

## **Assunti costruzionisti per conversazioni terapeutiche sulla sessualità**

### ***Constructionist provocations for therapeutic conversations about sexuality***

Sheila McNamee\*

*(Traduzione di Gian Maria Galeazzi)*

**Riassunto:** *in questo lavoro tento di decostruire il nostro discorso dominante sulla sessualità, con particolare riferimento alla sessualità come tema all'interno del contesto psicoterapico. Come costruzionista sociale, sono interessata al modo in cui le persone coordinano le loro attività dando origine a credenze e valori (a cui ci si riferisce anche come a "realtà"). Le credenze e i valori circa la sessualità che articoliamo, quindi, non sono universalmente od oggettivamente veri. Al contrario, essi sono il risultato di relazioni sociali che sono datate storicamente, determinate culturalmente e situate localmente. Ciò che importa al costruzionista, sia riguardo alla sessualità, sia riguardo alla psicoterapia, è il tema dei significati; i significati sia della psicoterapia, sia della sessualità. In questa sede presento una brevissima rassegna della tradizione individualista che prevale nella professione psicoterapica, seguita da una rassegna dell'alternativa costruzionista all'individualismo, per finire ad illustrare alcune conseguenze per la nostra comprensione e pratica della psicoterapia riferita ai temi della sessualità.*

**Parole chiave:** *sessualità, psicoterapia, costruzione sociale, focus relazionale.*

**Abstract:** *in this article I attempt to deconstruct our dominant discourse about sexuality, with special emphasis on sexuality as a topic within the psychotherapeutic context. As a social constructionist, my concern is with the ways in which people coordinate their activities together to produce particular beliefs and values (otherwise referred to as "realities"). The beliefs and values we articulate concerning sexuality, then, are not universally or objectively true. Instead, they are constructed byproducts of social relationships which are historically, culturally, and locally situated. What is central, to the constructionist, in both the case of psychotherapy and sexuality, is the issue of meaning: the meaning of both psychotherapy and of sexuality.*

\*Professor of Communication, Department of Communication, University of New Hampshire, USA.

*I offer a very brief overview of the individualist tradition that dominates the profession of psychotherapy, followed by an overview of the constructionist alternative to individualism and end with some implications for our understanding and practice of psychotherapy as it relates to the issue of sexuality.*

**Key words:** *sexuality, psychotherapy, social construction, relational focus.*

## Scenari

Telefona un'amica in cerca di sostegno riguardo l'ultimo, purtroppo non raro, tema di conflitto coniugale. Il suo partner richiede più rapporti sessuali. Lei non prova interesse. Questo è un problema con cui si presentano in terapia molte coppie e, anche quando non è il motivo di presentazione, spesso in ogni caso fa parte di un quadro complesso di problemi che le coppie portano in terapia.

Una giovane donna inizia una psicoterapia perchè si sente attratta da altre donne. L'aver preso atto di ciò la terrorizza e in questo periodo sta cercando di esplorare, tramite la terapia, possibili forme di soluzioni per il suo problema.

Una donna, colta, professionista, chiede un appuntamento con uno psicoterapeuta perchè è ancora molto importante per lei coccolare, baciare, tenere per mano e avere un contatto fisico con i suoi figli di 13 e 15 anni. Sa, tuttavia, che i suoi amici e i vicini considerano questo comportamento dannoso per i suoi figli e forse anche un indizio di suoi problemi sessuali [1]<sup>1</sup>.

In questo lavoro mi piacerebbe contribuire a decostruire il nostro discorso dominante sulla sessualità, con particolare riferimento alla sessualità come tema all'interno del contesto psicoterapico. In quanto costruzionista sociale, sono interessata alle modalità con cui le persone coordinano le loro attività per dare origine a particolari valori e convinzioni (a cui ci si riferisce anche come a "realtà"). Questi valori e convinzioni incentrati attorno alla sessualità, pertanto, non sono oggettivamente veri. Al contrario, essi sono il prodotto co-costruito di relazioni sociali da situare in un preciso contesto storico, culturale e geografico.

<sup>1</sup>Questo scenario è ispirato ad un articolo comparso sul *The New York Times*.

In questo contributo cercherò di chiarire alcune concezioni ingenuie del costruzionismo, usando come esempio l'argomento della sessualità e dei trattamenti psicoterapici ad essa relativi. Nel fare ciò, spero di chiarire il punto di vista costruzionista, offrire spunti trasformativi della nostra comprensione e del nostro approccio alla sessualità e, infine, di mettere in luce risorse per un dialogo creativo su questo tema.

In questa sede non affronto la storia della sessualità come argomento nella psicoterapia, né offro disamine approfondite dei vari modelli psicoterapici e dei trattamenti proposti circa la sessualità.

Piuttosto, il mio scopo è quello di introdurre il concetto di psicoterapia come processo di costruzione sociale e mostrare come questo approccio offra chiavi di lettura alternative del sesso e della sessualità nel contesto terapeutico.

Quando si concepisce la psicoterapia come un processo di costruzione sociale ([2],[3]), ci si discosta in maniera creativa dalle concezioni tradizionali del processo terapeutico e dei suoi scopi. Il costruzionismo affronta le nostre modalità di conversazione, che sono cariche di aspetti valoriali e, per estensione, illustra i modi in cui e con cui particolari conversazioni sulla sessualità in psicoterapia offrono possibilità per cambiamenti personali, relazionali e sociali. Questa prospettiva si contrappone a concezioni più tradizionali e prevalenti che sostengono che le forme di comprensione psicoterapica della sessualità debbano avere basi scientifiche e, in quanto tali, riflettano oggettivamente lo stato delle cose. Il costruzionista, invece, riconosce che lo stato delle cose costituisce un prodotto dell'incontro sociale. Significati e realtà (valori e credenze) emergono all'interno di comunità ove le persone coordinano insieme le loro attività. Nel contesto terapeutico, perciò, il terapeuta e il cliente collaborano per la costruzione di possibilità creative e trasformative. Questa visione mette in crisi l'idea consueta che sia il professionista in quanto "esperto" ad offrire una diagnosi oggettiva e a delineare il percorso di trattamento "giusto".

