

Laura Fruggeri
Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione
come principio di metodo.
Connessioni, 3, 1998, pp. 75-85.

La matrice dei significati

Contesto è stato indubbiamente un concetto chiave dell'approccio sistemico alla psicoterapia fin dai suoi esordi.

In generale per contesto si intende il complesso delle circostanze entro cui un determinato fatto emerge e si sviluppa. Nel corso degli anni queste circostanze sono state diversamente definite ed identificate dai terapisti sistemici, senza tuttavia che mutasse il principio metodologico a cui l'idea di contesto rimanda e che possiamo sintetizzare con le parole di Bateson: "Senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla. L'azione osservata è del tutto priva di senso finché non viene classificata come 'gioco', 'minaccia' o quant'altro", (Bateson, 1975, trad. it. p. 146). Il contesto, aveva scritto altrove Bateson (1972), è "la matrice dei significati". Con questa definizione, questo autore -maestro per molti terapisti, sicuramente per quelli addestrati secondo il modello milanese- 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 generativa

L'indicazione di Bateson sta all'origine dell'approccio sistemico e ne ha determinato l'evoluzione. E' sulla base di questa indicazione infatti che è sorta una teoria sistemica della psicopatologia e della psicoterapia. E sulla base di questa indicazione che si sono sviluppati metodi di osservazione e modelli di intervento.

L'idea del contesto come matrice dei significati applicata all'analisi dei fenomeni psico-patologici e del setting psicoterapeutico ha introdotto una rivoluzione nel modo di considerare categorie cliniche quali il sintomo, la diagnosi e il trattamento, ridefinendole in termini *relazionali*. Il sintomo cessa di essere

trattato come un'espressione di disfunzioni individuali e viene invece assunto come informazione riguardante l'intera rete dei rapporti in cui la persona è inserita; la diagnosi non è l'attribuzione di categorie patologiche ad un singolo individuo, ma fa riferimento a modalità di funzionamento di un gruppo; l'intervento terapeutico non si fonda sull'analisi dei processi intrapsichici, ma sull'osservazione dei modelli interattivi dell'intero gruppo familiare e si propone di modificare il contesto entro il quale il disagio è emerso e mantenuto, e non soltanto le dinamiche individuali della persona portatrice di tale disagio.

Ma il contesto considerato nell'analisi dei terapisti non è soltanto quello familiare entro cui i comportamenti sintomatici si manifestano.

Alla fine degli anni settanta e inizio degli anni ottanta, l'orizzonte dei terapisti sistemici si allarga: oltre a riflettere sul contesto delle interazioni familiari, cioè sul contesto di insorgenza e mantenimento del comportamento sintomatico, essi incominciano a prendere in considerazione il contesto della psicoterapia, cioè il contesto del cambiamento del comportamento sintomatico. In particolare, i terapisti si interrogano sulla necessità di elaborare modalità di intervento che, ispirandosi al modello sistemico, tengano conto delle caratteristiche del contesto in cui l'intervento stesso viene condotto. In quegli anni i terapisti sistemici che operano nei servizi pubblici constatano, dapprima con frustrazione poi con interesse scientifico, che le tecniche sviluppate e apprese negli studi privati non hanno la stessa efficacia quando sono applicate nelle pratiche istituzionali; constatano cioè che il *dove* viene condotta la psicoterapia non è soltanto un contenitore di azioni, ma una variabile incidente sull'effetto di tali azioni. Prendono così atto che non sono soltanto i comportamenti dei membri della famiglia ad assumere significati in relazione alla situazione; il principio della contestualizzazione vale anche per le azioni dei terapisti. Da questo punto di vista, appare allora chiaro che le tecniche e le strategie terapeutiche non possono essere considerate universalmente valide o efficaci, esse devono poter essere adeguate alle caratteristiche del contesto in cui vengono praticate. Questa riflessione è stata indubbiamente stimolata dalle diverse condizioni, luoghi e circostanze in cui, col diffondersi dell'approccio sistemico, i terapisti si trovavano ad operare, ma essa è stata anche resa possibile dagli stessi presupposti che i terapisti formati secondo una prospettiva sistemica avevano, cioè dal riferimento al concetto di contesto come principio di metodo. Tale riferimento ha infatti permesso ai terapisti di considerare la possibilità che il fallimento inizialmente registrato nei servizi pubblici della applicazione delle tecniche apprese negli ambulatori privati non fosse da attribuirsi alla inefficacia

