

Pietro Borraccino¹

*Psicoterapia relazionale:
come rispondere a quali domande*

Introduzione

Quando ci si appresta a riflettere su di un “dato”, su di un “evento” psicologico, bisogna avere la consapevolezza di essere un viaggiatore che si muove all’interno di uno spazio a più dimensioni, si deve tener conto che l’itinerario può scaturire da una molteplicità di mappe; che la meta appare o, come asserito da molti, si costruisce attraverso le caratteristiche della mappa e delle peculiarità dell’itinerario e che ogni mappa, comunque, implica una dimensione di tempo storico e culturale, una dimensione valoriale. La mappa, cioè, è relativa. Si provi, in tal modo, ad immaginare la complessità di una riflessione sul “benessere” e sul “malessere”. Si può testimoniare tale complessità, per esempio, sottolineando l’uso dei termini “salute”, “malattia”, “guarigione” e l’attribuzione di relazioni di significato con gli stessi termini “benessere” e “malessere”. La mia proposta consiste nel fermarsi e sedersi, guardando tali “dati” dalle “sedie” dell’approccio sistemico-relazionale. Da tale postazione si potrà osservare che il benessere psicologico dell’individuo è definito nel sistema o, se si preferisce, nel contesto sia nei contenuti, nei vissuti, nelle forme, sia nei meccanismi, nei processi. Offrendo una tale prospettiva si deve essere consapevoli dell’intrinseca parzialità della descrizione, essendo legittimamente possibile descrivere tali eventi da molteplici ulteriori punti di vista: biologico, intrapsichico e quant’altro. Dall’ottica prescelta il “benessere” apparirà così connesso ad un contesto nel quale è definito, codeterminato.

Nella ipotesi che il contesto sia la famiglia, in compagnia di Minuchin (1976), si può osservare che una delle funzioni principali della famiglia stessa consiste nella protezione psicosociale dei suoi membri. Altresì da tale prospettiva sarà possibile osservare la danza che si correla alle reciproche definizioni di sé.

¹ Psicologo, psicoterapeuta.

In sostanza, quelle sedie sembreranno essere collocate in un ascensore che, dallo studio di uno psicoterapeuta o dallo studio di un ricercatore, porta i viaggiatori a diversi piani d'osservazione, permettendo loro di osservare l'individuo, l'individuo e la famiglia, ad osservare l'individuo, la famiglia, il contesto sociale. Stando seduti su quelle sedie, è mia speranza che si possano intravedere, se non svelare, gli "impliciti" che, le diverse culture scientifiche, mediche e psicologiche, da un lato, e il senso comune, dall'altro, hanno costruito.

1. La domanda allo psicoterapeuta

Alcune persone si rivolgono ad altre persone ponendo domande. In questo scritto, tale termine deve essere inteso in modo estensivo, volendo mettere in luce, tra l'altro, la relazione tra l'atto del chiedere e l'atto del rispondere.

Una certa tipologia di domande viene proposte a specialisti, socialmente riconosciuti, a professionisti, per esempio a psicologi, a psicoterapeuti, a medici. La valutazione di tale evento, consistente nell'atto di proporre la domanda da parte di una persona ad una delle altre persone indicate, inevitabilmente rimanda ad una serie d'impliciti culturali e scientifici che si collocano all'interno di molteplici e peculiari universi di significati. Tant'è che diverse e molteplici sono le persone e le figure professionali, le competenze che queste hanno, i ruoli sociali che queste agiscono. Nel caso specifico in cui una persona si rivolga ad una psicoterapeuta, si può constatare come tale evento rimanda agli impliciti scientifici e culturali che riguardano la malattia mentale, i sintomi, la cura e a quant'altro costruisce questo particolare universo di significati, se si preferisce, di conoscenze. Da un punto di vista sistemico-relazionale e dal punto di vista di chi adopera un'idea di casualità circolare, si può affermare che la domanda e la risposta sono ricorsivamente connesse. L'atto del chiedere e l'atto di dover rispondere sono arbitrariamente separabili nella descrizione, essendo, appunto, ricorsivamente connesse. Tanto che, come sa bene chi opera nelle leggi di mercato, si può affermare che l'offerta determina la richiesta. Cioè che la risposta definisce la domanda.

Quest'affermazione determina un profondo e, per molti aspetti, controverso discrimine tra punti di vista sistemico-relazionali e moltissimi altri punti di vista, secondo i quali la domanda possiede un'intrinseca oggettività. Comunque tutte le psicoterapie pongono un'enorme importanza alla domanda, essendo elemento portante del processo terapeutico.

Per ovvie necessità espositive l'analisi che segue mi costringerà ad una punteggiatura arbitraria, dovendo, comunque, distinguere "domanda" e "risposta": questo artificio, e il parallelo tentativo di esplicitare gli impliciti connessi ai diversi modi di valutare l'atto del chiedere, apre alla possibilità di far emergere,

ipotesi sui modi con cui si attuano i processi mentali del terapeuta. Per molti aspetti, chiunque agisca in processi strutturati, per esempio gli insegnanti, gli operatori dei servizi sociali e sanitari, i volontari ecc., può confrontarsi con tali ipotesi, modificando i contenuti che si proporranno, e riflettere su ciò che ho voluto chiamare “processi mentali del terapeuta”. Va chiarito che tale terminologia vuole avere valenza esclusivamente metaforica e rifugge da qualsiasi rischio di reificazione. Ha però la grande utilità di rappresentare un tentativo di “guardare la realtà” tenendo conto della peculiarità degli “occhi che la guardano”, non avendo l’ambizione di descrivere gli occhi.

2. Quali domande?

Vorrei provare a formulare una, se pure sintetica e limitata, descrizione della “domanda” sottolineando alcune modalità d’estrinsecazione e ponendo in evidenza alcune ridondanze, sulle quali proporre qualche riflessione e qualche ipotesi. Quale domanda propone la persona? Se si preferisce si può sostituire il termine “persona” con i termini “cliente”, “paziente”, “utente” o con quanti altri ritenuti coerenti con i diversi riferimenti teorici e culturali. La scelta stessa della terminologia da adoperare evoca, infatti, la diversità degli impliciti teorici che definiscono e organizzano contesti diversi. Proverò, pertanto, ad usare una definizione più estensiva e meno connotante: l’altro che formula una richiesta e la descrive. La richiesta può essere formulata “per se stessi”. Essa può consistere nella definizione di un problema; nella descrizione di un conflitto interpersonale. Può sostanziarsi nella descrizione di un particolare “stato d’animo” di un comportamento. Può consistere nella esposizione di un’autoattribuzione di malattia e nella descrizione di sintomi. Può poggiarsi sulla comunicazione di diagnosi e cure precedenti, può palesare l’adesione ad una proposta di un inviante.

