la decostruzione della 'storia saturata dal problema', e con la co-costruzione di una 'storia alternativa' del sé e dell'identità (narrativa) della persona.

Abbiamo potuto notare anche come non sia solo l'approccio strategico a beneficiare dell'integrazione con l'approccio narrativo, ma anche viceversa.

Come è ovvio che sia, questa non è necessariamente la soluzione migliore. Ciononostante, sembra che possa contribuire a risolvere non soltanto la criticità relativa al cambiamento 2 bensì anche quella della direttività e – grazie all'ottica post-moderna – quella riguardante l' 'evidence-based'.

Per concludere, riprendiamo nuovamente ciò che afferma Watzlawick (2007) riguardo allo scopo del cambiamento terapeutico, ossia «sostituire le costruzioni della realtà che inducono sofferenza con altre meno dolorose» (cap. 10, sezione *Definizione*). Alla luce di quanto proposto con il presente lavoro, potremmo aggiungere a ciò una riformulazione: sostituire le 'storie di sé' che inducono sofferenza con altre meno dolorose. Con ciò suggerendo che il modo in cui si costruisce la propria realtà è un processo strettamente connesso al modo di

«AGON» (ISSN 2384-9045), n. 37, aprile-giugno 2023

costruire la propria identità ovvero di raccontare sé a sé stessi, agli altri e al mondo.

BIBLIOGRAFIA

Bruner E. M., *Ethnography as narrative*, in Turner V. W., Bruner E. M. (eds) (1986), *The anthropology of experience*, Chicago, University of Illinois Press.

Bruner J. (1986), *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge Massachusetts, Harvard University Press.

Chang J., Nylund D. (2013), *Narrative and Solution-Focused Therapies: a twenty-year retrospective*, «Journal of Systemic Therapies», 32(2), pp. 72-88.

Leonardi F., Tinacci, F. (2021), *Manuale di psicoterapia strategica: 80 tecniche di intervento*, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.

Loftus E., Ketcham K. (1996), *The myth of repressed memory: False memories and allegations of sexual abuse*, New York, NY, St. Martin's Press.

Mueller N. (2008), *Nove assaggi delle pratiche di narrazione*, Disponibile in: <https://dulwichcentre.com.au/italian-narrative-therapy-resources/> [2 giugno 2023].

Nardone G. (1993), *Paura, panico, fobie*, Milano, Ponte alle Grazie.

Nardone G. (2003), *Cavalcare la propria tigre*, Milano, Ponte alle Grazie.

Nardone G. (2009), *Problem Solving strategico da tasca. L'arte di trovare soluzioni a problemi irrisolvibili*, Milano, Ponte alle Grazie.

Nardone G. (2015), *La nobile arte della persuasione. La magia delle parole e dei gesti*, Milano, Ponte alle Grazie.

Nardone G., Salvini A. (2007), *Il dialogo strategico. Comunicare persuadendo: tecniche evolute per il cambiamento*, Milano, Ponte alle Grazie.

Nardone G., Milanese R. (2018), *Il cambiamento strategico*, Milano, Salani.

Nardone G., Watzlawick P. (1990), *L'arte del cambiamento: La soluzione dei problemi psicologici personali e interpersonali in tempi brevi*, Milano, Ponte alle Grazie.

Nardone G., Watzlawick P. (2005), *La ricerca sui risultati della terapia breve strategica*, in Watzlawick, P. (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi. Scritti scelti con cinque saggi inediti* (Nardone G., Ray W.A., a cura di), Milano, Ponte alle Grazie.

O'Hanlon B. (1974), *Foreword to the Paperback Edition*, in P. Watzlawick, J.H. Weakland, R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, New York, NY, W.W. Norton & Company.

Payne M. (2006), *Narrative therapy. An Introduction for Counsellors*, London–Thousand Oaks–New Dehli, Sage Publications.

Ray W. A., Watzlawick P. (2006), *L'approccio internazionale: il contributo del Mental Research Institute*, in Watzlawick, P. (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi. Scritti scelti con cinque saggi inediti* (Nardone G., Ray W.A., a cura di), Milano, Ponte alle Grazie.

Sax P., Ingamells K., Lobovits D., Pilkington S.M. (2018), *Epston, David*, in Lebow J., Chambers A., Breunlin D. (eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, Cham, Springer.

Segal L., Watzlawick P. (1985), *Guardare le merci senza comprare, o come essere un non cliente*, in Watzlawick, P. (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi. Scritti scelti con cinque saggi inediti* (Nardone G., Ray W.A., a cura di), Milano, Ponte alle Grazie.

Telfener U. (1992), *La terapia come narrazione, un'introduzione*, in White M., *La terapia come narrazione*, Roma, Astrolabio.

Watzlawick P. (1982), *Il contributo di Erickson alla prospettiva interazionale della psicoterapia*, in Watzlawick, P. (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi. Scritti scelti con cinque saggi inediti*, (Nardone G., Ray W.A., a cura di), Milano, Ponte alle Grazie.

Watzlawick P. (1988), *Il codino del barone di Münchhausen. Ovvero: psicoterapia e "realtà". Saggi e relazioni*, Milano, Feltrinelli.

Watzlawick, P. (ed) (1984), *The invented reality. How Do We Know What We Believe We Know? Contributions to Constructivism*, New York, NY, W. W. Norton & Company (Trad. it. *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*, Feltrinelli, Milano, 1988).

Watzlawick, P. (1997), *Guardarsi dentro rende ciechi* in Watzlawick, P. (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi. Scritti scelti con cinque saggi inediti* (Nardone G., Ray W.A., a cura di), Milano, Ponte alle Grazie.

Watzlawick, P. (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi. Scritti scelti con cinque saggi inediti* (Nardone G., Ray W.A., a cura di), Milano, Ponte alle Grazie.

«AGON» (ISSN 2384-9045), n. 37, aprile-giugno 2023

Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. (1967), *Pragmatics of human communication*, New York, NY, W.W. Norton & Company (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1974).

Watzlawick P., Weakland J. H., Fisch R. (1974), *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, New York, NY, W.W. Norton & Company (trad. it. *Change: Sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma, 1978).

Weakland J. H., Fisch R., Watzlawick P., Bodin A. M. (1974), *La terapia breve focalizzata sui problemi*, in Watzlawick, P. (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi. Scritti scelti con cinque saggi inediti* (Nardone G., Ray W.A., a cura di), Milano, Ponte alle Grazie.

White, C. (2019). *Dulwich Centre*, in Lebow J.L., Chambers A.L., Breunlin D.C. (eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, Cham, Springer.

White M. (1988/89), *The externalizing of the problem the and the re-authoring of lives and relationship*, Dulwich Center Newsletter, Summer (trad. it. *La riscrittura dell'esistenza e delle relazioni*, in White M., *La terapia come narrazione* [Telfener U., a cura di], Roma, Astrolabio, 1992).

White M. (1992), *La terapia come narrazione* [Telfener U., a cura di], Roma, Astrolabio.

White M. (1988), *The process of questioning: a therapy of literary merit*, Dulwich Centre Newsletter, Winter (trad. it. *Il processo del far domande nella terapia come narrazione*, in White M., *La terapia come narrazione* [Telfener U., a cura di], Roma, Astrolabio, 1992).

White M. (2007), *Maps of narrative practice*. New York, W.W. Norton & Company.

White M., Epston D. (1990), *Narrative means to therapeutic ends*, New York, W.W. Norton & Company.