delle tecniche stesse, ma alla necessità di contestualizzarle. L'idea di contesto è stata, in questo senso, una idea generativa di modalità di intervento innovative rispetto alla terapia familiare classicamente concepita (per una rassegna cfr. Fruggeri et al., 1995), 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.

Diverse definizioni di contesto

Nel corso degli anni e in sintonia con l'approfondimento epistemologico che ha caratterizzato la riflessione dei terapisti sistemici, la nozione di contesto è stata differentemente articolata: da una prima definizione fattuale si è passati, grazie alla introduzione di una impostazione costruttivista, alla sottolineatura della dimensione simbolica implicata in tale nozione. E tuttavia la sua ridefinizione teorica non ne ha mutato la portata metodologica. Non ha cioè mutato il principio in base al quale nessun fatto può essere considerato al di fuori del complesso delle circostanze in cui si origina e si sviluppa. Ciò che è cambiato è l'idea di che cosa si debba intendere per tali "circostanze".

In una prospettiva oggettivista, questo insieme di circostanze si identifica con la realtà dentro cui gli individui compiono azioni ed intrattengono relazioni; secondo un'ottica costruttivista, il contesto si identifica invece con il sistema di rappresentazioni, più o meno condivise, in base al quale gli attori sociali costruiscono il mondo circostante e all'interno del quale compiono azioni e intrattengono rapporti.

Nel primo caso, l'analisi è rivolta a quelle circostanze, rilevabili da un osservatore esterno, all'interno delle quali un determinato fatto emerge; nel secondo caso, l'analisi si focalizza sui significati che tali circostanze assumono in virtù dei sistemi di rappresentazioni dei vari soggetti coinvolti. In pratica questa ridefinizione ha comportato passare da una considerazione degli aspetti comportamentali, interattivi e strutturali coinvolti in un determinato fatto alla considerazione degli aspetti simbolici e costruiti implicati in tale fatto. Bateson aveva sottolineato che "i contesti non sono altro che categorie della mente" (1975, trad. it. p. 146) e che, in questo senso, non ci sono semplicemente contesti, ma contesti di contesti (1972), ad enfatizzare ulteriormente come l'idea di contesto rimandi ad un metodo più che a un oggetto. I terapisti sistemici però hanno a lungo ignorato questa precisazione e in accordo con la

cultura oggettivista predominante hanno identificato il contesto con il luogo fisico e sociale dell'interazione fosse essa quella familiare o quella terapeutica. Così, se nell'analisi della psicopatologia ciò che risultava centrale era la rilevazione dei modelli interattivi osservabili, nello sviluppo delle tecniche di intervento, centrale era l'identificazione delle caratteristiche struttural-istituzionali del luogo in cui la terapia veniva condotta.