L’altro può chiedere un parere, un consiglio, una soluzione, un aiuto, una diagnosi, una cura.

La richiesta può essere formulata “per un’altra persona” che può essere un marito, una moglie, un figlio, un padre, una madre, un fratello, un parente, un amico ecc..

I contenuti di questa richiesta sono sovrapponibili quelli descritti nella situazione precedente. Tra la prima situazione e la seconda si possono individuare altresì, peculiari differenze. Ad esempio, si può sottolineare come spesso nella seconda situazione venga riferito il rifiuto da parte della persona per la quale si chiede dell’aiuto, della cura ecc.. Per restare nella indicata esemplificazione, può essere utile osservare come in risposta, in un contesto teorico che utilizza il concetto di malattia, nella mente del terapeuta, del clinico si costruisca la valutazione di “non coscienza di malattia”. Questa esemplificazione è utile perché

permette di cogliere, in modo abbastanza evidente, la connessione fra chi chiede e chi risponde nella peculiarità di un contesto teorico. Ovviamente i modi in cui terapeuta-altro si incontrano, i luoghi in cui avviene l'incontro, i partecipanti all'incontro sono molteplici e rappresentano un'articolata variabilità, che consapevolmente ho costretto in due situazioni tipo, per altro, completamente decontestualizzate.

In ogni caso tutti gli psicoterapeuti analizzano, valutano la domanda.

Questo atto che accomuna tutti, si differenzia in conseguenza dei modelli e teorie di riferimento del terapeuta. Tanto che, ciascun terapeuta constaterà coerenze e incoerenze, osserverà dati sui quali costruirà ipotesi, vedrà fenomeni ed eventi. Ancora una volta, nel descrivere l'altro che chiede al terapeuta, si ha la necessità di sottolineare la diversità dei modi in cui questo incontro assume significato. Si può affermare che la variabilità, non l'uniformità, è la caratteristica pregnante dei processi valutativi. Tanto che a domanda identica possono corrispondere risposte diverse, ma legittime, se si preferisce, "giuste", situandosi la legittimità sulla polarità di chi risponde, piuttosto che sulla polarità chi di domanda. Questa valutazione implica che l'oggettività della domanda è in qualche misura, posta fra parentesi. A fronte di ciò, in conseguenza d'altri modelli teorici, un terapeuta può proporre una definizione, per esempio, di sintomo, al quale attribuisce uno status d'oggettività, situandola sulla polarità dell'altro che chiede. Questo esempio rimanda alla idea di "malattia", connota il processo di valutazione come "diagnosi" e la risposta come "cura". Tutto ciò avviene in riferimento ad un contesto più generale che implica un complesso teorico, pratico, organizzato, studiato, insegnato, divulgato, che, tra l'altro, legittima l'operazione compiuta dal terapeuta. Si pensi, per esemplificare questa situazione, alla psichiatria organicistica e alle pratiche che ne derivano.

Per continuare a dare l'idea della molteplicità dei punti di vista, è utile sottolineare, come nell'esempio riportato, la domanda può trovare un'altra peculiare tipologia di possibile risposta. Può, infatti, accadere e, frequentemente accade, che il terapeuta definisca la domanda individuando un sintomo e una malattia, ma questa volta una malattia ad eziologia psichica.

Cioè alla spiegabilità organica si sostituisce o si accompagna una spiegabilità riferita alla psiche. Queste posizioni tendono a rimandare ad una serie di modelli teorici ed epistemologici accomunati da un'idea di casualità lineare. Queste esemplificazioni potrebbero ricondurre a storici dibattiti sulle classiche antinomie epistemologiche che caratterizzano anche la psicologia. A prima vista potrebbe apparire superfluo, in questa sede, tale angolatura di riflessione. Così, invece, può non apparire se ci si affaccia all'uso concreto dei modelli e, quindi, all'inevitabile confronto con una dimensione etica. Tale confronto, necessariamente, conduce ad interrogarsi sull'intimità del rapporto tra etica e consapevo-

lezza epistemologica. Nella convinzione personale che una consapevole posizione etica del terapeuta non può prescindere dalla necessariamente consapevole posizione epistemologica sottostante la pratica del terapeuta stesso. Si può, comunque, concordare che frequentemente l'analisi della domanda comporta l'enucleazione di "sintomi", i quali, ovviamente, vengono classificati secondo diversi criteri, che possono tener conto delle funzioni colpite, dell'età d'insorgenza, dell'andamento della malattia, dell'ipotesi eziologica. Oppure vengono classificati secondo criteri descrittivi, come avviene nella periodica revisione del D.S.M.. Altre volte il sintomo viene descritto e, successivamente, classificato secondo la teoria psicologica di riferimento.

In ogni caso, il processo attuato dal terapeuta consiste nella traduzione della descrizione fatta dalla persona in una descrizione che appartiene all'universo dei significati delle teorie di riferimento dello stesso terapeuta. La descrizione proposta dalla persona appartiene all'universo di significato del suo contesto esistenziale e della sua cultura d'appartenenza. Una valutazione storica ed epidemiologica transculturale potrebbe offrire stimoli e affascinanti prospettive di costruzione d'ipotesi. Questi processi aprono, quindi, alla possibilità di letture molteplici, a volte, radicalmente contrapposte, difese o attaccate all'interno d'accessi dibattiti, dai quali emergono posizioni particolarmente critiche. Per esemplificare la radicalità del dibattito e il modificarsi nel tempo degli approcci teorici, facendo riferimento alla definizione di "depressione", si riportano le affermazioni di Stefania Rossini che intervista Luigi Cancrini (1996): "Un tempo c'era un nome per ogni sfumatura, per ogni piccolo e grande abisso del normale mestiere di vivere. Oggi no, siamo tutti depressi, mai avviliti o accorati, mai afflitti o rammaricati, mai abbattuti o angustati, mai infelici, solo depressi". Basterebbe confrontare queste affermazioni, che hanno carattere divulgativo, con la letteratura, a carattere divulgativo, riguardante i farmaci che garantiscono la felicità, cioè la guarigione della depressione per avere testimonianza della citata contrapposizione.

