

# Counselling e psicoterapia relazionale con la famiglia di oggi

Corrado Bogliolo

Psicoterapeuta

**"INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", n° 41-42, settembre - dicembre 2000 / gennaio - aprile 2001, pagg. 64 - 71, Roma**  
<http://www.in-psicoterapia.com>

Secondo B.P. Keeney (18) nella relazione dell'uomo con l'ambiente, o meglio con l'altro, si possono attuare due modelli fondamentali: uno è il "modello del pugilato" in cui due agenti lottano simmetricamente per la vittoria. L'altro è il "modello della colleganza" in cui uomo e ambiente sono considerati complementari.

Allora, in terapia, terapeuta e famiglia possono essere visti come due entità che instaurano il primo modello, oppure il secondo, oppure una alternanza di ambedue.

Il modello del pugilato è esemplificativo delle teorie terapeutiche che descrivono la relazione in termini di strategie di predominio sugli altri, tattica di potere, manipolazione, e di controllo.

Il modello di colleganza tende a descrivere terapeuta e famiglia come impegnati in un viaggio di accrescimento reciproco, un pellegrinaggio di evoluzione in comune, o una esplorazione in collaborazione.

Fino a che punto nella pratica psicoterapeutica relazionale si tiene conto delle questioni che il concetto di complessità ha introdotto nelle scienze?

Nella visione complessa il sistema famiglia non è una macchina triviale ed eteronoma, regolata dall'esterno, ma un sistema con sue regole e con una serie infinita di possibilità di funzionamento.

Pertanto il terapeuta più che inserire nuove informazioni o nuovi pattern può costruire col sistema famiglia un percorso che sviluppi alcuni pattern compatibili con la coerenza del sistema.

Nella epistemologia della complessità dovremmo definire improprio il concetto di famiglia disfunzionale, perché il sistema famiglia in ogni caso si comporta secondo la propria organizzazione, realizzando la sua *coerenza interna*.

Di conseguenza la struttura di una famiglia psicotica mostra comportamenti sintomatici solo perché la sua struttura prevede una scarsa varietà di risposte disponibili.

Attivare le condizioni per uno sviluppo in termini evolutivi di un sistema disfunzionale prevede il raggiungimento di una certa "fluidità", che in terapia significa rinuncia alle certezze e conoscenze predefinite che sono caratterizzate dalla riduzione della realtà ad unico paradigma.

Fluidità è rinuncia alla illusione di conoscenza oggettiva e accettazione della molteplicità dei punti di vista.

### **L'approccio consenziente**

Si partì dall'osservazione che per certe famiglie (rigide) occorreva che il terapeuta modulasse, in senso di attenuarle, le proprie velleità. Questo è divenuto poi una condizione psicologica, emozionale, ed un atteggiamento, cui è stato assegnato il nome di *consenziente*.

Partito come un adattamento alle situazioni e poi come una elaborazione di un modo più "soft" del far terapia, il pensare o l'agire consenziente è divenuto un *modo di essere*. In sostanza un atteggiamento mentale che si va configurando nello studente e che ad un certo momento va a costituire la *naturalità* del terapeuta. Questa modalità di agire e di essere corrisponde infatti ad un modo di porsi, legato in maniera intensa con la famiglia in trattamento, e che è l'obiettivo dei nostri programmi formativi.

### **Una breve storia della "consenzienza"**

L'illusione di poter disporre sempre della risposta giusta nel momento giusto ha spinto molti terapisti sistemici della prima ora, ma anche non pochi loro successori, ad applicare le cosiddette tecniche "brevi"; ma queste sono efficaci solo quando le situazioni da affrontare sono veramente semplici. È ovvio che una famiglia in cui esistono "disfunzioni minori" può non avere difficoltà a imboccare strade diverse. In questi casi è presente una capacità di trasformazione, e quindi di cambiamento, che può essere avviata anche da una semplice prescrizione.

La nostra riflessione sulle forti componenti morfostatiche che accompagnano i quadri psicotici prese il via verso la fine degli anni '80, in relazione alle numerose esperienze fatte nei Centri di Terapia Relazionale dei Servizi Pubblici dove lavoravamo. Non riuscivamo a

sottrarci dal disagio quando avevamo in terapia una famiglia con un membro con *sintomi psicotici*.

Molte volte era accaduto che si era interrotta la terapia per un suo improvviso aggravamento e conseguente ricovero in un reparto psichiatrico, o più semplicemente per un rifiuto dei familiari o del malato stesso di proseguire l'esperienza.