E' in coincidenza con la rideclinazione dell'approccio sistemico in senso costruttivo che si incomincia a sottolineare la dimensione più simbolica del contesto. A seguito di ciò, infatti, il contesto dell'insorgenza e mantenimento di un sintomo è stato identificato con l'intreccio tra modelli interattivi e processi simbolici, e da questo punto di vista sono i contesti d'apprendimento delle varie sindromi ad essere posti al centro dell'analisi e della ricerca (cfr. Ugazio, 1998). Le caratteristiche della situazione socio-istituzionale in cui la psicoterapia ha luogo inoltre non sono più state considerate come aventi un significato universalmente ed oggettivamente definito. Il loro significato è considerato come costruito a partire dai sistemi di rappresentazioni dei soggetti implicati (cfr. Fruggeri et al., 1991). In quest'ottica, l' adeguamento della tecnica al contesto non è dato una volta per tutte, ma chiama in causa la singolarità dei diversi pazienti. La stessa richiesta fatta allo stesso servizio può cioè avere significati diversi per pazienti diversi, poiché l'atto stesso di rivolgersi ad un servizio, le prestazioni che ci si aspetta di ricevere, le caratteristiche della istituzione su cui si fa affidamento per risolvere i propri bisogni, possono essere diversamente rappresentate da utenti diversi o da diverse categorie di utenti. Le rappresentazioni che i soggetti hanno di ogni singola fase, circostanza, persona, funzione implicata nel processo dell'intervento, sono diverse in quanto sono connesse alla storia individuale e sociale della persona (Fruggeri, Matteini, 1994). Questo allora implica che se da una parte non si può dare per scontato che le azioni dei terapisti abbiano un significato universale e predefinito in quanto dipendono dal contesto in cui tali azioni sono praticate, così non si può dare neanche per scontato che il significato del contesto socio-istituzionale, dall'interno del quale un terapeuta opera, sia universalmente e aprioristicamente condiviso, in quanto esso dipende a sua volta dai sistemi di significato delle persone implicate.

Ma la differenza più significativa è stata introdotta dalla prospettiva costruzionista ed è quella fra una concezione del contesto come dato invariante e una concezione di contesto invece come riflessivamente connesso alle azioni; e dunque fra il contesto pensato come un elemento statico o predefinito -sia in

senso simbolico che fattuale- dell'interazione, e il contesto pensato come costruito, esso stesso, attraverso i processi simbolici ed interattivi (Cronen et al., 1982).

La ridefinizione della nozione di contesto in senso riflessivo ha comportato un allargamento qualitativo del campo di analisi: l'attenzione è posta sul come i sistemi di rappresentazione e significato di terapeuta e paziente/famiglia si coordinano nella costruzione delle dinamiche relazionali che costituiscono il contesto, cioè la matrice dei significati, delle azioni che in tale costruzione vengono messe in atto. Le aspettative delle famiglie o dei pazienti nei confronti dell'intervento terapeutico, il loro modo di rappresentarsi il luogo della terapia, i loro miti o paradigmi familiari, le loro teorie implicite relative alla malattia, così come le aspettative, rappresentazioni, miti e teorie implicite dei terapeuti, vengono assunti a oggetto di analisi, non separatamente, ma per come essi si coordinano nell'azione congiunta che costruisce il processo terapeutico. Riflessivamente, il processo di interazione fra terapeuta e paziente/famiglia viene analizzato per come esso mantiene o modifica i sistemi di rappresentazione.

Da questo punto di vista, il contesto non è semplicemente il luogo o il contenitore dell'interazione, non è neanche soltanto il sistema di rappresentazioni in base al quale i partecipanti all'interazione attribuiscono senso alle rispettive azioni e al luogo in cui l'interazione si svolge, esso si identifica con il processo interattivo co-costruito dagli interlocutori nella relazione in virtù della coordinazione di azioni e significati che ha luogo in tale processo e che riflessivamente diventa la matrice dei significati delle azioni compiute dai soggetti nel corso della loro interazione.

Lo stesso intervento, messo in atto da un terapeuta, di fronte allo stesso tipo di problema, presentato però da persone diverse può, proprio perché si coordina con persone diverse - ognuna con i propri sistemi di rappresentazione di sé, degli altri e della situazione- dare luogo alla costruzione di diversi contesti interattivi che dunque generano significati diversi dell'intervento (Fruggeri, 1995).

Questo implica allora che i criteri o la guida d'azione per un terapeuta non possono più essere rintracciabili nella validità più o meno oggettiva, ma comunque prefigurata, del modello tecnico-scientifico di riferimento; così come il valore dell'azione non può essere considerato unidirezionalmente predefinito dal terapeuta. Ogni decisione del terapeuta rispetto a quale comportamento,

atteggiamento, posizione tenere, non ha più riscontri esterni al processo interattivo che la decisione contribuisce a costruire.

L'attualità del principio di contestualizzazione

La rideclinazione in senso costruttivista prima e costruzionista poi ha indubbiamente modificato ed allargato ciò che si può intendere per contesto; non ha però teoricamente intaccato il principio batesoniano in base al quale "senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla".