Per il costruzionista, pertanto, ciò che è centrale, sia rispetto alla psicoterapia, sia nel caso della sessualità, è il tema del significato. Quale è il significato della psicoterapia? Per la maggior parte, la psicoterapia è associata alla professione medica, una situazione dove diagnosi-trattamento vengono in primo piano. E quale è il significato della sessualità? Un aspetto imprescindibile della natura umana che deve essere contenuto, controllato e impiegato giudiziosamente? O è piuttosto un problema sociale, culturale? Mi sia consentito di iniziare presentando una brevissima rassegna della tradizione individualista che domina la professione psicoterapica. Esporrò di seguito l'alternativa costruzionista all'individualismo, per finire con alcune conseguenze riguardanti la comprensione e la pratica della psicoterapia di fronte al tema della sessualità.

## Individualismo e patologizzazione psichica

Consideriamo per un attimo le conseguenze provocate dall'applicazione del discorso individualista all'ambito della psicoterapia. Ciò che appare in primo piano qui è il fatto che la psicoterapia, come professione, procura una diagnosi al disagio psicologico della persona. Benché ci siano molti modelli di psicoterapia che mettono l'accento sul superamento del disagio psicologico o personale, è per lo più considerato indispensabile dal punto di vista professionale che una diagnosi sia posta prima di incamminarsi verso la risoluzione o il trattamento del problema. Infatti, poiché la psicoterapia è strettamente collegata alla professione medica, la credenza prevalente è che la psicoterapia, per procedere, richieda una diagnosi. Come potrebbe uno psicoterapeuta, infatti, sapere come trattare un cliente senza farsi un'idea precisa di quello che è in primo luogo il suo problema? Trattare un problema, quindi, richiede una diagnosi.

Emergono quindi due aspetti: 1) il problema della diagnosi individuale che implica il deficit del soggetto che richiede la diagnosi e 2) il tema della diagnosi quale discorso necessario (specialmente in psicoterapia) incentrato sull'identificazione di problemi, di cause di problemi e sulla loro soluzione. Questi aspetti non sono necessariamente separabili. Elaborerò ciascuno di questi punti per creare lo sfondo per un'alternativa relazionale (costruzionista) alla diagnosi.

1. *Diagnosi individuale.* Il punto centrale è che in psicoterapia diagnosi significa diagnosi di un individuo. Se si situa l'identità di qualcuno all'interno della persona, come ci dice l'individualismo, allora tutto ciò che è problematico deve emanare dalla mente interna o *psiche* di quella persona. Allora la diagnosi deve essere personale, dell'individuo. Naturalmente vi sono certe situazioni dove questo tipo di diagnosi può essere utile. Pensiamo ai differenti effetti che una diagnosi di depressione cronica può produrre nelle persone. Per qualcuno, apprendere dall'"esperto" (lo psicoterapeuta), che sta soffrendo di depressione cronica è utile. Disporre di una diagnosi dà l'impressione che ora il problema è stato individuato, si può iniziare un percorso terapeutico. C'è speranza, quindi. Ma non dobbiamo dimenticare tutti coloro per i quali una diagnosi di depressione cronica (od ogni altra diagnosi) inizia una spirale di aggravamento. Muniti di quella diagnosi, queste persone perdono la speranza, nell'essere individuate come difettose, inferiori, malsane, tutto fuorché "normali".

2. *Diagnosi e linguaggio problematocentrico.* Psicoterapia, diagnosi e problemi sono termini che vanno d'accordo. Cerchiamo una psicoterapia quando ci sentiamo a disagio, agitati, o disturbati. Quando nella nostra vita

le cose non vanno bene, la psicoterapia è uno dei punti di riferimento a cui ci rivolgiamo. Date queste premesse è difficile immaginare l'utilità di una conversazione terapeutica in cui il focus della discussione non sia centrato su problemi. Tuttavia una concezione della terapia come costruzione sociale indirizza la conversazione terapeutica in direzioni completamente differenti. Che tipo di vantaggi potrebbero ottenere sia il cliente sia il terapeuta ad iniziare un dialogo terapeutico su risorse sperimentate e affidabili che il cliente possiede? Che tipo di narrazioni che illustrano queste risorse possono prendere vita? Se facessimo insieme al cliente l'esperimento mentale che sia possibile attingere a queste risorse a volontà, quali sono le attività e le situazioni che abbandonerebbe? E quali invece sarebbero le nuove attività e situazioni che inviterebbe gli altri a co-costruire? In queste conversazioni centrate sulle risorse la diagnosi viene depotenziata. Se un cliente riesce a parlare al suo terapeuta e agli altri del suo potenziale e delle sue possibilità, potrebbe non aver più bisogno di puntare l'attenzione sui suoi deficit. O, più probabilmente, le conversazioni terapeutiche sulle risorse relazionali che il cliente ha già costruito con altri possono suggerire di impiegare queste stesse risorse nei campi relazionali in cui sono emersi problemi.

Ora, anche se non voglio affermare che fare diagnosi sia in ogni caso sbagliato o cattivo, mi si lasci affrontare il tema di come le diagnosi ci spingono verso un *pattern* di relazioni debilitante. Io e il mio collega Kenneth Gergen abbiamo discusso altrove alcune delle conseguenze dannose delle diagnosi [4]. Riassumerò qui questi *pattern* debilitanti. Questi limiti della diagnosi illustrano bene come individualismo e conversazioni centrate sul problema possano ostacolare la genesi di possibilità di trasformazione sociale.

3. *Il potenziale debilitante della diagnosi.* Per prima cosa bisogna tener conto dei modi in cui la diagnosi costituisce uno stigma per l'individuo. Il campo della psicologia in generale e quello della psicoterapia in particolare portano con sé un *set* implicito di valori. Secondo questi valori ci sono modi di essere nel mondo che sono preferibili rispetto ad altri. Così, per esempio, se un terapeuta accettasse di aiutare un cliente omosessuale ad "adattarsi" al mondo eterosessuale in cui vive, il terapeuta implicitamente ri-costruirebbe l'egemonia dell'eterosessualità. Un terapeuta che acconsentisse di aiutare la madre descritta nel terzo scenario in apertura a creare delle "distanze appropriate" tra lei e i suoi figli rinuncerebbe a mettere in discussione la premessa data per scontata che l'autonomia fisica e l'indipendenza dei figli dai genitori siano necessari e importanti per lo sviluppo dei bambini.