3. Il dolore e la gioia

Gli psicoterapeuti possono essere considerati esperti del dolore, dell'infelicità, piuttosto che della gioia. Spesso, infatti, la domanda a loro posta affonda in una condizione di insoddisfazione, di sofferenza, di infelicità. Sono consapevole che molti terapeuti utilizzerebbero i concetti di malattia e salute, interpretando, spesso, il dolore e l'infelicità come sintomi o come conseguenza, reazione, ad uno stato di malattia, come già descritto.

Approfondire un simile aspetto dovrebbe comportare l'articolazione di un ragionamento attorno all'idea di "felicità", essendo questo un tema affrontabile

da un punto di vista filosofico, sociale, psicologico e biologico. Bisognerebbe, per un verso, indagare i rapporti tra malattia, dolore e infelicità e bisognerebbe, per un altro verso, indagare i meccanismi bio-psicologici individuali, nonché i rapporti tra cultura, società e individuo. E' più semplice e, in questo caso, più utile limitarsi a sottolineare alcuni aspetti connessi alla domanda, essendo, e può apparire pleonastico ribadirlo, il dolore e l'infelicità il connotato ricorrente della domanda o il contenuto esplicito. Vale la pena ribadire l'opportunità etica secondo la quale, non essendo rintracciabili criteri oggettivi di felicità, il terapeuta deve garantire che la persona che a lui si rivolge possa scegliere la "propria felicità".

Credo, comunque, che si possa condividere la constatazione che in certe condizioni di infelicità si chiedi aiuto, e che l'aiuto sia di vario tipo, dal confronto di un abbraccio, dal buon esito di uno sfogo, dalla richiesta di aiuto strutturato. Allo psicologo non può sfuggire il rilievo che questo evento intrapsichico e interpsichico possiede, e che per molti versi, spiega l'efficacia della relazione terapeutica. Ovviamente il terapeuta deve saper guardare se stesso e interrogarsi sui meccanismi sociali che portano a costruire la risposta. La funzione terapeutica ha, infatti, una valenza sociale che spesso è lasciata nell'implicito e non è oggetto di riflessione. La consapevolezza della funzione sociale può essere più agevolmente agita e acquisita se si riconosce la ricorsività tra domanda e risposta in un contesto che è anche contesto storico e politico.

4. La domanda al terapeuta familiare

Il punto di vista sistemico-relazionale rappresenta un particolare modo di considerare i fenomeni psichici. Consiste in un vasto panorama teorico e in articolato bagaglio di esperienze cliniche. Tale punto di vista, come spesso avviene nelle discipline riguardanti la psicoterapia, è caratterizzato da un processo di continue differenziazioni di modelli e di approcci clinici. Un importante elemento comune tra i vari approcci, che differenzia questo punto di vista dagli altri, è riferibile al mutamento dell'idea di casualità. Si passa, infatti, da modelli a casualità lineari, implicanti, ad esempio, spiegazioni storiche, eziologiche, ad un modello di casualità circolare.

Il punto di vista sistemico-relazionale propone assunti metateorici che consentono di porre in rilievo l'informazione e i rapporti piuttosto che le forze. In ambito sistemico-relazionale si opera una contestualizzazione dei fenomeni, degli eventi, degli individui che sono ricollocati, cioè, nel luogo naturale di vita, nella storia dei cambiamenti, nel loro organizzarsi, nel loro stabilizzarsi e/o modificarsi. Tutto ciò conduce a descrizioni circolari che definiscono il soggetto in termini di relazione con altri soggetti. Da tali presupposti deriva un'ipotesi sulla

mente, intesa come processo extracerebrale; si potrebbe dire, in una sintesi estrema e giovandosi della ricchezza degli insegnamenti di Bateson che, per fare una mente, occorrono almeno due cervelli.

Questo impianto metateorico si avvale di contributi diversi, provenienti da teorie e discipline diverse come, ad esempio, la cibernetica e la teoria generale dei sistemi. Le teorie sistemico-relazionali affondano le proprie radici nell'ambito della psicoterapia, tanto da identificarsi originariamente con il termine di terapia familiare, rappresentando la fonte di ispirazione della terapia stessa che, a sua volta, ne rappresenta il principale metodo di ricerca. Da tale cornice derivano la concezione di famiglia come sistema, di individuo come parte di sistemi, le peculiari teorie sulla comunicazione e degli effetti di comunicazione di tutti i comportamenti. Da tale cornice derivano le particolari metodiche di intervento e di setting dell'intervento. Lo specchio nella stanza può essere assunto come simbolo caratterizzante.

Come già lasciato intendere, questo orientamento si articola in numerosi modelli clinici ed è in continua evoluzione. Può essere utile indicare alcuni approcci che, nel corso degli anni, si sono consolidati nella cultura scientifica internazionale: il modello strutturale, strategico, sistemico ed esperenziale. Attualmente si assiste ad una riarticolazione dei riferimenti metateorici e si riporta attenzione all'individuo, ai contenuti della comunicazione, alle emozioni e ai vissuti, con il conseguente riarticolarsi dei modelli terapeutici. Da un altro lato, viene posta in discussione l'osservabilità esterna del sistema. L'osservatore è ricontestualizzato nel processo di osservazione: si è posto in rilievo che ogni osservazione è autoreferenziale. Da questa idea hanno preso impulso nuovi modelli di terapia collocabili nell'ambito delle teorie costruttivistiche.

Credo che queste brevi note, pur dando conto di uno spaccato dell'orientamento sistemico-relazionale, rischiano di costringerlo in una sorta di unitarietà che non dà ragione della pluralità.

E' ora possibile chiedersi che cosa accade quando la domanda, così come descritta prima, è posta ad un terapeuta familiare? Come può analizzare la domanda? Si differenzia dai terapeuti che utilizzano diversi orientamenti? Quali valutazioni può effettuare? Simili interrogativi potrebbero moltiplicarsi. In risposta si propone un percorso di sottolineatura degli impliciti concettuali che si correlano alle convinzioni individuali e fanno i conti con il contesto storico culturale. Un metodo che, spero, possa indurre alla curiosità, come antidoto alla pigrizia e al dogmatismo.

Come già detto, il contenuto della domanda si riferisce frequentemente ad un sintomo che in ambito sistemico-relazionale viene sempre inteso come, in qualche modo, connesso al sistema, all'interno del quale risiederebbe la sua ragione d'essere. I terapeuti familiari lo considerano, per esempio, per il suo valore

di comunicazione, per gli effetti che esso ha nella definizione della relazione e sul controllo della relazione. Si potrebbe dire che il sintomo rappresenta l'emergenza soggettiva connessa alla peculiarità del sistema. Il terapeuta familiare, operando in tal modo, può allontanarsi dalla idea di malattia individuale, dall'obiettivo della "guarigione" e avventurarsi, nella interazione con le persone, accompagnato dall'idea di "cambiamento". Il terapeuta familiare, infatti, pur nella diversità dei modelli e nella diversità dei riferimenti teorici, si propone, si definisce, agisce, retroagisce al fine di costituire occasioni di cambiamento delle condizioni che hanno comportato la definizione di sintomo.