La prima scuola (omeostatica) sistemica affermava che nella maggior parte dei casi quanto più si cercava di accelerare il cammino verso il cambiamento, tanto più il sistema (famiglia) avrebbe fatto resistenze.

Chiamammo queste "famiglie difficili". La prima volta in cui parlammo ufficialmente, di "consenzienza" fu a Firenze nel 1987: il termine venne descritto come una modalità di approccio a sistemi "gravemente disfunzionali" e "rigidi", quali le famiglie con membri psicotici cronici, dove si assiste ad una chiusura di contatti col mondo, alla tendenza alla invarianza, alla immutabilità nel tempo. Si trattava di cercare un modo, o una via, mediante la quale accedere alla famiglia e condurre la terapia.

L'adozione del termine *difficile*, o di *famiglia difficile* era indubbiamente arbitraria e si rifaceva a linguaggi diversi da quello relazionale o psicoterapico in generale. La parola ha come primo significato: "che richiede abilità o fatica". O "non facilmente comprensibile". In un altro senso può indicare: "irto di ostacoli" oppure: "caratterizzato da preoccupazioni o da ansie". Infine: "lavorabile con difficoltà". Di volta in volta avevamo fatto ricorso a questi termini, o li avevamo "sentiti" quando eravamo alle prese con famiglie assistite nei Servizi Psichiatrici.

Famiglie che, per la loro disfunzione, avevano la prerogativa di mettere in crisi ogni nostra velleità taumaturgica. Su un piano di realtà operativa, riscontravamo quanto fosse difficile mobilitare due genitori fiaccati dalla tragica esperienza con un figlio psicotico. La loro condizione di disperato senso di sconfitta coincideva con la rigida chiusura del sistema. Quando si aveva a che fare con una situazione così *grave*, come si poteva pensare di agire interventi perturbativi in un sistema già portatore di sofferenza e di paura? Queste famiglie portavano la loro angoscia, rinnovata dalle delusioni, assieme ad un meccanismo altamente delegante; una richiesta formalizzata di aiuto e una identificazione precisa del PD.

Elaborammo la nostra riflessione per concludere che la famiglia difficile è, per la sua intrinseca natura, quella che non fornirà subito la risposta "desiderata dal terapeuta". Potrà avere una apparente *compliance* verso il processo terapeutico, ma nello stesso tempo frenarne o impedirne il percorso; in altri termini, avere una "forte" morfostasi.

La famiglia altamente disfunzionale costruisce nel tempo una sua realtà, una sua "verità", *dove è vero per il sistema ciò che questo consente che lo sia*, quello su cui si è creato nel tempo un consenso del gruppo. In questo senso diventa "vero" quello che è più "utile" a dare un significato al proprio mondo. Tutto ciò coincide di solito con la diagnosi assegnata al PD.

### **Cambiare procedura**

Il presupposto era dunque la constatazione che l'applicazione rigida dei modelli non tiene conto dell'estrema mutevolezza delle situazioni, della necessità di vedere la relazione terapeutica non come un esercizio di manipolazione delle persone, come se fossero plastilina o creta.

Le potenzialità autopoietiche del sistema debbono essere valorizzate al massimo, mentre il terapeuta rappresenta un fattore di sviluppo e semmai di "proposta" verso nuovi assetti interattivi.

In questo senso si adottò il termine "consenziente", implicando anche il significato di *rispetto* per la famiglia.

Così il termine "consenzienza" fu coniato con l'intendimento di definire un approccio rispettoso per l'altro e di fondamentale impiego con sistemi gravemente disfunzionali.

Emerse così la necessità di rivedere *il modo di far terapia*, ad esempio:

- essere capaci di sopportare le conseguenze del *tentativo di intrusione* da parte del terapeuta nel sistema familiare;
- essere *sempre meno interventisti e meno appariscenti*: cominciammo ad *allinearci* alla famiglia, all'interno di una visione globale del sistema comprendente lo psicoterapeuta;
- adottare *non un nuovo modello, ma semmai un percorso del rapporto di conoscenza*, nella consapevolezza che una volta definiti, i modelli finiscono per imprigionare chi vi aderisce;
- cercare un'*attitudine personale, un modo di entrare in relazione che permei i comportamenti del terapeuta*.

Decidemmo anche che era del tutto accettabile, e in certi casi indispensabile, che, mentre si percorreva una terapia familiare, dei colleghi psichiatri trattassero il portatore dei sintomi con gli psicofarmaci. E che di conseguenza tra i due gruppi terapeutici fosse opportuno un contatto professionale.

