

Pietro Borraccino¹

*Terapia Familiare:
i livelli logici dell'intervento*

Introduzione

L'intendimento di questo contributo consiste nel proporre di visitare i diversi luoghi, attraverso l'indicazione delle caratteristiche concettuali ed operative, nei quali si svolge l'attività di psicoterapia e si attuano gli interventi psicologici secondo l'ottica sistemico-relazionale.

L'occasione è anche propizia al fine di rendere conto di "un modo di vedere", a fronte di "altri modi di vedere", proponendo una posizione che consenta di "vedere i modi di vedere", fornendo, cioè, alcune riflessioni secondo un'ottica della Complessità.

Per gli psicoterapeuti e per gli psicologi, spero che questa possa essere un'occasione di confronto; per quanti si occupano di relazioni d'aiuto, spero che questa possa essere un'occasione di riflessione sul "sé professionale".

Nel complesso si propone un'occasione di decentramento del proprio punto di vista, offrendo un confronto con la molteplicità delle posizioni, nella constatazione della non univocità del pensiero nell'ambito delle psicoterapie.

1. *Nella stanza del terapeuta familiare*

Per i fini proposti, occorre fare cenno ai modelli sistemico-relazionali e al variegato mondo della terapia familiare. Senza produrre una dissertazione esaustiva, si indicano preliminarmente alcuni generali orientamenti che sono alla base delle riflessioni proposte che, ovviamente, rimandano a questioni che per loro stessa natura implicano un confronto e un dibattito nel più ampio ambito della "questione psicoterapia" e che, in questo contesto, nel loro combinarsi costituiscono un tentativo di chiarire il collegamento tra teoria e metodo. Tra tutti i presupposti ai quali si sta facendo riferimento, si propone di porre in rilievo le idee di causalità circolare, di mente extracerebrale e d'individuo contestuale accompagnate dall'ipotesi di "oggettività" fra parentesi e della qualità autoreferenziale delle osservazioni. Le prime tre asserzioni possono trovare un'ampia condivisione nel mondo della terapia familiare, mentre la quarta crea divisioni, anche profonde. In questo contributo l'idea dell'autoreferenzialità viene accolta e, ovviamente, collocata ad un metalivello rispetto alle altre. Peraltro, tutti possono constatare la molteplicità teorica e metodologica nel campo della psicoterapia e, a meno di non assumere una posizione acritica, tutti i terapeuti comprendono la relatività della propria posizione. Tanto premesso, se si preferisce al metalivello indicato è sufficiente collocare questa ultima valutazione cioè, anziché l'autoreferenzialità, si può collocare ad un metalivello la constatazione della esistenza di un pluralismo teorico, mantenendo, quindi la possibilità di operare una doppia lettura degli aspetti teorici e metodologici.

La terapia familiare, nel suo complesso, com'è noto, si colloca nell'ambito delle psicoterapie brevi e si articola in numerosi modelli, quelli "storici" sono rappresentati dal modello sistemico, dal modello strategico, dal modello strutturale e dal modello esperenziale. Tale elencazione è, ovviamente, nella sua estrema sintesi, assai parziale ma sufficientemente esemplificativa di come, anche nel campo della terapia familiare, sia constatabile una molteplicità di posizioni. In tempi più

¹ psicologo, psicoterapeuta

recenti ai modelli storici si sono accompagnati modelli di derivazione costruttivistica o derivanti dalle teorie del costruzionismo sociale. Non mancano, peraltro, tentativi, più o meno nobili, di incontro con modelli teorici che appartengono a campi assi diversi, in particolare si assiste al tentativo di far convivere assunti sistemici e relazionali, in senso lato, con assunti provenienti dal campo psicoanalitico. Ai fini di questo contributo può bastare l'indicazione che la terapia familiare assume come obbiettivo del proprio intervento la famiglia. Personalmente ritengo che sarebbe più utile sottolineare che l'intervento si situa nel contesto significativo al quale partecipa l'individuo e rispetto al quale scaturisce una qualche richiesta che motiva l'intervento stesso. Comprendo che si dovrebbero definire i concetti "contesto" e "significativo", spero che nelle riflessioni che seguono possa evidenziarsi il senso di questa ipotesi, piuttosto che fornire definizioni slegate dallo svolgersi della riflessione nel suo complesso. Lasciando al suo giusto livello logico sovraordinato l'idea della "oggettività tra parentesi", si propone, prendendo a riferimento il lavoro di S. Minuchin, di pensare alla famiglia come un sistema sociale organizzato secondo regole di funzionamento, articolato in sottosistemi al quale partecipano membri accomunati da determinate caratteristiche (per esempio, la coppia genitoriale costituisce un sottosistema, i figli costituiscono un sottosistema), i sottosistemi sono delimitati da confini, costituiti dalle regole che definiscono chi partecipa e come, tutto ciò definisce la struttura della famiglia. La famiglia si evolve e cambia secondo le nuove circostanze che si presentano, tale assunto trova sistematizzazione formale nella enucleazione del concetto di ciclo vitale familiare, caratterizzato da fasi che partono dalla formazione della coppia alla nascita dei figli, al loro allontanamento e si conclude con una coppia che ritorna a vivere da sola, a queste fasi se ne possono aggiungere altre. Ciò che si intende mostrare è la necessità di un continuo cambiamento che la famiglia ha necessità di operare. Peraltro, la famiglia deve fare i conti con l'ambiente sociale in cui è inserita e con le richieste che da esso provengono, avendo come funzione interna la protezione psico-sociale dei suoi membri e come funzione esterna, l'accomodamento ad una cultura. In una simile ipotesi, la famiglia assume la funzione di matrice d'identità per i suoi membri. I sintomi presentati da un membro della famiglia vengono correlati ad una qualche peculiare caratteristica della famiglia. L'obbiettivo del terapeuta è costituito dalla modificazione della struttura familiare. Anche se "in realtà non esiste una struttura familiare. La struttura familiare è solo una cornice che il terapeuta sovrappone ai dati che osserva. Noi pensiamo che il terapeuta debba avere una struttura che gli consenta di ripensare ed organizzare il grande, affaccendato, rumoroso mondo della famiglia. Ma la strategia comporta tutti i rischi di una strategia. Quando il terapeuta osserva con una certa ottica, egli tende a vedere con maggior chiarezza fra i dati, quelli cui ha già attribuito importanza." (Minuchin, S.; Wai-Jung, Lee; Simon, G.; (1999), pag 51). Appare in tutta la sua evidenza come il terapeuta cambia livello logico, assumendo una posizione "meta", e relativizza l'oggettività delle proprie osservazioni. Senza la giusta collocazione in una gerarchia logica il terapeuta che formulasse le affermazioni contenute nel testo riportato si troverebbe in un paradosso. Inoltre, senza la considerazione riportata testualmente da S. Minuchin, il terapeuta correrebbe il rischio di reificare una metafora. A mio parere un simile cambiamento di livello logico è assai utile nella pratica terapeutica, non fosse altro perché ricorda al terapeuta che le persone pensano, agiscono, che perseguono propri fini, possedendo anche loro una qualche strategia, ciò consente un monitoraggio continuo del contratto terapeutico che consente di esplicitare gli obbiettivi, consente di adeguare il modello alla famiglia, permette di realizzare una relazione terapeutica in cui il terapeuta non accetta una delega acritica, ma si confronta, invece, con il proprio limite. L'impostazione teorica alla quale si sta facendo sommario riferimento è, dallo stesso Minuchin, definita interventista, a fronte dei modelli astensionisti. Questa distinzione, oltre che a questioni epistemologiche, rimanda a valutazioni etiche. Personalmente ritengo che abbracciare e praticare una posizione di "neutralità", astensionistica, non sia eticamente "neutro", da un lato perché in tutti i casi è rintracciabile un qualche contesto che colora in qualche modo l'azione del terapeuta, non fosse altro che per una targa sulla porta dello studio, cioè la neutralità e il non interventismo dichiarati ad un livello logico, risultano negati ad un altro livello logico, e dall'altro perché rappresentano una scelta del terapeuta che può non essere né nota né condivisa dalla