Per tenere sotto controllo i propri meccanismi mentali, credo che il terapeuta relazionale non debba farsi imprigionare dalla domanda: "che cosa ha la persona?". Doverosamente si sottolinea la questione della valenza euristica dell'uso di teorie comportanti la definizione di malattia, questione che, ovviamente, si lascia aperta, anche perché, nell'incontro con l'altro occorre evitare il rischio di negare, di non vedere la sofferenza individuale e, d'altronde, quando si sceglie un livello di riflessione metateorico, bisogna valorizzare la capacità di formulare ipotesi e interventi senza atteggiamenti dogmatici. Dalla posizione espressa possono discendere diversi modi con i quali il terapeuta può raccogliere il bandolo della matassa che gli si presenta. Ritengo che un possibile modo possa organizzarsi attraverso la formulazione di una serie di ipotesi che il terapeuta può proporsi e che possono sintetizzarsi in una serie di interrogativi. Il terapeuta, cioè, può valutare la domanda che gli viene proposta focalizzando l'attenzione verso "chi sta chiedendo", verificando "per chi sta chiedendo" e "che cosa sta chiedendo". Questi passaggi consentono al terapeuta la feconda possibilità di formulare ulteriori ipotesi che permettono di porsi le domande: "che cosa posso fare?" e "con chi?". Il terapeuta, in sostanza, opera un'immediata ricontestualizzazione della domanda. Anche, peraltro, nel presupposto che la richiesta rappresenti una mossa in un gioco preesistente e coevo. Tale ultima affermazione trova conforto nell'opera della Selvini Palazzoli e del suo gruppo di studio. Una tale modalità può essere letta in vario modo, per esempio, come ridefinizione del contesto e/o del problema, o trovare riscontri nei vari ambiti teorici di tipo costruttivista. La cosa che preme evidenziare è che questa modalità può contribuire alla costruzione di un contesto in cui domanda e risposta possono incontrarsi ed esprimersi secondo un'epistemologia che tiene conto dei legami ricorsivi, o se si preferisce, della causalità circolare. Questa modalità, pur mettendo tra parentesi l'oggettività, poggia sulla convinzione della utilità dei modelli a fronte della loro provvisorietà, nella consapevolezza che essi determinano un effetto organizzativo delle azioni del terapeuta. Inoltre, tale modalità implica l'interlocutore, rimanda, cioè, al riconoscimento dell'altro e, più in generale, del contesto relazionale. Personalmente, ritengo che le famiglie giungano a chiedere

aiuto per tante ragioni, tanto che, per esempio, non sempre si osserva una diretta corrispondenza tra intensità di sofferenza e richiesta di terapia. Le persone, le famiglie provengono da diversi percorsi, portano con loro i precedenti tentativi di soluzione. Presentano il problema in forme che tengono conto del percorso precedente. In ogni caso, chi chiede, agisce nella peculiarità epistemologica familiare. Da parte sua il terapeuta formula ipotesi sulla richiesta valutando il percorso precedente e l'eventuale processo di invio, nelle sue svariate forme, anch'esso mossa che si colloca o nella relazione intrafamiliare o tra famiglia e precedente terapeuta, tra famiglia e precedenti tentativi di soluzioni, tra l'inviante e il terapeuta stesso. Il terapeuta, altresì, formula ipotesi che possano condurre alla realizzazione di un contratto terapeutico. Egli tiene conto del contesto terapeutico, delle relazioni interne al contesto stesso, delle potenzialità che può attivare. Quanto sommariamente descritto, si basa sul consapevole presupposto che tra famiglia e terapeuta la relazione sia di tipo circolare e che famiglia e terapeuta possano cooperare, compartecipare, allo svolgersi del processo terapeutico, nella convinzione che la famiglia, comunque, filtrerà il contributo del terapeuta. Le persone prendono dalla terapia agendo in uno spazio di libertà che il terapeuta, da un lato, deve valutare e che, dall'altro, deve favorire. Ricordandosi sempre di non essere l'unico terapeuta al mondo, nella consapevolezza che anche i terapeuti hanno una propria posta nel gioco.

5. Il dolore prende forma

L'incontro con la persona che chiede è, di per sé, un evento psicologico meritevole di attenzione. Si pensi ad una delle tipologie di incontro, per esempio alla relazione medico-paziente, all'importanza ad essa attribuita e agli studi che su di essa sono prodotti. Questa attenzione ha condotto ad ipotizzare o sostenere che la qualità di siffatta relazione incide notevolmente nei processi di cura e guarigione di qualunque malattia. In generale, nel citato incontro, si può constatare che chi accoglie si definisce competente, possedendo peculiari contenuti di conoscenza. Nel vasto campo di possibili osservazioni sulla relazione terapeutica, andrebbe sottolineato il meccanismo relazionale di definizione di tale relazione, al fine di mettere in luce i rischi che comporta la mancanza di consapevolezza, da parte di chi riceve la domanda, delle molteplici aspettative e richieste della persona che chiede e dell'agire di correlati meccanismi di attribuzione alla persona che risponde. Questi processi concorrono alla definizione della relazione. I contenuti di conoscenza posseduti da chi accoglie la domanda, appartenendo ad un peculiare universo conoscitivo, qualificano il contesto dell'incontro. Per certi aspetti, cioè, nell'incontro si possono individuare contenuti e processi, e fra questi una connessione ricorsiva. Nell'operare la valutazione o, se si preferisce, la diagnosi

viene attribuita una sorta di nuova o ulteriore qualificazione della richiesta, cioè della sofferenza, dei problemi, ecc.. che la persona presenta.

Si potrebbe dire che il dolore prende forma e che la forma dipende dal complesso processo interattivo e “conoscitivo” sopra indicato. La forma, ovviamente muta e influenza la richiesta, la sofferenza, i problemi.