È molto importante osservare che quando facciamo una diagnosi (o acconsentiamo a "trattare" un cliente), entriamo in una conversazione influenzata e niente affatto neutra rispetto ai valori, come il discorso scientifico pretenderebbe

affermare. La diagnosi non descrive semplicemente che cosa c'è. Al contrario, la diagnosi funziona come un giudizio morale. Comunica agli altri (soprattutto esperti e familiari) i deficit del soggetto. Prendiamo, per esempio, il protagonista del primo scenario in apertura. Qualsiasi valutazione sulla frequenza dell'attività sessuale di una coppia sposata implica una deformazione basata su valori. E queste deformazioni non sono affatto inclusive. Consideriamo le più comuni prospettive su questo tema: a) gli uomini pensano solo al sesso, b) le donne non apprezzano (o non hanno bisogno) di sesso. Dipingere gli uomini come "sessualmente affamati" esclude quelli per cui il sesso è riservato alla procreazione. Considerare le donne come non interessate al sesso patologizza quelle che desiderano essere sensuali. Facciamo un passo avanti in questa direzione. Culturalmente e storicamente si sono messe in guardia le adolescenti avvertendole che il sesso è una cosa cattiva e che solo le "ragazze cattive" pensano al sesso, parlano di sesso o sono sessualmente attive. Il discorso dominante sul sesso trasmette alle adolescenti l'idea che essere attratte e curiose sulla sessualità – aspetti che quasi chiunque accetterebbe come naturali – equivale ad accomunarsi con le prostitute<sup>2</sup>. Le "brave ragazze" non sono interessate.

Data una narrativa culturale così potente, insieme a quella complementare che loda gli uomini per le loro incursioni esploratorie sessuali, non ci stupisce affatto di trovarci di fronte con tale alta frequenza alla lamentela descritta nel primo scenario. Le comunità di cui facciamo parte costruiscono valori e credenze completamente opposte per gli uomini e le donne rispetto alla sessualità. Invece di patologizzare gli uomini e le donne per specifici modi di relazionarsi, non sarebbe più fertile la scoperta di un nuovo, ri-costruito senso della sessualità?

Che succederebbe se il sesso e la sessualità smettessero di essere temi tabù e diventassero argomenti valorizzati che celebrano le nostre differenze di persone?

Nel momento stesso in cui una persona accede ad una terapia per discutere temi di identità di genere, di frequenza di rapporti coniugali o del bisogno di mantenere contatti fisici con i propri figli adolescenti, egli/ella è in linea con (e perciò contribuisce in buona fede al-) la costruzione di un contesto per cui è "come se" ci potesse essere una modalità "giusta" di vivere la sessualità.

Oltre al problema della stigmatizzazione, troviamo poi la tendenza a colpevolizzare la persona per i suoi sentimenti. Ho scritto altrove dei modi in cui l'individualismo conduce a dinamiche di colpevolizzazione e giudizio [5].

<sup>2</sup> Molto si potrebbe dire pure delle narrative culturali che esistono attorno alla prostituzione, ma non è lo scopo di questo contributo.

Se le mie azioni sono motivate dalle mie credenze, valori e tendenze individuali, allora anche ogni difficoltà o deficit viene visto come inerente a me come individuo e, di conseguenza, sono ritenuto responsabile delle mie azioni. Se esse sono giudicate sbagliate, o cattive o inappropriate, la colpa è solo mia. Infatti, si tratta di una mia disfunzione interiore. I miei insuccessi dipendono dalla mia incapacità. Seguendo questa logica, sono spinto a ritirarmi dal contatto con gli altri, per non essere di peso con i miei problemi. E gli altri, pure, diventano giudici ("Ci è ricascata ancora") e intrattengono conversazioni censorie. Ciò non lascia spazio per esplorare fattori esterni che potrebbero aver contribuito alla disfunzione.

Succede così che, man mano la cultura della diagnosi procede, le relazioni vengono messe in crisi. Se ho un problema (soprattutto un problema che ha una diagnosi), allora devo affrontarlo da solo. Le persone che ho più care sono probabilmente quelle che cercherò di proteggere di più dal mio problema. Perché appesantirli con le mie incapacità? E se, per giunta, anche i miei cari condividono, nella costruzione sociale del mio problema, parte della responsabilità causale, allora ho una ragione in più per evitarli. Mentre cerco aiuto dai professionisti della salute mentale, si consiglia ai miei familiari e amici più stretti di farsi da parte e "lasciar lavorare lo specialista". Se ritengo che il mio problema origini dal mio matrimonio, cerco sostegno dal mio terapeuta piuttosto che dal mio coniuge. La mia prospettiva diversa sulla sessualità diventa ora il mio problema piuttosto che un argomento di conversazione con chi è più coinvolto dal mio punto di vista.

Cadiamo immediatamente nella logica del buono/cattivo, giusto/sbagliato, che inibisce la conversazione piuttosto che incoraggiarla.

In questo modo i professionisti della salute mentale in generale, e il processo della diagnosi e del trattamento in particolare, ostacolano la crescita e l'evoluzione delle relazioni, siano esse tra individui, comunità o istituzioni.

Il deterioramento delle relazioni ci mostra come il nostro senso comunitario sia impoverito. La mancanza di legami comunitari limita naturalmente la nostra attenzione alle tradizioni, ai rituali e alle abitudini che nel passato ci tenevano insieme. Se ho bisogno, è più probabile che ricorra al professionista della salute mentale per ricevere aiuto piuttosto che a una persona o a un gruppo di persone con cui condivido credo religioso, interessi professionali o attività di svago. E più dipendo dal professionista della psiche per ricevere aiuto, più concorro a mettere ai margini le relazioni e la comunità.

Infine, il discorso della diagnosi, che pervade il mondo professionale della salute mentale, offre all'individuo poche risorse per andare avanti nella vita. Pensiamo a come l'assistenza sanitaria nazionale, per esempio, controlli le modalità ed il sostegno che possiamo ricevere. La standardizzazione dei servizi, inoltre, fa sì che vengano categorizzati i problemi che richiedono aiuto

professionale, facendo così una classifica di chi è più o meno grave. Abbiamo a disposizione un'incredibile varietà di professionisti che prendono decisioni sulla vita delle persone, a rischio però di erodere il loro senso di competenza. Come ha rilevato Foucault [6], quando acconsentiamo a sottoporci ad una valutazione professionale, ci consegniamo ai regimi disciplinari (in questo caso ai professionisti e agli amministratori della salute mentale) per essere etichettati e "spiegati" nel loro linguaggio. Nel far ciò, ci portiamo addosso questo linguaggio anche negli altri ambiti della nostra vita quotidiana. Iniziamo a parlare agli altri della nostra depressione, di disfunzione sessuale, di confusione di genere, della nostra ansia, dello *stress*, del nostro deficit di attenzione: tutti termini costruiti da professionisti.