### **I significati**

Una interpretazione della procedura consenziente vede questa come un approccio che **consente** alla famiglia di continuare a mantenere le proprie regole disfunzionali in attesa che emergano spinte evolutive. Si tratta della accezione più comune nella lingua italiana, dove consentire assume il significato di **tollerare, permettere, accettare**.

**1.** È implicito il **riconoscimento di una autonomia** del sistema famiglia, cui consegue il rispetto delle sue regole intrinseche. Questa modalità avrebbe costituito una sorta di cavallo di Troia che il terapeuta introduce nella roccaforte della famiglia senza il bisogno di distruggerne le mura.

**2.** Di fatto il principio è quello di **evitare al massimo di forzare** la struttura familiare quale si presenta alla terapia, e di accompagnarsi ad essa lungo il percorso del processo terapeutico. L'intervento si gioca nell'incontro terapeuta-famiglia, nel creare le condizioni affinché questa divenga pronta ad accettare lo strumento psicoterapeutico. Caratteristiche della consenzienza sono dunque *la tolleranza, la capacità di attendere, l'uso di interventi minimi*.

**3.** Tutta la terapia è centrata sulla **adesione allo stile** della famiglia, alla sincronizzazione col modo che questa ha di comunicare, di attaccare, di fuggire, di "non esserci".

**4.** Accanto alla accettazione del sistema sta il **rispetto dei tempi**. Ogni famiglia ha il proprio tempo mentale. In questo senso la famiglia malata tradisce il ristagno, o il blocco del suo tempo. Questo dato corrisponde ad una caratteristica intrinseca, ad una peculiarità in quel momento. In altre parole la sua realtà e, per dirla con P. Dell, la sua coerenza interna. È su questo tempo, più o meno arrestato, che il terapeuta è chiamato ad inserirsi senza pretendere di cambiarne bruscamente la cadenza. È importante dunque che il terapeuta non "prestabilisca" in alcun modo i tempi; ne consegue che fin dall'inizio non vengono stipulati *contratti*, e quindi non si sono stabiliti termini temporali della terapia. Questa modalità di intendere la durata del processo terapeutico riguarda l'accettare "il tempo sistemico" e quindi la evoluzione, imprevedibile, del processo.

**5.** Il procedere consenziente è un atteggiamento di **rinuncia alla pretesa di ottenere il risultato** nel minor tempo possibile e fare di questa affermazione un principio teorico. Il terapeuta consenziente deve riuscire a sopportare l'indeterminatezza e attendere che nella famiglia e nei suoi componenti emerga un movimento evolutivo.

**6.** Ci saranno occasioni per **interazioni istruttive**, in cui è opportuno dire cosa fare, o dare vere e proprie prescrizioni, o agire delle ricontestualizzazioni, e momenti in cui questo deve essere evitato. Da questo nasce l'uso in terapia degli interventi *minimi*.

7. Nella procedura consenziente il **paziente designato** potrà essere confermato come tale, concedendo gli spazi descrittivi su di lui ai vari membri, lasciando che egli manifesti i propri sintomi per tutto il tempo che il sistema vorrà. Solo in una fase più avanzata il terapeuta potrà "insinuare" qualche riserva sulla di lui posizione, e proporre una ridefinizione della funzione del comportamento sintomatico. Compito costante del terapeuta è, come del resto diceva J. Haley molti anni fa: "di scorrere assieme al fiume e non pretendere di cambiarne brutalmente il corso".

Nel termine consenzienza emergono altri significati:

- Quello di **cum-sentire** inteso come *sentire insieme*. Attraverso questo si costruiscono nuovi significati alla sofferenza e nuove descrizioni che apportano complessità alla visione del mondo della famiglia. Ne deriva l'abbandono di modelli unici e standardizzati, applicabili sempre e indipendentemente dalla "natura" della famiglia in trattamento e invece una apertura verso la accettazione reciproca, la tolleranza e la comprensione.

- Il significato di **cum-prendere** (*prendere-con-sé* o anche il *sentire con*), cioè *essere insieme, capire e condividere*. Adesso il terapeuta potrà "sentire" il dolore, o la disperazione provati da uno o più componenti della famiglia, dividerne le emozioni oltre che le modalità di vita, ma nello stesso tempo saprà essere in grado di elaborare i propri vissuti, emergenti da questo contatto emotivo. Il terapeuta consenziente deve essere anche capace di operare contemporaneamente una lettura tecnica, e *capire e rispettare la sofferenza* della famiglia.