Sovente, nell'incontro con lo psicoterapeuta, la richiesta assume la forma di sintomo. Nell'ambito sistemico-relazionale, pur nella molteplicità di posizioni teoriche, è possibile rintracciare alcune costanti riferibili al sintomo che è, come già accennato, inteso nella sua funzione di comunicazione, per gli effetti nella relazione e, in ogni caso, per la correlazione alla peculiarità del sistema. Il terapeuta familiare opera una qualificazione che connette la forma al processo e definisce in modo peculiare la persona che porta il sintomo con l'espressione di “paziente designato”. Il processo, al quale si fa riferimento, consiste nella identificazione di un membro del sistema quale portatore di una qualche stigma. Tale persona costituisce “il problema” del sistema, “l'unico problema”, senza il quale “tutto andrebbe bene”, anzi “tutto sarebbe ancora a posto, come prima” soltanto se “lui non fosse...”, “non facesse..”, “se riuscisse..”, “se non ci preoccupasse..”, “se facesse..”, “se cambiasse..”, “se obbedisse...”, “se guarisse...”, oppure, nella prospettiva del paziente designato, “se io non fossi...”, “se guarissi...”, “se attorno a me...”, “se cambiassero...”, “se le cose andassero...”. Tra le virgolette sono sintetizzate in maniera esemplificativa, poiché la lista potrebbe essere allungata, le opinioni, le formulazioni verbali che rappresentano frequentemente l'epistemologia del problema che la famiglia ha costruito e che presenta al terapeuta. In tale forma, agli occhi del terapeuta si presenta il dolore. Tale forma si mantiene nel sistema familiare e, a volte, trova supporti nel sistema sociale allargato. Infatti, molto spesso i sistemi di cura si trasformano in sistemi di controllo e di mantenimento, piuttosto, che di cambiamento.

A tale forma, come già detto, corrisponde un meccanismo, un processo che si può chiamare processo di designazione che si attua attraverso particolari transazioni e attraverso una sorta di condivisione e di costruzione e che si avvale di una punteggiatura arbitraria del funzionamento casuale circolare. A questo modo di descrivere il fenomeno in esame, se ne accompagnano molti altri. Uno dei parametri di distinzione che si vuole evidenziare, si poggia, com'è intuibile, su di un'idea di casualità circolare a fronte di un'idea di casualità lineare. Tanto che, per esempio, il descritto processo di designazione, in un'ottica lineare, conduce alla definizione di “capro espiatorio”, secondo la quale un gruppo è contro il singolo, e/o all'individuazione di aggressori e vittime, di colpevoli e innocenti.

La mancanza di consapevolezza di tale distinzione può condurre a situazioni terapeutiche iatrogene.

A fronte della molteplicità di approcci teorici, è utile ribadire che si può, e si deve, porre in discussione il modo di descrivere o interpretare la forma, ma non si può, né si deve, negare il dolore cioè, comunque lo si voglia chiamare, ciò che caratterizza lo stato del paziente designato e di tutti i membri della famiglia. A volte, invece, si corre il rischio di reificare i modelli, costringendo la persona che chiede in una valutazione confermare il modello stesso, con la conseguenza di determinare sgradevoli e discutibili effetti.

Tornando alla designazione, appare utile proporre una esemplificazione descrittiva, ciò è possibile facendo riferimento ai concetti di interazione e/o comunicazione. Questi concetti conducono all'osservazione che in uno scambio comunicativo, in un'interazione è sempre implicita una definizione della relazione. Si dovrebbe, ulteriormente, precisare l'idea di contesto che permetterebbe di comprendere meglio quanto si sta descrivendo e si dovrebbe aprire una parentesi sulla soggettività. Spero sia sufficiente, invece, indicare l'intima connessione tra un'idea di soggettività successiva alla intersoggettività piuttosto che una intersoggettività discendente dalla soggettività, per comprendere ciò che qui si intende per processo di designazione. Questa premessa è utile per precisare, ulteriormente, che la designazione si realizza attraverso il ripetersi di peculiari interazioni che comportano peculiari reciproche definizioni della relazione accompagnate, in termine di contenuto, da altrettante peculiari reciproche definizioni di sé che costituiscono, in sostanza, una punteggiatura arbitraria. In occasione della descrizione del processo di designazione è opportuno sottolineare come sia possibile ipotizzare un'azione concomitante di meccanismi psichici che si mettono in gioco e che appartengono al campo delle conoscenze della Psicologia. Infatti, questo processo potrebbe essere interpretato in modo simile a quello noto come "effetto Pigmalione" o alla cosiddetta "profezia che si autoavvera". Si ricordano, e ad essi si rimanda, gli studi riguardanti il rapporto tra linguaggio e pensiero. Si pensi, altresì, a peculiari processi cognitivi quali quelli attinenti alla categorizzazione. L'insieme di tali studi agevola, tra l'altro, la comprensione dell'operazione di ricontestualizzazione della domanda.

Come già indicato, con l'ausilio dell'ottica sistemico-relazionale si può proporre l'enucleazione di due aspetti fondamentali del cosiddetto sintomo, uno di tipo processuale e uno di contenuto. Tale prospettiva può anche condurre verso un'impostazione eziologica, che nell'ottica sistemico-relazionale trova importanti sostenitori, non esistendo, come già detto, una univocità di posizioni. In sostanza si è di fronte ad un ventaglio di elaborazioni che si articola partendo da da rigorosi studi e sperimentazioni tendenti a formulare modelli di costruzioni del disturbo e/o del sintomo, sino a giungere ad esperienze, altrettanto rigorose, che negano l'idea stessa di patologia. Non è mia ambizione dare estensiva contezza delle diverse posizioni o formulare ulteriori ipotesi, quanto, piuttosto, continuare

a proporre un particolare livello logico di osservazione, cioè la descrizione dell'evento psicologico consistente nel rivolgere una richiesta di aiuto, nel formulare una domanda. Porsi in un tale livello logico permette di esaminare alcuni dei correlati processi relazionali, che si correlano a peculiari contenuti del disagio, del dolore, del disturbo, o se si preferisce, del sintomo, cioè della richiesta medesima. Tale livello logico permette una valutazione delle connessioni ricorsive. Tale valutazione si avvale, riferendovisi, delle posizioni teoriche più diffuse. In altre parole, si propone un tentativo di osservare la richiesta e di ricontestualizzarla. In tale prospettiva si introduce un elemento "storiografico" piuttosto che un'impostazione eziologica, nella consapevolezza di utilizzare una posizione antropomorfa. Nell'auspicio che una siffatta impostazione consenta un agire terapeutico flessibile che permetta la realizzazione di una relazione terapeutica chiara, nel senso dato da Minuchin all'aggettivo "chiaro". Tutto ciò può consentire un uso dei modelli che non richieda alla persona, alla famiglia di adattarsi, perché permette di evitare i rischi di reificazione e, d'altra parte, consente al terapeuta di non lasciarsi "definire" dalla famiglia, evitando i rischi connessi.