famiglia, perpetuandosi in tal modo un'asimmetria di potere nella relazione terapeutica. L'asimmetria assume altro significato, se si accompagna all'assunzione di responsabilità del terapeuta che si fa carico d'interrogarsi sulla propria posizione anche da un punto di vista etico. Responsabilità e limiti costantemente verificabili e verificati attraverso una modalità operativa che in maniera approssimata è stata definita monitoraggio del contratto terapeutico. Peraltro, si omette di dissertare sull'inevitabilità di poter valutare eticamente un qualunque comportamento, dando, fiduciosamente, per scontata un'adesione aprioristica ad una simile tesi. Il terapeuta familiare interventista, consapevole dell'uso di sé in terapia, si muove consapevole della valenza etica dei propri atti. Queste valutazioni costituiscono uno dei parametri con cui leggere i diversi luoghi dell'intervento. E' abbastanza ovvio, e in qualche modo se ne è già fatto cenno, che ulteriori e significativi parametri andrebbero colti da una discussione che riguarda più in generale le questioni della "cura", della "psicopatologia", cioè le questioni di fondo della psicoterapia. Pare utile ribadire la constatazione dell'esistenza di una molteplicità di posizioni, senza aprire ad una discussione che, se posta dall'interno del mondo delle psicoterapie, in questa sede, potrebbe essere eccessiva o inutile. Appare, invece, indispensabile qualche riflessione collocata all'esterno del mondo delle psicoterapie poiché, dato l'attuale stato dell'arte, è possibile ipotizzare un'incidenza sul contesto sociale che, ovviamente, a sua volta incide sullo stesso mondo delle psicoterapie. Mi si permetta, pertanto, una punteggiatura arbitraria, eticamente ben fondata, per poter sottolineare come i diversi modi di pensare alla cura e alla cosiddetta psicopatologia incidono sul contesto sociale ponendo questioni che entrano nella stanza di terapia e che attraversano i luoghi dell'intervento e contribuiscono a dare loro una determinata forma. Si pensi, infatti, a quanto incide sull'organizzazione dei servizi sanitari un'idea di salute mentale anziché un'altra. Si valuti il modo con cui viene effettuata la divulgazione attraverso i mezzi di comunicazione di massa. Ci si interroghi su come queste informazioni contribuiscono alla costruzione di una conoscenza di sé da parte delle persone che si rivolgono ai servizi o si confrontano con i mezzi d'informazione e che, comunque, partecipano allo "spirito del tempo" e utilizzano simili chiavi di lettura. Gli esempi possibili sono tali e tanti che basta aprire un quotidiano o guardare un talk show televisivo per fornirsi di un campionario vasto e ben assortito. Il modello del terapeuta deve saper incontrarsi con simili questioni, deve fare i conti con aspettative, definizioni e attribuzioni di funzioni che, nate fuori dalla porta della stanza di terapia, solo illusoriamente possono essere lasciate fuori di essa. Vale la pena ribadire uno degli intendimenti portanti di questo contributo, affermare, cioè, la necessità, per i diversi terapeuti, di diverso orientamento, di saper essere nella parzialità della propria posizione, rispetto alla molteplicità dei saperi, anche perché tale necessità che, se si vuole, può trovare ragioni "scientifiche", coincide con una necessità etica.

2. I luoghi dell'intervento

Le affermazioni riportate in precedenza consentono la formulazione di ipotesi relative alla peculiarità dei vari contesti, nel presupposto della significatività della correlazione tra luogo e intervento. I diversi contesti possono sinteticamente essere distinti in contesti coincidenti con l'attività professionale privata, in contesti di servizio pubblico o privato esplicitamente organizzato per lo svolgimento dell'attività di psicoterapia e in contesti, pubblici o privati, non terapeutici. Utilizzando una chiave di lettura tratta dal mondo delle teorie sistemico-relazionali, i tre tipi di contesti assumono consistenza e si caratterizzano peculiarmente in relazione ai modelli teorici della "mente", della patologia e del processo terapeutico. Il luogo dell'intervento non è neutro, analizzandolo rispetto alle variabili indicate, è possibile valutare il modo in cui il contesto informa su sé stesso, in che misura e come contribuisce a dare forma alla domanda. Come esempio si pensi agli effetti di comunicazione di una stanza con i letti utilizzata da un centro di salute mentale per la terapia infusiva. In simile caso il rimando ad una teoria della mente, della patologia e del processo terapeutico è evidente. Un'altra ovvia angolatura da prendere in considerazione scaturisce dalla

collocazione di simili variabili e dei diversi luoghi nella particolare realtà storica, culturale, politica e, se si vuole, scientifica. In tal modo la non neutralità del luogo emerge ancora più chiaramente. E' ovvio che da diverse prospettive epistemologiche possono scaturire diverse e antitetiche valutazioni. In ogni caso non sembra possibile eludere alcuni interrogativi di ordine generale. Ad esempio, è possibile utilizzare lo stesso modello nei diversi contesti? Per essere un terapeuta "modello" occorre utilizzare l'ordine del modello?

2.1 Terapeuti e terapia familiare nello studio privato

Lo studio del terapeuta familiare è caratterizzato, anche simbolicamente, dalla presenza dello specchio, da una stanza con le sedie e da sistemi di videoregistrazione. Eventuali variazioni di tale assetto si possono riscontrare in correlazione dei diversi peculiari modelli adoperati dai terapeuti familiari.