È una chiave per una relazione cooperativa nella quale si accettano le differenze e non ci si fronteggia. In tale ambito il terapeuta vive insieme alla famiglia il processo terapeutico anche sotto il profilo emotivo.

### **Associazione continua**

L'associazione continua rappresenta uno degli aspetti principali della consenzienza. Abbiamo sottolineato come il *joining* deve ispirarsi molto al concetto di associazione elaborato da Minuchin. Nel caso della consenzienza il *joining* diventa "una funzione determinante del processo e deve prevedersi che si possa prolungare a lungo, anche per tutto il decorso della terapia"(2). L'**associazione continua** vuole un terapeuta che non abbandoni mai il campo, che ogni volta si ponga il problema se il suo accesso al sistema familiare è ancora consentito, che sappia assumere un ruolo poco appariscente.

A questo proposito possiamo immaginarlo come se fosse uno di casa, "uno zio", un familiare che ogni volta torna da lontano ed è interessato a tutti, genuinamente curioso e confidenziale. In anni più

recenti la "curiosità" ci è stata riproposta da G. Cecchin (8). Egli potrà farsi coinvolgere dai singoli membri della famiglia, senza tralasciare di osservare il sistema nel suo complesso, con un "lavoro di spola continuo tra sofferenza individuale e livelli di articolazione relazionale del sistema"(4). Val la pena di ricordare H.S. Sullivan, quando parlava di quella "osservazione partecipe", in cui, in una fase storica fortemente orientata sull'individuo, e sul rapporto duale, egli valorizzava l'aspetto interpersonale, familiare, del rapporto terapeutico (7).

### **La colleganza**

Note sono le posizioni di B.P. Keeney (18) quando afferma che, nella relazione dell'uomo con un suo simile, si possono attuare due modelli fondamentali. Uno è il "modello del pugilato" in cui due agenti lottano simmetricamente per la vittoria. L'altro è il "**modello della colleganza**" in cui uomo e ambiente sono considerati interdipendenti e inseparabili. Il modello del pugilato è esemplificativo di quelle teorie che descrivono la relazione in termini di strategie di predominio sugli altri, tattica di potere, di manipolazione e di controllo.

La consenzienza si rifà agli elementi fondanti degli scambi interpersonali. Poiché il *linguaggio* è cardine del rapporto tra le unità comunicanti, da questo dipende la possibilità di avviare una relazione e la natura di questa. Ci si allaccia pertanto anche a quelle teorie linguistiche (J. Habermas) che propongono l'*uso regolativo*, rispetto all'*uso imperativo* del linguaggio stesso, nelle quali si sottolinea l'importanza dell'*atteggiamento orientato verso l'intesa* come prerequisito per una verità e correttezza della comunicazione. Sempre con R. Keeney, possiamo vedere terapeuta e famiglia impegnati in un viaggio di accrescimento reciproco, in un "pellegrinaggio" di evoluzione in comune, o in una "esplorazione in collaborazione".

Secondo la teoria della complessità il concetto di colleganza può essere interpretato come l'equivalente clinico del concetto di accoppiamento strutturale: si tratta di un congiungimento, un accoppiamento tra l'autonomia strutturale del terapeuta e quella della famiglia.

### **Adeguarsi alle risorse**

Le famiglie fortemente disfunzionali, vengono affrontate da certi terapeuti senza chiedersi quali sono le loro **risorse**. Questo può creare delle contraddizioni, visto che certi "interventisti" si aspettano eccellenti risposte alle loro strategie terapeutiche. Per contro altri terapeuti sono paradossalmente convinti che la famiglia deve anzitutto prendere coscienza della propria disfunzione, del *difetto* (ad esempio: il problema è che il padre è sempre periferico, che la madre è pesantemente invischiata, che il figlio è troppo *parental child* etc.).

In qualche modo si finisce per sottolineare l'assenza di risorse invece di valorizzare quelle di cui la famiglia dispone, incoraggiandone l'uso.

Le risorse della famiglia sono collegate e dipendenti dalla storia, dalla configurazione dei ruoli, delle relazioni: su questo influiranno gli elementi individuali, intendendo gli individui come sistemi, e gli elementi provenienti dal sociale, inteso questo come rete relazionale complessa. Le risorse sono maggiormente compromesse nelle famiglie disfunzionali.