Prima si è formulata l'ipotesi della connessione della designazione di un membro della famiglia, del sistema a peculiarità del sistema stesso. Una valutazione generale di tale connessione potrebbe condurre a ipotizzare criteri di normalità e patologia, di funzionalità e di disfunzionalità del sistema. Un tal modo di descrivere la indicata connessione è abbastanza diffuso.

Infatti, partendo dal sintomo e dalla nosografia classica, in molti studi si sono formulate, più o meno implicitamente, classificazioni delle famiglie in coerenza con la classificazione dei sintomi individuali. Queste prospettive meriterebbero una descrizione e una analisi attenta. L'impostazione di questo contributo, invece, intende limitarsi alla esemplificazione di alcune modalità relazionali che si correlano alla designazione e che sono concomitanti alla formulazione della richiesta di aiuto.

Tra le modalità relazionali, che si possono segnalare e che scaturiscono dall'osservazione di ridondanze, pare opportuno indicare, per l'intrinseca importanza e per l'utilità esemplificativa, la cosiddetta struttura triadica, quella che J. Haley chiama triangolo perverso o coalizione intergenerazionale.

Tale struttura consiste in un'alleanza negata tra due membri appartenenti a livelli gerarchici diversi, contro un terzo che occupa lo stesso livello di uno dei due.

Per ottenere un'esemplificazione ulteriore, ci si può riferire ad un'alleanza coperta tra un genitore e un figlio contro l'altro genitore.

Allo studio di questa struttura ha dato un importante contributo S. Minuchin che collega il triangolo perverso al conflitto. Minuchin propone, in tal modo una tipologia di configurazioni relazionali che chiama "triadi rigide". Si esplicita a

priori che, nella descrizione che segue, la richiesta di aiuto e la eventuale correlata designazione, che può assumere molteplici connotazioni, riguardano il figlio.

Il primo tipo di triade rigida è chiamata “triangolazione”; in questo caso i coniugi confliggono, in maniera aperta o dissimulata, e ciascuno dei due tenta di conquistarsi il sostegno del figlio contro l’altro. In questa situazione il figlio tende ad assumere un ruolo adultizzato e può giungere a svolgere la funzione di una sorta di giudice arbitro. Dall’esperienza clinica si ottengono esempi di attaccamento del figlio a questa funzione. Una funzione che comporta una definizione di sé radicata. Il figlio, cioè, partecipa, non subisce.

La seconda triade rigida è chiamata “coalizione genitore-figlio”; in questo caso il conflitto tra i coniugi è più aperto; un figlio ed uno dei due coniugi sono alleati.

La terza triade rigida è chiamata “deviazione-attacco”; in questo caso il figlio assume la funzione di “capro-espiatorio”, egli agisce in modo “cattivo”, “sbagliato”, perciò, i genitori si associano per controllarlo e, spesso, agiscono il conflitto attraverso il disaccordo su come controllarlo.

La quarta triade è chiamata “deviazione-appoggio”; i coniugi evitano il conflitto concentrandosi su di un figlio “che non sta bene”, “che è malato”.

In tutte le situazioni descritte genitori e figlio partecipano al mantenimento delle diverse configurazioni.

Questa sommaria esemplificazione consente di comprendere l’ipotesi secondo la quale la richiesta di aiuto non risiede esclusivamente nella obiettività di uno stato “patologico”, quanto nella modalità relazionale preesistente e/o coeva alla richiesta. La richiesta stessa è connessa intimamente alle molteplici modalità relazionali e rappresenta, come si è già ribadito, una sorta di mossa che trova senso nella organizzazione familiare. Ulteriori peculiarità del sistema correlate alla designazione sono rilevabili utilizzando la molteplicità dei modelli teorici, alcuni dei quali, come già detto, propongono vere e proprie ipotesi di costruzione del sintomo, formulando schemi euristici.

a) Contenuti

Distinguere il processo dalla forma, dal contenuto e proporre il risultato della distinzione come caratteristica del sistema e del sintomo e/o del problema, è operazione utile, ma occorre precisare che processo e contenuto della designazione sono comunque da valutare in un’ottica circolare. L’alternativa è che, invece, si costruiscano ipotesi che costituiscono punteggiature arbitrarie.

Fatta questa premessa, mi pare utile, segnalare l’enorme variabilità della domanda che viene rivolta al terapeuta.

I contenuti della designazione sono, infatti, mutevoli, e spesso, sorprendenti, anche se chi opera nell'ambito della psicoterapia è abituato a fare i conti con il mutare delle stesse classificazioni "oggettive". Nell'ottica che si sta proponendo, affrontare il problema dei contenuti consente una ulteriore e interessante possibilità. Consente, cioè, di aprire un particolare squarcio sulla soggettività. E' possibile, per esempio, affermare che il contenuto della designazione, la forma, si manifestano in molteplici modi che possono, se pure in modo parziale, essere sintetizzati all'interno di una sorta di generale qualificazione del comportamento di un membro del sistema, come espressione di malattia, oppure in una qualificazione di devianza, oppure nella qualificazione negativa di caratteristiche di personalità o attraverso l'espressione di un giudizio di valore che qualifica il comportamento come sbagliato, riprovevole, indesiderato. Tali forme generali, che sono anche espressione del contesto culturale allargato, sono facilmente intuibili e diffusamente note. Mi pare utile segnalare alcuni modi di presentarsi della designazione, attraverso la descrizione di alcune peculiari epistemologie familiari, ricorrendo, anche, alla esperienza personale.

A volte, per esempio, differenze prive di significato costituiscono il contenuto di una designazione. E' pur vero che si impara dalle differenze, come insegna Bateson, cioè si costruisce la conoscenza dalle differenze, e che in questo modo si può formare una particolare epistemologia familiare alla quale attribuire un sorta di utile valenza adattiva, ma, a volte, accade che, per esempio, una qualunque differenza fra due fratelli può dare il contenuto di una designazione, necessitata, vale la pena ricordarlo, in quel momento da quel particolare sistema. Accade così che un fratello sia "chiuso" e l'altro sia "aperto" e che i genitori si preoccupino della "chiusura" ipotizzando una anormalità che trova poi le note e varie spiegazioni. Si può osservare, continuando con qualche altro esempio, come l'attribuzione del nome ad un neonato può essere foriero di una futura attribuzione delle caratteristiche della persona che portava già quel nome. Si pensi all'usanza di dare ai figli il nome dei nonni, si correli l'attribuzione del nome ad un conflitto e ad una delle triadi descritte e si comprenderà il contenuto di una designazione. I contorni della designazione possono ulteriormente determinarsi attraverso la sottolineatura del comportamento del figlio che "ha preso" da uno dei due genitori o "non ha preso" da nessuno dei due. Si potrebbero individuare costruzioni di designazione prima ancora della nascita del figlio e persino prima del concepimento. Si pensi, infatti, al figlio concepito come soluzione ad una crisi di coppia o "per dare compagnia" ad un altro figlio. Si potrebbe continuare a indicare numerosi altri esempi e situazioni che si realizzano all'interno della famiglia. Gli stessi meccanismi possono rintracciarsi anche in altri contesti. Si pensi alla definizione di "handicap" non riconosciuto, definizione di forma della designazione che spesso capita di incontrare nelle scuole. Peraltro, i contesti