Per certi aspetti, il setting privato è il luogo più "semplice" per il terapeuta. Da tale postazione è più agevole controllare le variabili del contesto. Ovviamente il legame tra domanda e offerta permane. Anche in questo caso i possibili interrogativi sono numerosi e complessi. Un unico esempio può essere sufficiente: come chiamare le persone che si rivolgono al terapeuta? Magari pazienti, clienti o altro ancora. Questa scelta, che rimanda al modello teorico del terapeuta, non è neutra rispetto al costituirsi, in molteplici modi peculiari, del processo terapeutico.

Peraltro, anche il setting privato possiede una funzione implicita derivante da un mandato sociale, connesso alla definizione di esso come avente un'esplicita funzione rivolta verso il "terapeutico" e non, ad esempio, rivolta ad un livello socio-assistenziale. In sostanza emerge, con più evidenza, una funzione di "normalizzazione". In ogni caso il rapporto è chiaro: la persona, in cambio di una prestazione, paga direttamente chi eroga la prestazione stessa. Andrebbe ovviamente esaminata la posta del terapeuta in una simile relazione. Può essere utile ricordare, ad esempio, che il rapporto economico diretto, legato ad una serie di circostanze, come la durata della terapia, può avere influenza nel costituirsi del setting e del processo terapeutico.

Nel suo studio il terapeuta mette in atto le proprie procedure. Opportunamente opererà una valutazione che potrà prendere la forma coerente con il peculiare modello teorico di riferimento. Magari considererà importante l'invio e la riflessione sull'inviante, formulerà ipotesi sul "perché" e su "chi" lo ha contattato, oppure opererà una "diagnosi" tradizionale.

In ogni caso, chi scrive, considera importante la valutazione del valore di "mossa" collegata alla richiesta, pertanto pare indispensabile sottolineare l'utilità di interrogarsi sui "perché della richiesta", partendo dal "perché è formulata in un contesto privato?".

Ovviamente la scelta del contesto privato si collega a variabili culturali ed è correlabile al tipo di organizzazione sanitaria. Il terapeuta familiare che lavora nel contesto privato può trarre utilità analizzando il peculiare modo in cui egli risulta definito nella richiesta e dalla richiesta, operando eventuali interventi di ridefinizione del costruendo contratto terapeutico. Un simile procedere non è semplice. C'è il rischio di "perdere la famiglia" e il terapeuta non ha certamente questo interesse, ma, se non si valuta questo aspetto, il processo terapeutico può svolgersi in una serie d'impliciti che potrebbe compromettere irrimediabilmente gli esiti.

Senza addentrarsi, appare utile segnalare come ci sia una connessione tra luogo della terapia e teoria clinica collegata al tipo di psicoterapia praticata. Si pensi, tornando al terapeuta familiare, per esemplificare, alle situazioni in cui il contesto di designazione non è in prima istanza la famiglia e, magari, è la scuola o il luogo di lavoro. In simili situazioni la stanza di terapia può non bastare.

Il terapeuta deve essere in grado di valutare le leve terapeutiche in proprio possesso, sapendosi dare un limite. In altri contesti teorici il limite si organizza secondo parametri diversi coerentemente al modello. E' opportuno, a mio parere, in tutti i casi, non fondare l'avvio di una psicoterapia, esclusivamente, sulla valutazione diagnostica, cioè può non essere sufficiente presupporre e proporre una psicoterapia sulla constatazione della presenza dei segni che portano ad inferire un

certo stato psicopatologico, non fosse altro che perché simili segni trovano rispondenza all'interno del modello del terapeuta, mancando una teoria della patologia che trovi un consenso allargato nella comunità scientifica e perché una simile operazione implica una decontestualizzazione della richiesta e delle stesse persone che chiedono. Una simile procedura, inoltre, implicherebbe un legame lineare tra richiesta e intervento che non regge e non ha retto alla prova dell'esperienza dei terapeuti dei più disparati orientamenti. Con la dovuta cautela, e con una giusta dose di provocazione, mi pare che certe valutazioni fondate su di un simile procedere costituiscono punteggiature arbitrarie e connotazioni del "paziente", spesso, assai opinabili. Mantenendo il gusto della provocazione, ci si permette d'ipotizzare esemplificativamente che la qualificazione di "non coscienza di malattia", spesso, possa essere letta anche in questo modo.

Il terapeuta che lavora, magari da solo, nel proprio studio, se si colloca all'interno di un processo che è precedente al suo intervento e contiene i precedenti tentativi di cura o di soluzione del problema e che potrebbe continuare dopo il suo intervento, può far emergere, rispettandolo, il senso, verrebbe da dire: il dolore, della richiesta. Emerge, in tal modo, anche il limite del terapeuta o, più correttamente, il limite del contesto privato.

2.2 Terapeuti e terapia familiare nei servizi pubblici

Nel più generale panorama dei servizi sanitari e sociali pubblici, ci si vuole riferire particolarmente ai servizi che si occupano esplicitamente della psicopatologia ed offrono le cure. All'interno di tale tipologia, è possibile operare una prima distinzione tra servizi che si occupano esclusivamente di psicoterapia, di psicologia, di psicopatologia attraverso una organizzazione che prevede una omogeneità di personale, cioè servizi formati da psicoterapeuti soltanto, da servizi con obiettivi molteplici e personale appartenente a diverse categorie. Per esemplificare si può fare riferimento ad un servizio di Psicologia Clinica a fronte di un Servizio per le tossicodipendenze.

All'interno di un servizio multidisciplinare, comunque, in alcuni casi, può riscontrarsi un'attività strutturata di psicoterapia. Può, per esempio, esserci un'attività di Terapia familiare, potrebbe esserci una stanza con lo specchio e tutto ciò che occorre al terapeuta familiare. Simili servizi possono avere molteplici finalità, per esempio, di tipo assistenziale o consentono una richiesta assai specifica come la riabilitazione o, ancora, proporre metodologie specifiche, si pensi alla somministrazione di metadone nei Sert. Ne deriva un panorama di servizi, variamente articolati, all'interno del quale la richiesta di psicoterapia può non essere esplicita o la stessa offerta può non essere esplicita o riconoscibile.

In sostanza, emerge una situazione complessa all'interno della quale il terapeuta deve collocarsi sapendo discriminare i diversi e molteplici livelli logici del possibile intervento.