Eppure nei discorsi dei terapeuti, la frase-chiave "niente ha significato fuori da un contesto" è stata sostituita prima da "niente può essere detto se non da un osservatore" e, poi, da "niente esiste se non nel linguaggio", come se queste ultime fossero in alternativa alla prima e non semplici ridefinizioni del prima.

Affermare che niente può essere detto se non da un osservatore, non significa rinunciare al principio della contestualizzazione, significa specificare che il contesto entro cui le descrizioni di un determinato fatto assumono senso è costituito dalle premesse, dai punti di vista, dai sistemi di rappresentazione e di significato di chi effettua le descrizioni. D'altra parte, affermare, come fanno i costruzionisti sulla base del principio secondo cui "niente esiste fuori dal linguaggio", che l'esito di un intervento terapeutico emerge dal processo interattivo-conversativo tra terapeuta e paziente, non ha come conseguenza l'annullamento del principio di contestualizzazione, all'opposto vincola i terapeuti alla responsabilità di sviluppare modalità di osservazione e di analisi di tale interazione-conversazione come riferimento per la comprensione della situazione su cui si interviene e per la decisione circa quali interventi mettere in atto.

Tuttavia, il principio della contestualizzazione è sempre meno punto di riferimento nel dibattito tra terapeuti, che infatti in nome della complessità e del costruzionismo sta assumendo toni sempre più prescrittivi.

Se guardiamo alla letteratura più recentemente prodotta in campo sistemico-psicoterapeutico si desume che la preoccupazione maggiore dei terapeuti oggi è quella di prendere le distanze dalla rigidità che il riferimento a un certo modello teorico può comportare, dal tecnicismo in cui l'adozione di procedure può trasformarsi, dal dogmatismo in cui il richiamo al rigore metodologico può cadere.

E' una preoccupazione che da parte di alcuni è espressa in nome di ragioni pragmatiche, legate cioè alla possibilità di essere terapeuticamente più efficaci, da altri invece è manifestata in nome di una "correttezza politica" che prevede il rispetto del paziente e l'abbandono di ogni posizione di potere che è sempre limitante la libertà degli altri.

La capacità di non rimanere legati ai propri modelli e alle proprie idee, di accogliere ed utilizzare, se necessario, anche i contributi offerti da altri approcci, viene enfatizzata in tutti i testi più recenti scritti dai nostri capiscuola insieme ad altri colleghi. Se non si vuole rimanere irretiti nei propri schemi di riferimento e diventare così incapaci di fluire insieme ai pazienti nel processo terapeutico occorre essere irriverenti (Cecchin et al., 1992), se si vuole uscire dall'impasse in cui certe terapie sembrano affondare bisogna avere il coraggio di ricorrere ad altre tecniche prese in prestito da altri approcci (Boscolo e Bertrando, 1996). L'eterodossia viene cioè posta come principio da seguire per mantenere sempre aperte tutte le potenzialità evolutive dell'incontro tra un terapeuta e un paziente

Gli autori che si propongono come "innovatori" rispetto all'approccio sistemico e che indicano nella narrazione e nella conversazione i capisaldi del loro fare terapia individuano invece nella rinuncia a modelli, idee e strumenti tecnici la maggiore abilità del terapeuta che deve appunto sapere aprirsi completamente alle capacità e risorse dei pazienti, senza imporre loro punti di vista, storie, discorsi estranei alla loro esperienza e dunque oppressivi della loro espressività e potenzialità (Anderson, Goolishian, 1992; Anderson, 1997).

Le due posizioni sono alquanto diverse: in un caso viene infatti invocata l'irriverenza o l'integrazione, che comportano una conoscenza, ma anche la capacità di criticarla o di accogliere ciò che può essere estraneo al modello conoscitivo adottato; nell'altro caso si invoca la not knowing position, cioè la negazione di ogni conoscenza.