culturali allargati offrono occasioni e svariati contenuti di designazione. Forse per questo ci si rivolge a dei maghi per sfuggire ad una “fattura”. Accostandosi alla realtà familiare si possono constatare ulteriori contenuti correlati ad una qualificazione, spesso negativa, dei rapporti intrafamiliari e sociali. La designazione, in alcuni casi, può allora consistere nella definizione di vittima di un membro della famiglia, portatore di un danno, al quale corrisponde un colpevole. Danno e colpa vengono presentati secondo una casualità lineare. I contenuti della designazione, com'è intuibile, si alimentano e si delineano nel tempo, attraverso successivi tentativi di soluzione operati per “eliminare” la designazione stessa. In ogni caso la famiglia possiede sempre una propria spiegazione che articola su vari livelli logici. Quando, ad esempio, propende per la “inspiegabilità”, frequentemente ricorre ad un uso tautologico dell'idea di malattia.

b) Come rispondere

Nell'ambito sistemico-relazionale, gli interventi sono, ovviamente, diversamente organizzati, in coerenza con i diversi modelli di riferimento. Si possono, perciò, individuare elementi comuni e tratti distintivi. Si passa così da interventi fortemente strutturati a modelli che non prevedono alcun intervento nel suo significato tradizionale. Questa variabilità rappresenta una risorsa che arricchisce l'esperienza clinica relazionale. Pare opportuno ribadire, ulteriormente, alcuni punti di vista che permettono di individuare i contorni delle operazioni che il terapeuta familiare può mettere in atto, quando è chiamato a rispondere. Una caratteristica di un tale modo di rispondere la si può evidenziare parafrasando J. Haley (1980), secondo il quale a diversi sintomi corrisponde una medesima strategia di intervento e che, rispetto alla specificità della domanda, si modifica la tattica. Queste affermazioni, vale la pena ricordarlo, implicano un mutamento epistemologico e il conseguente peculiare mutamento del concetto di sintomo. A mio parere l'azione terapeutica deve possedere la capacità di confrontarsi con la domanda che affonda le proprie radici nella epistemologia della famiglia e che, peraltro, può includere gli esiti delle interazioni con precedenti contesti professionali che, a loro volta, possono aver contribuito a definirla e a darle forma. Nello svolgersi del processo terapeutico, nel corso delle sedute, ciascun modello clinico orienta il terapeuta al raggiungimento degli obiettivi e, come già ricordato, si potrebbero elencare numerosissimi esempi.

Ancora una volta mi pare utile sottolineare l'importanza da attribuire alla formulazione della richiesta, sia negli aspetti di processo sia di contenuto, tanto da considerarla la parte estrema del bandolo della matassa che si offre al terapeuta e che questi deve saper afferrare. Questa operazione iniziale implica, cioè, l'analisi della domanda e la formulazione di un contratto terapeutico e, per molti

versi, costituisce già un intervento terapeutico, un esempio estremo di questa ultima affermazione lo si può individuare nelle esperienze terapeutiche organizzate in "single session". Questa fase iniziale ha un potente effetto sul seguito del processo terapeutico.

L'analisi della domanda, utilizzando l'ottica sistemico-relazionale, implica la valutazione di numerosi variabili. Ci si limita, tra tutte, ad indicarne alcune che consentono di esemplificare, ulteriormente, il passaggio dal "che cosa ha" al "che cosa chiede", secondo la modalità già proposta in questo contributo e alla quale si rimanda

Si tiene conto, ad esempio, di chi chiede, di chi telefona, di chi è presente al momento della richiesta. I modi di affrontare questa fase iniziale sono diversi; alcuni terapeuti effettuano una vera e propria intervista telefonica, formulando ipotesi e decidendo chi invitare.

Nell'esperienza personale, se il contatto è telefonico, pur raccogliendo elementi, si lascia ampio spazio all'azione "della mossa" successiva e si propone una prima seduta che nell'esplicito è definita di valutazione., ritenendo assai utile non proporre alla famiglia di uniformarsi, incomprensibilmente, ad uno standard operativo che ha ragioni di esistere nella mente del terapeuta.

In questa fase si esamina l'invio e l'inviante, i precedenti tentativi di cura e/o soluzioni; si prende atto dell'attuale definizione del problema. Ci s'interroga sul perché la richiesta è formulata in quel momento; si formulano ipotesi sulle aspettative implicite, sull'agenda segreta. Ovviamente, il terapeuta formula ipotesi, in coerenza con il proprio modello, sulle peculiarità relazionali che gli si presentano. Tutto ciò avviene in concomitanza della capacità dello stesso terapeuta di valutare le condizioni del proprio contesto operativo.

Come già detto, questa fase ha già una potenzialità di cambiamento. Per certi aspetti, l'effettuazione dell'analisi della domanda costituisce, di per sé, una ridefinizione della stessa. Non è, però, azzardato affermare che l'effetto ridefinente della modalità d'ascolto o di valutazione può sfuggire al terapeuta.

Volendo controllare un tale effetto, a mio parere, si può giungere ad una ridefinizione della domanda che può consistere in una ricontestualizzazione di comunicazioni, di descrizioni d'eventi, di proposta di contenuti in un'epistemologia a casualità circolare. Questa operazione rappresenta un cambiamento di livello logico rispetto alla "realtà" costruita e rappresentata dalla famiglia, dal paziente designato, dalle persone, cioè dei processi di designazione, dei sintomi proposti, nei processi di definizione della relazione e nelle reciproche definizioni di sé.

Questa fase di valutazione, d'analisi e di ridefinizione, costituisce un ponte operativo concettuale che consente la formulazione del contratto terapeutico. Questa fase permette di definire un contesto terapeutico, che include, connet-

tendovisi, le aspettative delle persone; come già detto, questa fase comporta una definizione della relazione paziente designato-terapeuta che non può, e non deve, essere lasciata in un confuso implicito.