Tutti i servizi, pubblici e privati, si distinguono dall'attività privata per la presenza di un committente. Il contesto in cui si costruisce la relazione terapeutica nel privato implica l'azione di due poli: il terapeuta e la persona che chiede; nei servizi la relazione terapeutica si realizza in presenza di tre poli: il terapeuta, la persona che chiede e il committente, cioè l'AUSL, la proprietà della struttura, la cooperativa, l'associazione, la società d'assicurazione, eccetera. Si comprende che la differenza non è di poco conto. E' evidente che il terapeuta privato può agire più liberamente del terapeuta di un servizio. Il primo può, infatti, operare in un rapporto più semplice e più chiaro, il secondo rischia l'invischiamento; è più semplice per il primo, ad esempio, proporre un numero definito di sedute o persino decidere di interrompere il ciclo di sedute o essere rigoroso nel rispetto degli appuntamenti, avendo la possibilità di leggere le informazioni sui possibili movimenti della famiglia in maniera più chiara. Il secondo può trovarsi costretto a fare i conti con le regole di un servizio che prevede un libero accesso oppure può trovarsi a fare i conti con gli obiettivi "terapeutici" che persegue il committente, si pensi ai terapeuti che lavorano nelle comunità terapeutiche che sono fortemente caratterizzate da una peculiare "ideologia" o ai terapeuti che "devono fare i conti" in termini letterali, nel senso che devono comunicare i dati quantitativi del

loro lavoro che sono correlati ai livelli retributivi, oppure a quelle situazioni, estreme e interessanti, in cui il committente è un'associazione di "utenti". In tutti questi casi nella stanza del terapeuta non entrano sole le persone, la famiglia. Entra la complessità del contesto del servizio che non coincide con la stanza di terapia o con la stanza del terapeuta. Lo stesso servizio, qualunque esso sia, inoltre, non è neutro, non è asettico, non è, cioè, privo di caratteristiche che si riferiscono al contesto storico e sociale, piuttosto che professionale, tecnico e scientifico. Si potrebbe operare una dettagliata analisi delle diverse istituzioni e dei diversi servizi e si arriverebbe a mettere in rilievo la cultura politica, sociale e scientifica che ne ha determinato la forma, il mandato. Si pensi, per esempio, a Basaglia e alla organizzazione dei Servizi per la salute mentale o alle lotte delle donne e alla organizzazione dei Consulenti familiari. Una simile analisi risulterebbe complessa ma, indubbiamente, rivelatrice dei limiti entro cui il terapeuta può svolgere la propria azione. Da una tale analisi si individuerebbero le caratteristiche prevalenti di ciascun servizio relative al mandato sociale, spesso implicito, e che, generalmente, possono essere attinenti alla funzione di cambiamento o di controllo. Queste caratteristiche, assai incidenti sul lavoro terapeutico, non devono sfuggire alla riflessione di ciascun terapeuta. Occorrerebbe, quindi, un'analisi dettagliata delle varie tipologie di servizi per poter evidenziare una serie di caratteristiche peculiari che incidono sull'effettuazione di una particolare pratica terapeutica; si potrebbe ottenere, in tal modo, un quadro di maggiore compatibilità con un certo modello di psicoterapia e di minore compatibilità con un altro modello. Si può, indubbiamente, convenire che, in relazione a tutti i servizi, alcuni aspetti dell'organizzazione formale, qualora una qualche norma la preveda in maniera dettagliata, e alcuni aspetti della specifica organizzazione di un particolare servizio, non sempre, a priori, tengono conto dell'esigenze connesse alle diverse pratiche. Si pensi, ad esempio, alle diverse possibili modalità della presa in carico: chi effettua la valutazione iniziale? Gli operatori partecipano ad un progetto terapeutico comune? Quale percorso compie la persona prima di giungere al terapeuta? Si sceglie, per ora, di lasciare aperti tali interrogativi, anche nella consapevolezza che essi possono essere ulteriormente articolati. Il Servizio Pubblico, inoltre, possiede caratteristiche e peculiarità anche sul versante dei diritti dell'utente o, come si dice in epoca d'aziendalizzazione, del cliente. Si pensi al significato sociale della necessità di abbattere le liste di attesa e, a fronte di ciò, si pensi all'utilità di regolare i tempi della psicoterapia in coerenza con un particolare modello. Se una simile coerenza non si armonizza con la lista di attesa, per il terapeuta pubblico dipendente è un bel problema. Un ulteriore livello di analisi, inoltre, deve essere formulata collocandosi nella prospettiva delle persone che si rivolgono al servizio. Questa prospettiva, che pure potrebbe essere oggetto di una trattazione di tipo generale, a mio parere, deve sempre essere inclusa nell'operatività quotidiana del terapeuta, costituendo un fondamento imprescindibile della valutazione che accompagna una psicoterapia. Un altro dato utile da segnalare attiene alla qualità degli spazi fisici e della tipologia della struttura in cui i servizi sono allocati. In ogni caso il contesto parla di sé, comunica informazioni. Molto spesso questo aspetto è sottovalutato o sfugge completamente ad un minimo di analisi e controllo. Può, pertanto, capitare che allo psicologo di un D.S.M. venga fatta richiesta di psicofarmaci, oppure, può capitare di dover fare i conti con l'idea che le persone hanno di un particolare servizio e che può apparire fondata su di un pregiudizio o letta come resistenza se non riallarga l'ottica valutativa.

All'interno della cornice generale sommariamente descritta, il terapeuta familiare deve confrontarsi con una serie di situazioni critiche peculiari. La più frequente e importante riguarda gli assunti epistemologici di base, che possono essere assai diversi da quelli degli altri operatori e da quelli che lo stesso servizio implica. Mi riferisco, per esempio, all'idea di causalità circolare a fronte della diffusa idea di causalità lineare e, ancora, all'idea d'individuo rispetto all'idea di sistema. Queste diversità possono determinare conflitti, più o meno espliciti che si innestano sui consueti conflitti tra operatori. Con il rischio di triangolare sui pazienti. Dietro queste dinamiche si annidano ulteriori problemi, si pensi alla sfida che si può nascondere dietro gli invii interni al Servizio. Oppure si pensi al rischio d'interventi scissi: può capitare che lo stesso paziente esca da una stanza ed entri in un'altra senza che le due stanze "si parlino". In simili circostanze, si può non comprendere perché

un paziente modifica la propria richiesta o non capire il perché di un abbandono. Può capitare che una telefonata venga ritenuta primariamente importante da un terapeuta e sottovalutata, quindi ignorata, da un altro operatore. Occorre necessariamente tentare di controllare queste variabili che caratterizzano il contesto. Ma in quale modo? Tentando di formare tutti gli operatori alla cultura relazionale? Accettando un eclettismo acritico e non verificabile? Facendo una “guerra santa” in nome del proprio credo teorico? Provando ad analizzare le soluzioni frequentemente adottate, si scoprono soluzioni a volte “vere” e a volte “finte”. L’elenco di simili soluzioni potrebbe essere assai lungo, mi limito a ricordare quelle più diffuse. Il primato spetta agli interventi integrati o multidimensionati, quindi a procedure del tipo “prima la cura farmacologia, poi la psicoterapia”, oppure “dipende dal tipo di patologia, che necessita di un tipo di intervento anziché l’altro”, per concludere con “o i farmaci o la psicoterapia”.