È sconcertante come con frequenza le risorse vengono sottovalutate da certi terapeuti: ad esempio esiste uno stereotipo individuale del paziente psichiatrico, il quale viene vissuto, anche dai tecnici, come inattendibile, *pazzo* e quindi incapace di una sua propria definizione e di poter attingere alle sue risorse per affrontare la vita e il mondo. Eppure chi ha lavorato per anni con questi pazienti, sa quante di queste risorse sanno far emergere al momento giusto.

La connotazione positiva è una mossa, *il contatto con la famiglia le cui risorse vengono garbatamente incoraggiate è una cosa diversa*. Affidare il processo alle abilità del terapeuta, o alla sottomissione della famiglia è una cosa, *coltivare la speranza e la fiducia nell'altro è cosa diversa*.

### **Il viaggio con la famiglia**

Abbiamo visto come l'utilizzo della storia e l'inserimento del tempo riguardano un indispensabile percorso lungo il canale temporale della famiglia. La posizione consenziente afferma che quanto più grande è la disfunzione, quanto meno si può lavorare sull'*hic et nunc*. Indispensabile è, in questi casi, la ricerca di un terreno privo di segnali minacciosi per la famiglia. Avviare dunque un viaggio nel passato della famiglia, o meglio delle famiglie. Sul piano immediato si tratta di uno strumento, o una strategia, attraverso cui lo psicoterapeuta realizza uno spostamento dalla centralità del PD ad un altro territorio senza che questo comporti la distrazione dall'importanza data al *malato* e ancor meno la proposta di alternative attuali. Su un livello più pregnante si cerca di realizzare un incontro emotivo di grande rilevanza. Il principio etico professionale del terapeuta resta quello di "rispettare" quanto il sistema porta, quindi se ne può definire l'obiettivo come quello di "capire e condividere il mondo emozionale della famiglia". Nello stesso tempo il significato del *cum-sentire* ci avvicina al concetto d'accoppiamento strutturale, ma anche alla relazione terapeutica nelle sue accezioni più classiche.

Sono questi gli aspetti che non possono essere messi in campo quando una famiglia è troppo sofferente. Si tratta di una via obbligata, dove ci si rivolge ad un passato che non contiene dati che il sistema deve difendere; dove, se conflitti ci sono, questi si trovano

in un'area che fa meno paura. Qui la condivisione di emozioni e affetti, più che di dati di cronaca, potrà riproporre a tutti un senso di stabilità, ed aumentare la capacità di tollerare la sofferenza.

Quando questo accade la stanza della terapia si popola di personaggi, lontani, ma anche presenti, perché avevano una loro funzione che oggi forse qualcuno ancora assume.... Il viaggio a ritroso, in un mondo animato da figure variegatae, con padri, madri, nonni, non è facile: a volte è lento e faticoso perché è difficile sostenere il tono emotivo dei ricordi, segnalare al narratore il nostro genuino interesse, la voglia di conoscere antiche emozioni, o comportamenti, o regole.

Ripetiamo come ogni terapia è un fatto a sé. Il terapeuta, di fronte ad una situazione meno patologica, potrà limitarsi ad interventi ristrutturanti, o prescrittivi, o tornare al passato attraverso una disamina del canale temporale della famiglia e delle sue eventuali fasi di stallo. Nel caso delle famiglie difficili l'immersione nel sistema è indispensabile, ed in questo si realizza la consenzienza: col richiamo della storia, o delle *storie*, si avvia una sorta di rilegatura, o reimpaginatura del libro familiare.

Quello che Keeney aveva chiamato il "pellegrinaggio in comune", può avvenire accompagnando la famiglia verso una implicita rivisitazione della propria epistemologia. Nel sistema terapeutico si assiste ad *un processo di co-costruzione di una nuova realtà attraverso la narrazione e la riscrittura del testo*. In questo senso il terapeuta diventa un'entità in coevoluzione. La storia verrà tracciata per racconti, per metafore, oppure nella ricerca dei miti, quelli scomparsi e quelli persistenti. Ci si immerge nelle macroregole costruite nel corso delle generazioni, ripercorrendo, col sistema al completo, sentieri anche noti, ma dei quali ad un certo punto emerge un dato, una notazione, una emozione prima ignorata.

Il recupero della dimensione diacronica del tempo non solo restituisce l'appartenenza a una storia, ma recupera il valore del passato: non però nel ritorno ad una concezione causale (il passato "determina" il presente) , bensì in una visione secondo cui il passato continua a vivere nel presente. Continua a vivervi attraverso i miti, i fantasmi, i complessi coesivi di valori e di significati che caratterizzano l'immagine (o la "rappresentazione") che il sistema familiare ha di se stesso, e che, perciò, possono e debbono essere indagati e ricercati. È un tentativo di cominciare a scrutare dentro quella "scatola nera" che il modello omeostatico riteneva irrilevante o insondabile? Forse. È, sicuramente, un tentativo di recuperare quella multidimensionalità del processo mentale che, come si è visto, ispirava la concezione batesoniana.