Quando usiamo questi termini nel nostro linguaggio quotidiano, costruiamo relazioni in cui espandiamo il potere di questi professionisti fino al punto di dettare il modo in cui parliamo di noi stessi. In questo modo i professionisti iniziano ad influenzare le politiche e le prassi attraverso cui noi e il pubblico diventiamo ulteriormente controllati secondo i loro termini [7].

Hoeg [8], nel suo romanzo in cui esplora le esistenze di tre bambini che vivono in una scuola sperimentale, un collegio in cui sono continuamente valutati da "autorità", riassume i problemi che incontriamo con la diagnosi (valutazione).

"(...) Quando uno valuta qualcosa, è portato a pensare che vi si possa applicare una scala di valori lineare. Altrimenti non è possibile alcuna valutazione. Quando una persona dice che una cosa è buona o cattiva, o un po' meglio di ieri, afferma l'esistenza di un codice di votazione, dice che, in modo più o meno chiaro e logico, è possibile attribuire un numero ad una prestazione.

Ma non è mai stato dato un codice alla pratica del dare voti. (...) Nella storia del mondo (...) mai nessuno è stato in grado di produrre un codice che potesse essere imparato e applicato da diverse persone in modo da dare come risultato lo stesso voto. Mai ci si è trovati d'accordo su un metodo per stabilire quando un disegno, un pasto, una parolaccia (...) fossero buoni o cattivi, migliori o peggiori di un altro" ([8], p. 92).

La posizione di Hoeg ci incoraggia a considerare alternative alla diagnosi.

### L'alternativa costruzionista

Nella parte che segue cercherò di tratteggiare alternative relazionali che potrebbero supplire alle nostre tradizioni individualiste. Esistono dei modi di rapportarci – di parlare e di fare – che mettono in primo piano le relazioni

invece che l'individuo e che nel far ciò offrano possibilità trasformative perfino circa argomenti tabù come la sessualità? Dopo tutto, la psicoterapia affronta proprio il tema della trasformazione. In che modo un'attenzione alle relazioni può offrire risorse d'azione nel contesto psicoterapico, risorse generative e trasformative?

Naturalmente, non tutte le diagnosi sono dannose. Per qualcuno la diagnosi serve come stimolo per fare passi avanti nella propria vita. La mia proposta non è quella di abbandonare la diagnosi, ma di affiancare questa pratica culturale generalmente accettata e indiscussa, con delle alternative. L'alternativa che vorrei suggerire è quella del coinvolgimento relazionale. Mettendo l'accento su ciò che le persone fanno insieme, gli effetti negativi della diagnosi possono essere minimizzati.

Secondo il costruzionista, i significati emergono dal coordinamento delle attività di varie comunità di persone. Il continuo coordinamento richiesto in ogni relazione o comunità tende a generare un senso di comunanza di pratiche, un vocabolario comune, se si vuole. I *pattern* d'azione condivisi, i rituali che emergono all'interno delle relazioni, producono col passare del tempo degli schemi di riferimento. Ci sono schemi di riferimento circa le aspettative e circa i valori. Arriviamo, infatti, ad aspettarci la messa in atto di quei particolari schemi (per esempio per una coppia che ha costruito uno schema d'intimità sessuale quotidiana, un giorno di astinenza può causare preoccupazione; rispetto alla norma culturale dell'eterosessualità, l'omosessualità diventa una deviazione; l'enfasi posta sul valore di forme simboliche di accudimento tra madre e bambini, fa sì che si consideri l'accudimento che passa per il contatto fisico come un ostacolo allo sviluppo "normale" dei figli). Implicitamente, inoltre, costruiamo un *set* di valori associati alle nostre e alle altrui azioni (per esempio, il sesso quotidiano è una cosa buona; l'eterosessualità è normale; è l'attenzione emotiva e non quella che passa attraverso il contatto fisico ad essere necessaria per il conseguimento dell'autonomia nella vita adulta). Mano a mano che gli schemi di riferimento emergono e le attività che sono coordinate da essi attecchiscono nelle relazioni e nelle comunità, si stabilisce un vero e proprio stile di vita che sembra davvero "naturale" e "normale" e svincolato da tempi, spazi e persone. Ma questa è una realtà *raggiunta* grazie al coordinamento di attività all'interno delle relazioni. Allo stesso tempo dobbiamo ammettere: "più reale di così non si può".

È importante apprezzare come questo processo si verifichi all'interno di tutte le comunità e relazioni. Quindi, il potenziale di creazione di mondi e modi di vita incommensurabili è incredibile. Per esempio, per ciascuna comunità che costruisce la sessualità come una naturale attività umana, ci sono altre comunità che costruiscono la sessualità come l'emblema di tutto ciò che nell'uomo si può trovare di incivile e disordinato.

È difficile immaginare come queste comunità possano avere una qualche forma di dialogo produttivo. Se due comunità antagoniste stabilissero una conversazione sulla natura e il valore della sessualità, la discussione trascenderebbe presto in uno scontro in cui la missione è con-vincere l'altra comunità della propria Verità.

Osserviamo qui come il dibattito e la persuasione stimolino la contrapposizione e la lotta per stabilire l'oggettività. Se penso che il mio modo preferito di pensare e avvicinarmi alla sessualità è stato demonizzato, è assai improbabile che rimanga in contatto con chi attacca le mie credenze e i miei valori. Rimane poco spazio per proseguire insieme, come direbbe Wittgenstein [9]. Riconoscere che ci sono modi di ragionare multipli e differenti, ciascuno dei quali acquista coerenza all'interno della comunità di riferimento, costituisce il primo passo verso la trasformazione delle pratiche sociali. Applicare questa consapevolezza alla diagnosi significa porsi in primo luogo la domanda: possiamo immaginare di ascoltare le storie dei nostri clienti non con l'intento di collocarle all'interno di qualche categoria diagnostica, ma piuttosto con lo scopo di dare coerenza alla difficoltà che ha portato il cliente in terapia? In altre parole, come la storia del cliente offre una coerenza rispetto alla sua situazione e a quelle stesse attività che, situate in un contesto sociale più ampio, possono venire valutate negativamente? La storia della cliente sull'identità di genere risulta "patologica" solo in un contesto culturale allargato ma è perfettamente comprensibile nel microcosmo di relazioni in cui la cliente si situa? Conversazioni che favoriscono questo tipo di storie rendono giustizia alla complessità e alla "localizzazione" della vita sociale e perciò mostrano nuove risorse utili per affrontare quella particolare esistenza.