A mio parere, queste soluzioni se poste al di fuori di una logica d’ ipotesi e di verifica non risolvono il problema, magari lo coprono.

Quanto descritto consente di affermare che nel Pubblico, sia in servizi multiprofessionali, sia in servizi omogenei, la “stanza di terapia familiare” può non bastare, la tecnica può non bastare. Stanza e tecnica devono essere ricontestualizzate nel tipo di Servizio e in quel servizio, con quella storia, in quella città. E’ merito dell’approccio sistemico- relazionale, aver segnalato la necessità di leggere gli eventi descritti e di aver provato a fornire qualche chiave di lettura. Tra i numerosi contributi che l’ambito sistemico-relazionale propone in questo settore, mi pare utile citare (Siani, R.; Siciliani, O.; 1992) in quanto mette a fuoco in maniera assai chiara il ruolo che il contesto gioca nel servizio pubblico. Sottolineando che vi sono diversi livelli e più contesti, in breve sintesi, Siani distingue un contesto-1, cioè il contesto relazionale della famiglia, un contesto-2, cioè il contesto in cui trattare il contesto-1, cioè il setting terapeutico e, infine, un contesto-3, quello dell’istituzione, cioè l’organizzazione peculiare del servizio, a sua volta suddiviso in sottocontesti, ciascuno con regole proprie. In base a questa premessa, Siani propone un approccio multicontestuale finalizzato alla realizzazione di un progetto terapeutico che attraversi i vari contesti, sfruttandone le risorse e affrontando, provando a risolverli, i contrasti e i vincoli. E’ ovvio che molti dei problemi segnalati restano aperti e che, per esempio, l’idea stessa di progetto terapeutico contiene una serie d’impliciti che andrebbero discussi ma, un approccio che ricontestualizza ogni intervento, appare di notevole interesse. Si può osservare, in questo modello, la possibilità, che l’orientamento sistemico e relazionale permette, di collocare l’intervento a diversi livelli, esiti di successive operazioni di allargamento dell’ottica di valutazione.

Inevitabilmente il terapeuta deve essere disponibile ad operare con duttilità, pronto a rinnovare e adeguare strategie e tecniche.

Per ultimo, occorre sottolineare le questioni che riguardano le professionalità autorizzate all’esercizio della psicoterapia, cioè i medici e gli psicologi. In Italia con l’approvazione della legge ordinistica degli psicologi si è, in qualche modo, razionalizzata una situazione di confusione e si è chiusa un’epoca che, a torto o a ragione, era caratterizzata da ingiuste discriminazioni ma anche da un diffondersi di pratiche di psicoterapia selvaggia. Ovviamente una lettura dei cambiamenti determinati dalla legge, effettuata dall’interno del mondo della psicoterapia, è, non solo, possibile ma assai utile. Si pensi, per esempio, alle problematiche connesse alla psicoanalisi, alla questione dall’analisi laica. Ciò che occorre estrapolare dalle vicende più generali, in coerenza con il senso di questo contributo, attiene alle norme che regolano all’interno del servizio pubblico le citate professionalità, oltre ai riflessi della legge ordinistica sulla possibilità concreta dell’azione terapeutica. Nel privato la legge ordinistica può essere ritenuta, nel complesso, sufficiente. Nel pubblico, le vicende sono sicuramente più complicate. Basta verificare, ad esempio, come la direzione dei servizi dei quali si sta parlando sono frequentemente affidate ai medici a fronte di una penuria di possibilità di direzione da parte degli psicologi i quali, attualmente, per essere assunti in simili servizi sono obbligati alla specializzazione coincidente con l’autorizzazione all’esercizio dell’attività di psicoterapia, mentre per i medici tali direzioni sono possibili anche attraverso il possesso di altre specializzazioni. E’ evidente che un eccesso di medicalizzazione, non giustificata

dalla natura del servizio, non è privo di conseguenze sia nell'articolazione della risposta che il servizio offre, sia negli effetti che la risposta ha nel determinare l'articolazione della domanda. Le questioni teoriche soccombono di fronte alle questioni del potere di categoria professionale.

2. *Senza lo specchio: l'approccio sistemico-relazionale nei diversi contesti istituzionali*

La descrizione del modo in cui è possibile collocare in maniera strutturata un'attività di terapia familiare può lasciare intravedere i modi in cui collocare interventi, secondo l'ottica sistemico-relazionale nei servizi che non sono esplicitamente definiti o definibili "servizi di cura", inoltre, orienta agevolmente alla descrizione di alcune ipotesi dell'utilizzazione che lo psicologo può fare dell'approccio sistemico-relazionale in simili servizi. L'orientamento sistemico-relazionale, tra l'altro, ha prodotto utili e interessanti proposte di lettura dell'azione svolta dagli psicologi e dai diversi operatori all'interno di tali servizi.

In uno sguardo d'insieme, i servizi ai quali si vuol fare riferimento sono: i Servizi sanitari (i consultori familiari, le diverse articolazioni dei servizi riabilitativi, alcune esperienze di u.o. ospedaliere e, per certi aspetti, gli stessi servizi dei D.S.M. e dei Sert.); più in generale si potrebbe far riferimento a tutti i servizi del S.S.N. in cui operano gli psicologi), i Servizi erogati dagli enti locali (servizi sociali, le varie iniziative connesse con la l. 285, ecc.), i Servizi scolastici, i Servizi della sanità privata e della sanità militare. In tutti questi luoghi dell'intervento è possibile riscontrare come la professionalità dello psicologo, del terapeuta e, più in generale, degli operatori si situa all'incrocio tra uno specifico assetto di professionalità, indipendente dal contesto e l'azione definitoria propria del contesto stesso. Questa è una situazione non priva di difficoltà e foriera di possibili errori. Una importante e indispensabile analisi si deve alla Selvini Palazzoli M.(1981), e facendovi riferimento, è possibile utilizzare una efficace chiave di lettura che consente di operare opportune e chiarificatrici distinzioni. Una prima macroscopica distinzione consiste nella identificazione di situazioni caratterizzate da un tipo d'intervento contrattuale e da un tipo d'intervento non contrattuale, sia rispetto all'utenza, sia rispetto alla committenza. In altre parole, una simile distinzione rimanda alla definizione della relazione che può articolarsi in vari gradi di chiarezza ed esplicitazione, a fronte di una serie d'implicite ed oscure aspettative; alla realizzazione di un contesto operativo stabile, a fronte di un contesto operativo mutevole, implicito; alla possibilità di definire e condividere gli obiettivi, a fronte della formulazione di obiettivi diversi, se non contraddittori; alla delimitazione di un'area d'intervento possibile e delimitata, a fronte del rischio di onnipotenza; alla valutazione degli esiti attraverso una conferma reciproca e una soddisfazione possibile, a fronte di squalifiche e mancanza di cambiamento; la posizione dello psicologo, del terapeuta può esprimersi in una posizione complementare a fronte di una posizione simmetrica-competitiva. Si può, facilmente, comprendere l'ampiezza del ventaglio di errori che si possono commettere quando l'intervento è posto in essere nella tipologia di servizi che si sta esaminando.