Egli può lasciarsi coinvolgere con i singoli membri della famiglia senza tuttavia perdere di vista gli altri e il sistema nel suo complesso, con un lavoro di spola continuo tra sofferenza individuale e livelli di

articolazione relazionale del sistema. Egli da un lato deve vedere la famiglia attraverso una lettura tecnica e contemporaneamente essere capace di sentirne la umana sofferenza, dall'altro deve creare le condizioni perché la famiglia accetti la sua presenza e la sua proposta di cambiamento.

Al riguardo Bogliolo afferma che il terapeuta porta in terapia il suo sé e la sua storia che si intersecano con la storia e il sé della famiglia. Questo avrà un'importanza fondamentale nella strutturazione del processo terapeutico. **Il terapeuta è come se fosse uno della famiglia, uno zio curioso e confidenziale.** In questo senso utilizza il linguaggio della famiglia e sente e ripropone le emozioni con la stessa lunghezza d'onda. Questo è il filo conduttore che accompagnerà tutta la terapia. Il terapeuta deve essere capace di far uso delle proprie emozioni, delle evocazioni e proiezioni. **Lo spazio emozionale è quello che consente di ottenere la chiave d'accesso al sistema;** il passaggio segreto per entrare ed uscire dalla famiglia in una particolare intersezione col gruppo, unica, peculiare ed irripetibile.

### ***ATTEGGIAMENTO DEL TERAPEUTA***

(i modelli secondo Keeney)

#### **Modello del pugilato**

- relazione simmetrica
- strategia di predominio
- tattica di potere
- manipolazione, controllo

#### **Modello della colleganza**

- relazione bilanciata
- accrescimento reciproco
- pellegrinaggio di

evoluzione in comune

- esplorazione in

collaborazione

### ***FAMIGLIA A TRANSAZIONE***

#### ***RIGIDA***

## **I Cibernetica**

- rigidità di chiusura dei contatti col mondo
- tendenza all'invarianza
- immutabilità nel tempo
- sintomo: comportamento tendente a mantenere l'omeostasi del sistema

## **II Cibernetica**

- famiglia con propria organizzazione
- famiglia con una sua coerenza interna
- famiglia sistema lontano dall'equilibrio

## **ASSOCIAZIONE**

### **Modello strategico**

- fase iniziale
- terapeuta osservatore separato dal sistema che osserva
- intervento strutturato nella mente del terapeuta

### **Modello strutturale**

- fase terapeutica
- terapeuta dentro il sistema
- il terapeuta lavora con la famiglia attraverso un processo di reciprocità

### **Modello della consenzienza**

- associazione continua con accoppiamento strutturale terapeuta-famiglia secondo un modello di colleganza
- costruzione del processo terapeutico tra terapeuta e famiglia
- terapeuta curioso e partecipe verso individuo e il sistema
- spazio emozionale: chiave di accesso al sistema familiare

- rispetto del tempo della famiglia Medica", 2 (1987), pp. 159-170.
- 11. Bogliolo C., Bacherini A.M., *Il bambino in psicoterapia relazionale: significato di una presenza*, Roma, 27 sett.-1 ott. 1988.
- 12. Bogliolo C., Capone D., *Livelli disfunzionali della famiglia e procedure terapeutiche*, Relazione al convegno SIP Salsomaggiore ottobre 1991.
- 13. Caillé P., *Il rapporto famiglia terapeuta*, NIS, Roma 1990.
- 14. Capone D., Fanali A., *La nozione di autonomia nel processo terapeutico e nel divenire della famiglia*, in corso di pubblicazione.
- 15. Elkaim M., *Si tu m'aimes ne m'aime pas*, Editions du Seuil, Paris 1989.
- 16. Fabbri Montesano D., Munari A., *Strategie del sapere*, Edizioni Dedalo.
- 17. Haley J., *La terapia del problem solving*.
- 18. Keeney B. P., *L'estetica del cambiamento*, Astrolabio, Roma 1985.
- 19. Morin E., *Le vie della complessità*, in Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano 1980.
- 20. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- 21. Stengers I., *Perché non può esserci un paradigma della complessità*, in Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), *La sfida della complessità*, cit.