Se parliamo di significati come prodotto delle nostre coordinazioni reciproche – delle nostre reciproche azioni – quale è il compito del terapeuta? Più in generale, cosa offre l'ambito della psicologia, secondo questo orientamento relazionale? Il costruzionismo sociale, con il suo focus relazionale, sfida le nozioni tradizionali del sapere degli esperti e della neutralità professionale.

L'attribuzione di significati, inevitabilmente, dipende dalle tradizioni culturali, dalle convenzioni locali e dai canoni storici. Dobbiamo affrontare la questione di come convivere in un mondo complesso, percorso da una moltitudine di credenze, verità, pratiche differenti. Non è facile determinare cosa è "accettabile", "normale", "buono", perché dobbiamo sempre chiederci quali schemi di riferimento favoriamo per fare questa valutazione. E nel favorire alcuni, quali altri discriminiamo? C'è questo compito di coordinamento, e la nostra curiosità è attratta dalla terapia proprio come luogo in cui si creano significati coordinati.

Nel resto di questo lavoro, mi propongo di esplorare alcune risorse che ci consentono di superare le conseguenze negative della diagnosi e offrono delle possibilità di azione in psicoterapia. Tutte queste risorse, c'è da aggiungere, hanno il loro punto focale in *quello che le persone fanno insieme*.

### Verso l'esplorazione del potenziale e della possibilità

Mi piacerebbe stimolare una conversazione più ampia nell'ambito della psicoterapia. Il punto focale della terapia deve essere la diagnosi? Chi trae beneficio da questo punto focale? Chiaramente, ne beneficiano i professionisti della salute mentale responsabili di sviluppare i criteri diagnostici per l'affermazione della propria disciplina. In aggiunta, per le diagnosi per cui viene considerato indicato un trattamento farmacologico, si aggiunge l'interesse delle grandi aziende farmaceutiche. Anche qualcuno di coloro che cercano un sostegno psicoterapico trae beneficio dal ricevere una diagnosi. Eppure, in una cultura dove siamo sempre più immersi in pratiche di valutazione e giudizio (diagnosi) – prodotti della scienza modernista – ci troviamo sempre più carenti e bisognosi di pratiche che ispirino potenziali e possibilità per l'azione già disponibili nelle relazioni.

E, a proposito, nuovi sforzi in questo senso iniziano a comparire a macchia di leopardo, ciascuno alla ricerca di modi di rivitalizzare il potenziale positivo della vita sociale. Per esempio: la psicologia positiva di Martin Seligman [10], il metodo di *Appreciative Inquiry* sviluppato da David Cooperrider [11] e il lavoro di Cooperrider e Dutton [12] sulla cooperazione e il cambiamento globale, i modelli performativi in psicologia [13], gli sviluppi dell'educazione collaborativa [14], come pure una serie di altri progetti. La tendenza a rivolgersi verso il potenziale umano, per porre l'attenzione su ciò che funziona rispetto a ciò che non funziona, che guarda al futuro piuttosto che al passato, è uno sviluppo entusiasmante. Se poniamo attenzione a questi aspetti, facilitiamo una co-costruzione di storie più vivibili con i nostri clienti. Ovvero, poniamo l'accento su quello che *facciamo* insieme (attività incarnate) piuttosto di sottolineare presunte caratteristiche inerenti le persone. L'accento è sulle *pratiche del linguaggio* – non sulle caratteristiche delle persone. In ogni dato momento, sono a disposizione una varietà di risorse per agire e ciascuna di esse ha il potenziale di generare realtà, possibilità, vincoli interamente differenti.

Vorrei qui delineare tre temi conversazionali che possono utilmente dirigere la nostra attenzione in una modalità costruzionista di impegno relazionale: 1) usare risorse conversazionali familiari in ambiti non familiari; 2) tendere al futuro; e 3) costruire un linguaggio (*language* nell'originale,

n.d.T.)<sup>3</sup> per l'ideale. Descriverò i modi in cui quest'attenzione può trasformare il nostro approccio alla sessualità nel contesto psicoterapico.

1. *Usare risorse familiari in ambiti non familiari.* Tom Andersen [15] descrive il lavoro del terapeuta come la capacità di introdurre un livello discreto di cambiamento. In questo, riecheggia la ben nota espressione di Bateson "la differenza che fa una differenza" [16]. In questa sede propongo una variazione di questo tema già noto. Tutti noi ci portiamo appresso molte voci, molte opinioni, visioni e atteggiamenti diversi – perfino sullo stesso argomento. Queste voci differenti rappresentano l'accumularsi delle nostre relazioni (reali, fantastiche e virtuali). In effetti, portiamo con noi i resti di molti altri: conteniamo moltitudini [17]. Ciò malgrado, la maggior parte delle nostre azioni, insieme alle posizioni che adottiamo nelle conversazioni, sembrano monodimensionali. Esse rappresentano solo una piccola frazione di tutto ciò che potremmo dire e fare. La sfida è quella di attingere a queste altre voci, queste risorse conversazionali che sono familiari in una rete di relazioni e situazioni ma non in un'altra. Nel fare ciò, otteniamo proprio quel grado di differenza che propone Tom Andersen.

Usare risorse familiari in contesti in cui di solito non lo facciamo, ci invita a nuove forme di coinvolgimento relazionale con gli altri. Se concepiamo tutte le nostre attività come spunti per possibili diverse costruzioni relazionali, diventiamo consapevoli che le risposte/costruzioni stimulate dall'uso di particolari risorse in certe relazioni differiscono da quelle che le stesse risorse incoraggiano in altre. Tutte queste risposte/costruzioni rappresentano tentativi diversi di raggiungere un rispetto reciproco e coordinato per la specificità di una data relazione in quella specifica situazione. Approfondirò questo punto rispetto al tema dell'identità professionale.