Si può giungere, così, alla definizione di un contratto terapeutico che, a mio parere, deve poggiare sulla riattribuzione di potenzialità positive alla famiglia, un contratto che implica una definizione degli obiettivi, dei tempi della terapia, delle regole del suo svolgimento, della determinazione della sua conclusione, aspetto, quest'ultimo, che contiene un enorme potere ristrutturante.

Si costituisce, quindi, un sistema terapeutico formato da famiglia e terapeuta, un sistema che ha le sue regole di funzionamento, le sue finalità. Nello svolgersi del processo terapeutico, la domanda può riarticolarsi e, conseguentemente, occorre un adeguamento del processo stesso. È utile, inoltre, farsi accompagnare da una valutazione di meta livello che permette costantemente di valutare la “valutazione iniziale” e l'andamento del processo terapeutico; è utile, cioè, una continua ricontestualizzazione della terapia. All'interno di questo sistema, il terapeuta utilizza la propria competenza e pone in essere gli interventi. Il termine “intervento” è qui adoperato nella consapevolezza della dimensione autoreferenziale di tale descrizione ed è, ovviamente, agito in un contesto definito secondo l'ipotesi della “casualità circolare”, una consapevolezza che, se rappresenta un ulteriore e utile definizione del “limite” dell'agire terapeutico, non limita la responsabilità del terapeuta.

In conclusione, rispetto alla struttura dell'intervento e facendo riferimento al vasto ambito di possibili considerazioni riguardanti l'uso del sé che il terapeuta agisce nel sistema terapeutico, è opportuno segnalare alcuni aspetti particolari, meritevoli d'approfondimento, nella convinzione che, in ogni caso, l'agire del terapeuta si esprime nel modo in cui la peculiarità dei diversi contesti relazionali consente. Si vuole, innanzitutto, fare un ulteriore riferimento all'uso di una sorta di consapevolezza epistemologica che il terapeuta può operare, essendo plausibile che il terapeuta abbia consapevolezza dei propri impliciti teorici e ritenendo, come già detto, che una consapevolezza epistemologica si accompagni, indissolubilmente, ad una consapevolezza etica. Per certi aspetti, infatti, i due livelli di consapevolezza, epistemologica ed etica, coincidono. La scelta del terapeuta di collocarsi in una prospettiva epistemologica può, inoltre, produrre ipotesi teoriche e azioni che “entrano” nell'articolarsi del processo terapeutico e che appartengono ad un livello logico che si potrebbe considerare sovraordinato rispetto al livello logico delle ipotesi discendenti dal modello teorico di riferimento. Una tale posizione si concretizza attraverso un'operazione autoriflessiva del terapeuta.

È inoltre opportuno, a mio parere, che egli assuma la responsabilità del proprio sentire, delle proprie emozioni, nella consapevolezza che il proprio sentire è

comunque espressione dei propri contesti. Associato a ciò, appare d'estremo interesse l'uso e/o l'esprimersi del linguaggio, sia verbale sia non verbale e delle stesse emozioni del terapeuta e gli effetti di queste variabili in correlazione al processo terapeutico.

Queste riflessioni rimandano, ovviamente, al terapeuta, alla sua esperienza, al suo stile, al rapporto che egli ha con i modelli teorici. Ritengo che sia opportuno che il terapeuta non si "innamori" del proprio modello, e che faccia un uso flessibile e creativo di sé, riconoscendo i limiti delle possibilità a sua disposizione, sapendo non solo interpretare, classificare e proporsi di cambiare il dolore dell'altro, ma sapendolo rispettare.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M.; (1974), *La terapia con la famiglia*, Astrolabio.
- Andolfi, M.; (1977), *La ridefinizione in terapia familiare*, in *Terapia Familiare*, N° 1, 1977. Roma.
- Bateson, G.; (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G.; (1984), *Mente e natura*, Adelphi, Milano.
- Bianciardi, M.; Telfner, U.; (1995), *Ammalarsi di psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.

- 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, S.Giorgio J.
- 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.
- Cancrini, L.; La Rosa, C.; (1991), *Il vaso di Pandora*, Nis, Roma.
- Cancrini, L.; (1996), *Date parole al dolore*, Frassinelli, Como.
- Cecchin, G.; Lane, G.; Ray, W.A.; (1997), *Verità e pregiudizi*, Raffaello Cortina, Milano.
- De Giacomo, P. (1986), *Sistemi finiti e interazioni infinite*, Franco Angeli, Milano.
- De Giacomo, P.;Margari,F.;Santoni Rugiu, A.:(1992),*Psicoterapia interattiva breve*,La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- De Shazer, S.; (1986) , *Chiavi per la soluzione in terapia breve*, Astrolabio, Roma.
- Fiora, E.; Pedrabissi, L.; Salvini, A.; (1988), *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*. Giuffrè, Milano.
- Fruggeri, L.; (1998), *Dal costruttivismo al costruzionismo sociale* in *Psicobiettivo n° 1*, 1998, Cedis, Roma.
- Haley, J.; (1980), *Il distacco dalla famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Hoffman, L.; (1984), *Principi di terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Keeney, B.P.; (1985), *L'estetica del cambiamento*, Astrolabio, Roma.
- Keeney, B.P.; Ross, J.M.; (1986), *La mente nella terapia*, Astrolabio, Roma.
- Keeney, B.P.; (1992), *La terapia e l'improvvisazione*, Astrolabio, Roma.
- Malagoli Togliatti M. Telfner U. (1984), *La terapia sistemica*, Astrolabio, Roma.
- Minuchin, S.; (1976), *Famiglie e terapie della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Minuchin, S.; (1980), *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma.
- Minuchin, S.; Fishman, H.; C.; (1982), *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Minuchin, S.; (1989), *Caleidoscopio familiare*, Nis, Roma.
- Minuchin, S.; Nicolas M.P.; (1993), *Quando la famiglia guarisce*, Rizzoli, Milano.

Pagliaro, G.; Cesa. Bianchi, M.; (1995), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*, Franco Angeli, Milano.

Selvini.Palazzoli, M.; (1987), *Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia. In Ecologia della Mente*, Giugno 1987, Nis, Roma.

Selvini, M.; Cirillo,S.;Sellini,M.;Sorrentino,A.M.; (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, R. Cortina. Milano.

Telfener, U.; (1996), *La valutazione del processo clinico: l'ottica sistemica, in Psicobiiettivo, n°1*, 1996, Cedis, Roma.

Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D.; (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.