In estrema sintesi, è possibile individuare generali aree d'intervento dello psicologo in tali servizi che possono raggrupparsi in un ambito di "prevenzione" e in un ambito di "cura", concretizzandosi attraverso tecniche e correlati orientamenti teorici assai diversi. Il secondo dei due ambiti può consistere in una fase di consulenza e un eventuale invio, oppure in una proposta di psicoterapia strutturata ed una "presa in carico". Una simile classificazione contiene una molteplicità di variabili che si combinano tra di loro producendo effetti sulla possibilità di porre in essere un'azione professionale utile, eticamente orientata ed efficace. Come già detto, l'insieme di tali variabili contribuisce a definire la funzione dello psicologo in un determinato contesto di lavoro.

Per meglio comprendere l'azione definitoria di un contesto in cui operano gli psicologi, si potrebbero richiamare le numerose esperienze degli psicologi che lavorano nelle scuole, si comprende che se si sposta l'angolo di osservazione e si dicesse "gli psicologi che lavorano per le scuole", le possibili riflessioni conseguenti dovrebbero assumere una ben diversa articolazione

Proseguendo con la esemplificazione proposta, riguardante lo psicologo nella scuola, è intuibile come l'azione professionale possa spaziare in un amplissimo ventaglio. Nella ipotesi che lo psicologo sia anche un terapeuta familiare, in un simile contesto, può svolgere un'azione orientata al cambiamento necessario attraverso la formulazione di ipotesi relative ai "problemi" sottoposti alla sua "competenza" che scaturiscono da una costante ricontestualizzazione della richiesta e della definizione del problema. E' ovvio che questa modalità rimanda ai presupposti teorici accennati all'inizio di questo lavoro e che una simile pratica si concretizza in molti modi, tra loro diversi. Al fine di chiarire quanto osservato, si può ulteriormente esemplificare una situazione in cui allo psicologo "si chiede" relativamente ad un alunno (una diagnosi, una terapia, un intervento presso i genitori, ecc.). Una possibilità feconda d'ipotesi può consistere nel correlare la richiesta ad un possibile conflitto tra gli adulti, per esempio tra insegnanti della stessa classe, tra insegnante e Dirigente scolastico o, ancora, tra un genitore e un insegnante o tra i due genitori. L'ipotesi del conflitto può essere sostituito da altre ipotesi concettuali, quali dinamica, relazione, giochi, che pur rimandando a diversi orientamenti teorici, possono essere raggruppati ad uno stesso livello logico che consente di connettere la richiesta al contesto in cui l'alunno è inserito e nel quale gioca la propria parte. Si comprende agevolmente che, in simili circostanze, è possibile un intervento che ha effetti terapeutici anche se si attua al di fuori di una psicoterapia strutturata. Pare superfluo sottolineare che la varietà di situazioni in cui lo psicologo può trovarsi rispetto al contesto in cui opera, in questo caso la scuola, costituiscono una sorta di precondizione che definisce i limiti della sua operatività. Anche in questo caso, in sostanza, si sta proponendo di affrontare la problematica individuata attraverso una pratica di valutazione e una pratica terapeutica che contemplino la possibilità di collocare in diversi livelli logici i diversi contesti operativi e le diverse richieste d'intervento con il correlato definitorio descritto prima. Peraltro, anche in questa tipologia di servizi e in questa tipologia di modalità operative, possono essere indicate situazioni in cui il ruolo di terapeuta può confliggere con il ruolo istituzionale ricoperto. Si pensi, come già accennato in precedenza, alle situazioni, a volte paradossali, in cui lo psicologo può trovarsi quando la sua funzione di operatore del SSN confligge con le sue ipotesi di terapeuta: ad esempio, egli può ritenere utile differire un appuntamento e contemporaneamente essere pagato di più se si abbattano le liste di attesa. Ammesso che prevalga la posizione di terapeuta, rimane comunque esposto alle rimostranze dell'utente che può far valere i propri diritti nei confronti del Servizio pubblico. Consapevole di questi limiti, il terapeuta familiare, al di fuori della stanza di terapia, può muoversi ipotizzando e realizzando obiettivi terapeutici.

3. Considerazioni conclusive

Il terapeuta familiare può formulare ipotesi e proporsi interventi secondo modalità simili in tutti i casi descritti nei paragrafi precedenti, cioè sia nei contesti terapeutici, sia negli altri contesti. Infatti, in tutti i casi, è possibile una lettura della domanda come una sorta di mossa correlata a quanto è in atto nel contesto in cui la stessa domanda è formulata. Mi rendo conto della parzialità di una simile prospettiva che appartiene all'esperienza personale, tale parzialità può, comunque, essere agevolmente superata attraverso una generalizzazione che può includere più modelli, più prospettive, una simile generalizzazione consiste in un continuo allargamento della prospettiva valutativa che includa vari livelli gerarchicamente ordinati di contesti. La prospettiva della già citata Siani costituisce un chiaro esempio. L'idea di contesto alla quale si fa riferimento è quella che discende dalle descrizioni di Bateson, il quale "... non identifica cosa sia il contesto, né ci suggerisce che cosa noi dobbiamo considerare per contesto, ci fornisce invece una indicazione metodologica: nessun fatto può essere spiegato senza considerare l'intreccio delle circostanze entro cui tale fatto emerge e si sviluppa... L'idea di contesto è stata, in questo senso, una idea generativa di modalità di intervento innovative rispetto alla terapia familiare classicamente

concepita...evidenziando peraltro la differenza tra l'approccio sistemico inteso come modello teorico generale per l'analisi dei processi umani e le modalità di condurre l'intervento terapeutico che pur ispirandosi a tale modello teorico possono essere diverse in situazioni specifiche..." (Fruggeri, L.; 1998, pag. 1, pag.3). Questo richiamo è parso utile in quanto, nel lavoro citato, L. Fruggeri propone un principio di metodo che resiste efficacemente ed utilmente sia rispetto all'ipotesi di utilizzazione di modelli diversi, sia rispetto all'ipotesi di realizzazione dell'intervento psicoterapeutico in situazioni istituzionali diverse.