Abbiamo ereditato dalla tradizione modernista l'idea (la presunzione) che esista un modo giusto per comportarsi professionalmente da terapeuti. Ci possiamo rendere conto di ciò osservando i tirocinanti che iniziano a vedere clienti. È più facile sentirli parlare nel modo in cui credono debba parlare un terapeuta e trascurare risorse conversazionali che sono per loro familiari e caratterizzanti (per esempio, il modo in cui potrebbero parlare ad un amico, un familiare, o un collega a proposito di un problema). Le idee dei tirocinanti su come un terapeuta dovrebbe parlare varieranno, naturalmente, a seconda delle varie tradizioni. Può trattarsi dell'uso di parafrasi ("Quello che mi sta dicendo è che..."), di commenti empatici ("Oh, deve essere stato molto

<sup>3</sup> Utilizzo il termine *costruire un linguaggio* per sottolineare l'attività dell'impegno relazionale e per distinguere questa accezione costruzionista del linguaggio da quella tradizionale di sistema di simboli usati per rappresentare il mondo.

difficile per lei"), o di interpretazioni ("Quello che significa veramente è che ..."). I tirocinanti sono proprio nella fase in cui aggiungono queste mosse conversazionali "professionali" al loro repertorio già sviluppato. Questo non rappresenta necessariamente un problema, a parte quando nel far ciò mettono a tacere i modi di relazionarsi che sono loro più congeniali, familiari e, perciò naturali. Ciò che è familiare viene messo da parte e quello che prima era estraneo (cioè essere un "terapeuta"), si pretende possa diventare istantaneamente familiare!

Se riusciamo a incoraggiare noi stessi (e gli altri) a trarre vantaggio dalle risorse conversazionali già a noi familiari, forse possiamo agire in modi che sono sufficientemente differenti per invitare l'interlocutore in qualcosa che supera la vecchia solita e sgradita modalità relazionale. È possibile per il terapeuta ricordarsi un periodo in cui era sinceramente interessato alle credenze altrui – credenze magari molto differenti rispetto alle sue e persino incomprensibili? Che succederebbe se la terapeuta sospendesse la sua valutazione professionale che le madri devono avere meno contatti fisici con i loro figli più grandi per permettere loro di individuarsi e crescere "normali"? Se questa terapeuta, invece, si lasciasse muovere da una sincera curiosità e avviasse una conversazione con questa madre circa le sue opinioni su come il mantenimento di una forma di intensa vicinanza fisica e affettività con i suoi figli possa avere aspetti positivi ed evolutivi? Nella misura in cui riusciamo ad usare ciò che è familiare in contesti non familiari, riusciamo a coordinare discorsi anche molto lontani. Riusciamo a non individuare un discorso come giusto e l'altro come sbagliato. Credo che la novità insita nel mettere in atto vie già percorse in contesti nuovi permetta di creare un terreno fertile per l'innesto di trasformazioni creative.

2. *Tendere al futuro.* Se si esamina il campo della psicoterapia, si noterà che una parte considerevole delle conversazioni terapeutiche sono rivolte al passato. Terapeuti e clienti tendono ad esplorare la storia e l'evoluzione dei problemi che i clienti hanno portato in terapia. Quando è iniziato il problema? Da quanto dura questa difficoltà? Quale interpretazione (che significato) hai dato al problema? Quale pensi sia la causa? Che ne pensano gli altri (e tu)? Che hai fatto per risolvere il problema? Le domande che il terapeuta fa dirigono la conversazione sul passato, e ciò, nella maggior parte dei casi, combacia con le attese sulla terapia dei clienti. La maggior parte delle rappresentazioni culturali della terapia (pensiamo a qualche film di successo sul tema) mostrano il cliente e il terapeuta imprigionati in una conversazione sul passato (infanzia, adolescenza, ecc.).

Dare tanta importanza a questo tipo di domande rivolte al passato lascia poco spazio per immaginare il futuro. Il rischio di congelare il passato, di

reificare le storie e, perciò, renderle statiche e immutabili, è molto alto. Forse ancora più influente è la logica stessa insita nell'attenzione terapeutica al passato. Nel concentrarsi su quello che è già emerso, inconsapevolmente diamo credibilità a modelli causali che sono la cifra della scienza modernista. In questo modo, infatti, privilegiamo la logica che sostiene che quello che è successo in precedenza provoca quello che segue. Così per esempio, porre domande del tipo: "Quando hai notato le tue prime tendenze omosessuali?" insieme a "Come descriveresti la tua relazione con tuo padre/tua madre quando eri bambino?", può suggerire che l'omosessualità del cliente è "causata" da qualche evento o relazione passata.

Con questo, i costruzionisti non vogliono sostenere che passato, presente e futuro siano svincolati. Desideriamo semplicemente sollevare il tema della narrazione. Il passato è sempre una storia. E sappiamo che ci sono molti modi differenti di raccontare una "storia". Non solo ospitiamo dentro di noi molte differenti "voci", ciascuna con una varietà di narrazioni disponibili, ma altre persone, coinvolte negli stessi eventi, molto probabilmente racconterebbero quella stessa storia in modo molto diverso. Perciò la causalità dal passato al presente (e per estensione al futuro), prenderà svolte diverse, sottolineerà accenti differenti e patologizzerà o connoterà positivamente aspetti diversi, secondo quale storia si favorisce. Questo orientamento ci permette di chiederci come mai non chiediamo mai ad un cliente quando ha notato per la prima volta di essere eterosessuale. Se riusciamo a capire la causa passata della "deviazione", dice l'assunto (ma notiamo qui che sorge la domanda sui criteri utilizzati per definire l'omosessualità una "deviazione"), potremo lavorare verso una soluzione. Tuttavia, non emerge mai il bisogno di ricercare una causa passata per pratiche che sono valutate positivamente (per esempio, l'eterosessualità).

Una conversazione orientata sul futuro può favorire l'impegno relazionale perchè tutti siamo d'accordo che non conosciamo ancora il futuro. Non l'abbiamo ancora impersonato. Così, nella misura in cui siamo coinvolti con gli altri (i nostri clienti, in questo caso), in conversazioni sul futuro, scopriamo la costruzione relazionale dei nostri mondi. Costruiamo insieme il mondo che potremo abitare [18].

Questo non significa ritenere che parlare del passato sia sbagliato o segno di una terapia non costruzionista. Invece di preferire una modalità particolare di discorso o particolari temi e argomenti per la terapia, i terapeuti costruzionisti danno importanza alla creazione collaborativa e contingente di possibilità e un modo per raggiungere questo obiettivo è parlare del futuro. Parlando di un immaginario futuro, invitiamo il coordinamento di molteplici modi di interpretare il passato e il presente, alcuni che convergono e altri che sono tra loro divergenti. Ancora una volta, questa forma di coinvolgimento relazionale ci spinge al

rispetto reciproco delle molteplicità e delle differenze. Così, per esempio, domande del tipo: "Come immagini che l'omosessualità sarà percepita culturalmente tra cinque anni? Come pensi che potresti contribuire a ciò? Cosa potrebbero fare gli altri? Come potresti aiutarli?", dirigono l'attenzione sul potenziale *attivo* – letteralmente sul *farsi* di una nuova realtà – invece di reificare la solita vecchia realtà.

3. *Costruire un linguaggio per l'ideale.* Forse, più che rappresentare un tema aggiuntivo, la concezione di dar corpo a un linguaggio per descrivere l'ideale costituisce semplicemente un'altra connotazione dei nostri tentativi di essere impegnati nella relazione. Oltre a valorizzare il momento relazionale, intrattenere scenari ideali ci offre un modo per impegnarci in un dialogo con i clienti. Spesso ci capita di associare conversazioni sull'ideale a conversazioni sul futuro. Dopo tutto, si tratta di immaginare ciò che è ignoto – come il futuro. Possiamo, in ogni caso, invitare i nostri clienti a parlare di come le cose sarebbero per loro nel presente se il passato fosse stato ideale. I discorsi sull'ideale possono favorire il coinvolgimento relazionale dando risalto ad una storia di sofferenza del cliente ormai sedimentata, offrendo, allo stesso tempo, un nuovo modo di parlare del passato. Chiedere come le cose sarebbero dovute essere idealmente, dovrebbero o potrebbero essere, non trascura il modo in cui sono narrate dal cliente e pertanto non contribuiscono a patologizzarlo ulteriormente. Mi riferisco qui alle ricerche di Carla Guanaes [19] sulla psicoterapia di gruppo. Ella descrive una cliente che presenta un resoconto molto ben articolato di come il suo problema sia radicato nel passato. Nel tentativo di aiutare la cliente a cambiare, la terapeuta e gli altri membri del gruppo si sforzano di offrire molte diverse interpretazioni del passato di questa cliente (per esempio, forse eri soltanto pigra? forse non volevi veramente cambiare). La cliente non riesce ad accettare queste interpretazioni alternative. È convinta che la sua storia del problema corrisponda esattamente a come le cose sono in realtà. E più si riferisce a questo orribile passato che l'ha resa malata di mente, più il terapeuta e i membri del gruppo tentano di persuaderla ad abbandonare la sua interpretazione e a guardare ai molti altri modi in cui può dare un senso alla sua situazione.

Può darsi, però, che se la terapeuta e il gruppo si fossero impegnati con questa cliente in una esplorazione di come la sua storia si sarebbe potuta raccontare in un mondo ideale, ella si sarebbe potuta sentire meno patologizzata. Forse, per questa cliente, il passato era quello che era. Ma chiedersi come sarebbe potuto essere, è un tipo di domanda molto differente. Se il gruppo fosse stato sensibile al significato di questa storia per la cliente, forse non avrebbe tentato di dirla (in pratica) che era lei a sbagliarsi. Questa attenzione per la storia della cliente alimenta una sensibilità relazionale.



Che sarebbe per la coppia del primo scenario di questo lavoro se il terapeuta chiedesse di immaginarsi come sarebbe la loro vita sessuale se lo sviluppo dell'aspetto sessuale del loro matrimonio fosse stato ideale? Forse, una domanda del genere potrebbe, per quella coppia, innescare idee nuove e partecipative sulla sessualità coniugale. La mia proposta è che una sensibilità relazionale dà corpo all'attenzione costruzionista al linguaggio e ai processi conversazionali. Dare un linguaggio all'ideale può servire come ponte tra storie di disperazione e storie di speranza.

### Che direzione prendere, allora?

Ritengo che l'importanza di parlare della diagnosi come costruzione sociale risieda nel fatto che permette di relativizzare l'essenza dei problemi psicologici. Situando i significati nelle attività delle persone piuttosto che nei loro cervelli come organi, il costruzionismo sociale ci offre degli strumenti per decostruire la patologia. Se la patologia emerge solo in alcuni tipi di pratiche, quali pratiche creative possiamo suggerire nel tentativo di superare la patologia e di muoverci verso il potenziale? Questa modalità ricostruttiva si ispira molto all'idea di polifonicità. Ciascuno di noi, come detto, ospita molte voci, voci che acquisiamo attraverso il contatto con gli altri. A dispetto di tutte le possibili voci diverse a cui abbiamo accesso, che ci sono familiari, che sono sempre a disposizione, sorprendentemente siamo soliti attingere sempre alle solite voci a cui ci siamo abituati in certi momenti. E tuttavia, se creiamo significati in relazione con gli altri, ricorrere alle nostre voci "inascoltate", può favorire la costruzione di significati differenti. Questo diventa particolarmente utile quando affrontiamo difficoltà o problemi. *Cambiare il modo in cui parliamo cambia la realtà in cui viviamo.*

Così, se la coppia descritta nel primo scenario all'inizio di questo contributo parla del desiderio di intimità sessuale o della sua mancanza come un problema, essa vive all'interno di una realtà di problemi sessuali. Questa realtà satura di problemi favorisce una discussione in cui uno dei partner tenta di convincere (persuadere) l'altro che solo lui ha la "giusta" prospettiva sull'intimità sessuale, e l'altro partner farà lo stesso per difendere la sua posizione. Una volta che si è espressa una situazione come problema, è difficile trovare un modo per accordarsi. Aggiungiamo a ciò la voce del terapeuta, che, più spesso, si presenta come la voce dell'esperto. Come esperto di problemi associati alla sessualità, il terapeuta si intromette col ruolo di arbitro, navigando le acque burrascose del conflitto coniugale. Ma a quali punti di riferimento si affida l'esperto per mediare questo conflitto? I punti di riferimento di questo esperto saranno adatti per questa specifica coppia e per il suo mondo-di-vita? L'approccio

costruzionista non è interessato a determinare ciò che è oggettivamente vero o sbagliato, si preoccupa invece di creare le condizioni per una conversazione dove possano emergere modi diversi di parlare e di agire. Quanto più clienti e terapeuti si limitano a percorrere le narrative che hanno portato i clienti in terapia, tanto più essi realizzano (letteralmente: rendono reale) la loro impasse. Tuttavia, oltre alle voci che usiamo per situazioni problematiche, disponiamo anche di voci per parlare di possibilità. È interessante notare come, soprattutto nel contesto terapeutico, siano prevalenti le voci del deficit, della valutazione, della diagnosi. È giunta l'ora di riconsiderare forme di pratiche e comunità relazionali dove ci sia lo spazio per le voci di molteplici partecipanti, per la ricerca autoriflessiva e per immagini sul futuro.