Le riflessioni che si stanno proponendo, come già fatto osservare, rimandano a posizioni epistemologiche differenti. Un discrimine di natura generale che occorre esplicitare attiene al modo con cui si tenta di giungere ad una spiegazione scientifica di un fenomeno, "... secondo la teoria generale dei sistemi, il principio unificatore non è la riduzione, bensì l'organizzazione: per costruire la spiegazione scientifica non è sufficiente tentare di suddividerlo in unità di analisi più semplici e studiare separatamente una dalle altre, ma è necessario studiare le interrelazioni tra queste unità..." (Loriedo, C.; Picardi, A.;2000, pag. 105). Senza dover fare atto di adesione ad una delle due posizioni che sono proposte in termini antinomici, è possibile, ed è utile, collocarsi in una prospettiva operativa che tenga conto dell'organizzazione e delle sue caratteristiche, senza smettere di vedere le individualità ad essa correlate. Peraltro, gli psicologi hanno nel loro bagaglio formativo sufficiente esperienza di Psicologia sociale, tanto da essere molto accorti nell'agire da simili prospettive.

In ogni caso il terapeuta sceglie o può scegliere il livello logico in cui collocare l'intervento. In tal modo, per esempio, in un servizio multiprofessionale di cura, la differenza d'orientamento tra gli operatori del servizio stesso, se la si considera nella sua qualità di dato, di aspetto del contesto, deve essere inserita nell'ipotesi del terapeuta, che così può evitare di sognare una equipe omogenea, può evitare il ruolo sgradevole di evangelizzatore della propria verità teorica e metodologica e può smettere, altresì, di utilizzare la disomogeneità come giustificazione della supposta impossibilità di utilizzare l'approccio sistemico-relazionale o come spiegazione degli insuccessi. Una simile metodologia permette di far emergere e riconoscere il proprio limite.

Il terapeuta utilizzando una siffatta posizione "meta" che mette insieme i modelli e le tecniche utilizzate, sia in contesti terapeutici privati che pubblici, sia in contesti "non terapeutici", può utilizzare una strategia terapeutica "al chiuso" e/o "all'aperto". Il terapeuta valuta le risorse e le leve terapeutiche disponibili anche nella famiglia e nel contesto sociale. La valutazione del "paziente" e dell'intervento risulta essere, pertanto, di tipo contestuale.

Le variabili con le quali lavorare sono, in tal modo, ovviamente, più numerose e complesse. Da tutto ciò scaturisce la scelta dell'intervento, cioè della forma che esso deve assumere, che potrà, quindi, essere di consulenza, di terapia strutturata o quant'altro. Tale scelta avviene nell'ambito del "contratto terapeutico" che non deve essere una prerogativa del setting strutturato, ma deve prendere corpo sempre e soprattutto nella eventualità della presenza di un "terzo" costituito, per esempio, dal committente o dalle regole del Servizio pubblico. Il terapeuta, lo psicologo diviene in tal modo un organizzatore di risorse, un utilizzatore delle leve terapeutiche a sua disposizione, che opera una valutazione che implica "la valutazione della valutazione". Il terapeuta prende in esame, cioè, le categorie valutative e ne verifica l'utilità, non la verità, non la oggettività. Questa ultima affermazione inevitabilmente rimanda alla molteplicità dei saperi e dei modelli e alla loro provvisorietà e ad una serie di conseguenze che si riflettono sul terapeuta, rimanda alla sua capacità di abbandonare l'ordine del modello, alla sua creatività, alla necessità di non costringere l'altro che chiede ad adeguarsi al modello del terapeuta stesso. Simili affermazioni trovano conforto in un generale cambiamento epistemologico che attraversa il mondo della terapia familiare. Come già indicato, ci si può riferire alla epistemologia della complessità e in particolare all'idea di un osservatore che partecipa alla costruzione del sistema osservato e, quindi, all'idea di una oggettività messa tra parentesi. Ci si riferisce alla necessità che l'azione del terapeuta si caratterizzi con l'uso costante della riflessione sul proprio modo di operare, cioè della "...autoriflessività sul proprio modo di conoscere sia da un punto di vista scientifico che sociale, come principio di metodo,..."

(Fruggeri, L.; 1998, pag. 39). Si propone, in sostanza di agire con una consapevolezza epistemologica che tenga conto della pluralità dei saperi, senza dover abbandonare il proprio modello.