### Una nota finale: decostruire la sessualità

Il costruzionismo pone l'attenzione su quello che le persone fanno insieme, a cui ci si può riferire anche come a pratiche del linguaggio. È importante rendersi conto che il linguaggio è un mezzo che pone delle differenze. Quando scegliamo di parlare di sesso, sessualità, identità sessuale, usiamo termini che privilegiano certe tradizioni. Per esempio, evitare o vietare di parlare di sessualità, favorisce la credenza culturale che il sesso sia un argomento privato e forse anche tabù – qualcosa di cui parlare solo con un *partner* consenziente. Quest'aura di segreto e di *privacy* attorno ai discorsi sulla sessualità implica che essa abbia qualcosa di sbagliato, cattivo, o, quantomeno, di cattivo gusto. Se il sesso e la sessualità rimangono dei temi tabù, quelli che esprimono apertamente la loro sessualità, che non la relegano all'ambito privato, sono visti come anormali, perversi o indisciplinati. Tuttavia, anche la convinzione che il sesso o la sessualità siano possibilità conversazionali non patologiche può emergere all'interno della comunità. Perciò, determinare in astratto quale insieme di credenze e valori sia "più corretto", mortifica la possibilità di coordinare la molteplicità dei significati. Accettare la sfida di coordinare punti di vista discordi e molteplici sulla sessualità tiene viva la speranza di una coesistenza di visioni del mondo differenti, che spesso tendono ad annientare le altre. Per esempio, riconoscere l'omosessualità come categoria "segnata" sottolinea come l'eterosessualità sia la categoria mai messa in discussione, "non segnata". Ciascuna realtà costruita insieme ad altri, indebolisce il potenziale per l'affermazione di altre realtà e agisce come elemento differenziante un gruppo dall'altro. Con la differenza nasce la tendenza ad evitare le altre realtà; ci manteniamo a distanza perché l'altro è pericoloso o minaccioso. Inoltre, inseguendo le differenze tendiamo a semplificare i resoconti delle altre realtà, piuttosto che accettare la natura complessa della loro costruzione comune.

Tendiamo semplicemente a dichiarare le visioni opposte come sbagliate, cattive, malate. Di più, quando incontriamo la differenza degli altri, siamo più inclini a spiegare la loro realtà attraverso chiavi di lettura negative. Queste tendenze ci spingono alla divisione e al conflitto (come mostra, per esempio, la stigmatizzazione dell'estrema destra dell'identità gay o la tendenza a considerare tutta la sessualità come una categoria da condannare). Come evitare che in questo modo si creino antagonismi che inevitabilmente conducono all'aggressione, all'oppressione e, in definitiva, all'annientamento del significato? Per il costruzionista, ciò che è razionale e reale è il prodotto delle relazioni.

Esaminare i limiti del discorso sulla sessualità significa esaminare i limiti delle relazioni. Prendendo a prestito l'idea di Wittgenstein [9] dei giochi linguistici, iniziamo ad apprezzare come, all'interno di un discorso costruzionista, ogni affermazione o attività sia un invito ad una particolare forma di vita. Il costruzionismo sociale ci offre un potenziale per superare l'incommensurabilità delle varie realtà, alla ricerca di un coordinamento delle molteplicità.

## Bibliografia

- [1] Baker L. Mother Must Muzzle the Nuzzle. *The New York Times*, Sunday, December 4, 2005.
- [2] McNamee S. Therapy as social construction: Back to basics and forward toward challenging issues. In: Strong T, Pare D, eds. *Furthering talk: Advances in the discursive therapies*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press; 2004, p. 253-270.
- [3] McNamee S, Gergen KJ. *Therapy as Social Construction*. London: Sage Publications; 1992. (tr.it. *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli; 1998).
- [4] Gergen KJ, McNamee S. From disordered to generative dialogues. In: Neimeyer R, Raskin JD, eds. *The Construction of Disorder*. Washington: American Psychological Association Press; 2000, p.333-349.
- [5] McNamee S. The social construction of disorders: From pathology to potential. In: Raskin JD, Bridges SK, eds. *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology*. New York: Pace University Press; 2002.
- [6] Foucault M. *Discipline and punish*. New York: Vintage; 1979 (vers. it. *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*. Milano: Feltrinelli; 1976).
- [7] Gergen KJ. *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1994.
- [8] Hoeg P. *Borderliners*. New York: Farrar, Straus and Giroux; 1995 (vers. it. *I quasi adatti*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore; 1996).
- [9] Wittgenstein L. *Philosophical investigations*. (trans. Anscombe G). New York: Macmillan; 1953 (vers. it. *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi; 1967).

- [10] Eligman M. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster; 2002 (trad. it. *La costruzione della felicità*. Milano: Sperling & Kupfer; 2003).
- [11] Cooperrider D. Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing. In: Srivastva S, Cooperrider DL, eds. *Appreciative management and leadership: The power of positive thought and action in organizations*. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc; 1990.
- [12] Cooperrider DL, Dutton J, eds. *No limits to cooperation: The organization dimensions of global change*. Newbury Park, California: Sage Publications; 1998.
- [13] Holzman L, ed. *Performing Psychology*. New York: Routledge; 1999.
- [14] Bruffee K. *Collaborative Learning*. Maryland: Johns Hopkins University Press; 1999, second edition.
- [15] Andersen T. *The reflecting team*. New York: W.W. Norton and Company; 1991.
- [16] Bateson G. *Steps to an ecology of mind*. New York: Bantam; 1972 (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi; 1976).
- [17] McNamee S, Gergen KJ. *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1999.
- [18] Vygotsky LS. *Mind in Society*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1978.
- [19] Guanaes C. Tesi di dottorato, non pubblicata. Università di San Paolo del Brasile, 2003.

Per corrispondenza:

*Sheila McNamee, Ph.D.*

*Department of Communication*

*University of New Hampshire*

*20 College Road*

*Durham, New Hampshire 03824*

*USA*

*E-mail: sheila.mcnamee@unh.edu*