BIBLIOGRAFIA

1. Andolfi, M.; (1974), *La terapia con la famiglia*, Astrolabio, Roma.
2. Andolfi, M.; (1998), *Il setting in psicoterapia familiare*, in Rivista di Psicoterapia Relazionale, n°7.
3. Barlow, D.H.; (1999); *L'efficacia della psicoterapia*, in Ecologia della mente, n°1.
4. Bateson, G.; (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
5. Bateson, G.; (1984), *Mente e natura*, Adelphi, Milano
6. Bianciardi, M.; Telfener, U.; (a cura di); (1995); *Ammalarsi di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
7. Borraccino, P.; (1998); *La famiglia come sistema: una chiave per interpretare il quotidiano-modelli di terapia familiare*, in A.A.V.V., Ripensare l'infanzia, d.L. Milani, San Giorgio J..
8. Borraccino, P.; (2000); *Psicoterapia relazionale: come rispondere a quali domande*, in A.A.V.V., Ripensare l'infanzia, d. L. Milani, San Giorgio J..
9. Borraccino, P.; (2000); *Il sapere, i saperi: la psicoterapia nel pluralismo teorico*, in A.A.V.V., Ripensare l'infanzia, d. L. Milani, San Giorgio J..
10. Boscolo, L.; Caillè, P.; Cecchin, G.; Hoffman, L.; Keeney, B.P., Malagodi, Togliatti, M.; Selvini Palazzoli, M.; Telfner, V.; (1983), *La terapia sistemica*, Astrolabio, Roma.
11. Bocchi, G.; Ceruti, M.; (a cura di); (1985); *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
12. Butera, N., Cingolani, S.; Cosentini, M. Antonietta; Cotugno, A.; Di Cesare, G.; (2000); *Guaritori feriti*, in Ecologia della mente, n° 1.
13. Cancrini, L.; La Rosa, C.; (1991), *Il vaso di Pandora*, Nis, Roma.
14. Cancrini, L.; (1996), *Date parole al dolore*, Frassinelli, Como.
15. Cecchin, G.; Lane, G.; Ray, W.A.; (1997), *Verità e pregiudizi*, Raffaello Cortina, Milano.
16. Cancrini, L.; (1974); *Bambini diversi a scuola*, Boringhieri, Torino.
17. Cancrini, L., (1998); *Psicoanalisi e Terapia Familiare Sistemica: genitori invadenti e figli ingrati*, in Ecologia della mente, n°1.
18. Cancrini, L., Guida, E.; *L'intervento psicologico nella scuola*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
19. Ceruti, M.; Lo Verso, G.; (a cura di); (1998); *Epistemologia e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.
20. Cirillo, S.; (a cura di); (1990), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Raffaello Cortina, Milano.
21. Colapinto, G., A.; (1996) *La dispersione dei processi familiari nella rete dei servizi sociali: implicazione per il trattamento delle famiglie multiprobemiche*, In Ecologia della Mente n°1, Dicembre 1996.
22. D'Amore, G.; (2000); *Breve storia della Psicoterapia in Italia. Linee di sviluppo dal secondo dopoguerra alla metà degli anni "70*, in Attualità in Psicologia, n° 1.
23. De Pascale, A.; (1988) ; *Psicosi e complessità*, in Attraverso lo specchio, n°20.
24. Di Nuovo, S.; Giannone, F.; Di Blasi, M.; (1998); *Epistemologia della valutazione in psicoterapia*; in Ceruti, M.; Lo Verso, G.; (a cura di); *Epistemologia e psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.
25. Di Nuovo, S.; Lo Verso, G.; Di Blasi, M.; Giannone, F.; (a cura di); (1998); *Valutare le psicoterapie*, Franco Angeli, Milano.
26. De Giacomo, P. (1986), *Sistemi finiti e interazioni infinite*, Franco Angeli, Milano.
27. De Giacomo, P.; Margari, F.; Santoni Rugiu, A.; (1992), *Psicoterapia interattiva breve*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
28. De Shazer, S.; (1986) , *Chiavi per la soluzione in terapia breve*, Astrolabio, Roma.
29. Fruggeri, L.; (1995); *Rischio iatrogeno e livelli di responsabilità terapeutica*, in Psicobiettivo, n° 3.
30. Fruggeri, L.; (1998); *Dal costruttivismo al costruzionismo sociale*, in Psicobiettivo, n° 1.

31. Fruggeri, L.; (1998); *Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di metodo*, in Connessioni n° 3.
32. Fiora, E.; Pedrabissi, I.; Salvini, A.; (1988); *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè, Milano.
33. Fumagalli, E.; (2000); *Modelli terapeutici a confronto: è l'elettismo integrativo una proposta unitaria?*, in Terapia familiare, n° 63.
34. Goolishian H.A., Anderson H.D., *Strategia ed intervento o non intervento. Un problema teorico?* in Terapia Familiare, Vol. 40, 1992 .
35. Loredio, C.; Picardi, A.; (2000); *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento*, FrancoAngeli, Milano
36. Hoffman, L.; (1984), *Principi di terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
37. Keeney, B.P.; (1985), *L'estetica del cambiamento*, Astrolabio, Roma.
38. Keeney, B.P.; Ross, J.M.; (1986), *La mente nella terapia*, Astrolabio, Roma.
39. Keeney, B.P.; (1992), *La terapia e l'improvvisazione*, Astrolabio, Roma.
40. Malagoli Togliatti M. Telfner U. (1984), *La terapia sistemica*, Astrolabio, Roma.
41. Marhaba, S.; (1976); *Antinomie epistemologiche*, Giunti-Barbera, Firenze.
42. Mariotti, M.; (1988) ; *Complessità e psicosi* , in Attraverso lo specchio, n°20
43. Mc Namee, S.; Gergen, K.; (a cura di); (1998); *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
44. Minuchin, S.; (1976), *Famiglie e terapie della famiglia*, Astrolabio, Roma.
45. Minuchin, S.; (1980), *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma.
46. Minuchin, S.; Fishman, H.; C.; (1982), *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
47. Minuchin, S.; (1989), *Caleidoscopio familiare*, Nis, Roma.
48. Minuchin, S.; Nicolas M.P.; (1993), *Quando la famiglia guarisce*, Rizzoli, Milano
49. Minuchin, S.; Wai-Jung , Lee; Simon, G.;(1999), *Lavorare con le famiglie*, Franco Angeli, Milano..
50. Pontalti C., *Epistemologia familiare ai disturbi di personalità. Un vincolo alla diagnosi e alla formazione in psicoterapia*, Terapia Familiare, Vol. 52, 1996.
51. Selvini Palazzoli, M.; (1987), *Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia. In Ecologia della Mente*, Giugno 1987.
52. Selvini Palazzoli M.; Cirillo, S.; Sellini, M.; Sorrentino, A.M.; (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, R. Cortina. Milano
53. Selvini Palazzoli M.; e altri,(1981), *Il mago smagato*, Feltrinelli, Milano.
54. Selvini Palazzoli M.; e altri,(1981), *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli, Milano.
55. Sellini, M.; *Cronaca di una ricerca*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
56. Siani, R.; Siciliani, O.; (1992), *Famiglia, pazienti, equipe e contesti .I: teoria dell'intervento integrato*, in Colosimo, A.; Bonura, A.; (a cura di); *Ottica sistemica e psichiatria*, Editoriale Bios, Cosenza.
57. Telfener, U.; (1996), *La valutazione del processo clinico: l'ottica sistemica*, in *Psicobiettivo*, n°1, Cedis, Roma.
58. Telfener, U.; (1991); *Commento a "La terapia contestuale e l'unità delle terapie"* di I. Boszormenyi- Nagy, In Attraverso lo specchio, n° 29.
59. Viario, M.; (1995), *Concetto di contesto e teoria sistemica*, In Rivista di Psicoterapia Relazionale, n°7.
60. Vittori, L.; (1996); *Il terapeuta familiare nel D.S.M.: storia di un'esperienza*, In Ecologia della Mente n°2, Dicembre 1996.
61. Zamperini, A.; (1999); *Psicologia come professione*, in Galimberti, U.; *Psicologia*; Le Garzantine; Torino.
62. Zamperini, A.; Testoni, I.; (1999); *Storia del pensiero psicologico*, in Galimberti, U.; *Psicologia*; Le Garzantine; Torino.
63. Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D.; (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.
64. Wynne L.C., Shields C.G., Sirikin M.I., *Malattia, teoria sulla famiglia e terapia familiare*, in Terapia Familiare, Vol. 40, 1992 .