In un caso l'invito è alla eterodossia, nell'altro a non essere esperti. Non sfugge la difficoltà di accogliere in quanto terapisti, socialmente definiti come esperti ed in quanto tali contattati e pagati, la definizione di non esperto, ma anche l'invito alla eterodossia rischia di essere una indicazione di non chiara applicabilità, oppure con pesanti rischi di cadere nell'ecllettismo e nel relativismo.

Il richiamo alla necessità di considerare la non expertise come una qualità del terapeuta e di essere trasgressivi rispetto alle regole e ai confini del modello di riferimento sono utili correttivi al furore terapeutico di cui spesso soffrono i

professionisti dell'aiuto o all'exasperato tecnicismo che uccide ogni creatività e ogni possibilità di stabilire un positiva relazione con l'altro

Il problema tuttavia nasce nel momento in cui la non expertise è proposta come metodo e l'eterodossia come regola.

"Incompetenza come metodo" e "prescrizione di eterodossia" sono entrambe nonsensi a meno che non si ricorra alla batesoniana distinzione dei livelli logici e si dica che c'è un livello di competenza che comporta la rinuncia alla competenza e c'è un livello di ortodossia che implica l'esercizio della eterodossia.

Ovvero, c'è un livello che è quello della definizione stessa dell'identità del terapeuta (definizione sociale, ma d'altra parte non abbiamo altro che definizioni sociali) che *contestualizza* tutti gli altri. E' il livello, infatti, in base al quale i terapeuti hanno titolo per parlare, scrivere ed agire. E' il livello in cui la competenza e l'ortodossia, cioè la definizione dei confini dell'ambito in cui un terapeuta agisce, sono irriducibili ed irrinunciabili.

Il terapeuta è socialmente definito come qualcuno che aiuta qualcun altro, ed è investito di tale compito per le competenze che ha e che gli derivano dalle *riconosciute* conoscenza e capacità di applicare appropriatamente determinati modelli teorico-metodologici. E' all'interno di questa definizione costitutiva che un terapeuta compie azioni. Tali azioni possono poi, ad un altro livello, essere definite come rinuncia alla competenza o estranee al suo modello di riferimento, ma azioni che tuttavia sono messe in atto allo scopo di confermare il livello che definisce il terapeuta, che è quello della competenza e della coerenza col modello di riferimento. Senza questa cornice, la non competenza è irresponsabilità e l'eterodossia è spontaneismo

La domanda rilevante allora non è tanto se si debba essere ortodossi o eterodossi, esperti o non esperti, competenti o incompetenti, quanto piuttosto *quando e su che base* essere ortodossi o eterodossi, competenti o incompetenti, esperti o non esperti.

A queste domande non ci sono risposte prefigurate, ci sono soltanto risposte che derivano dall'analisi del contesto entro cui il terapeuta si pone il dilemma di essere o meno ortodosso od esperto.

E' soltanto dall'analisi del contesto interattivo, quello cioè co-costruito da terapeuta e paziente, che infatti può derivare la valutazione circa il senso e dunque l'efficacia terapeutica di comunicare o non comunicare e come comunicare una diagnosi, circa l'opportunità di fare interpretazioni o prescrizioni, oppure di essere curiosi con domande e proposte di ridefinizione

o invece di essere rispettosi e accoglienti del racconto del paziente. E' infine soltanto dalla analisi della forma che contingentemente assume il processo interattivo che un terapeuta può valutare quali comportamenti mettere in atto affinché da quel processo possa emergere una esperienza che per il paziente si riveli evolutiva.

Ho proposto in più di una occasione il metodo che da Bateson (1979) ho definito della doppia descrizione. Un metodo cioè che riconosce un doppio livello in tutte le interazioni umane: quello strategico, che riguarda le operazioni degli individui, i loro scopi, le loro intenzioni, i loro piani, le loro valutazioni, le loro attribuzioni di significato; e quello costruttivo, che ha a che vedere con il processo interattivo di costruzione di realtà sociali, identità e rapporti che ha luogo nella coordinazione tra individui mentre ognuno di loro persegue i propri scopi, guidati dalle proprie intenzioni e dai propri sistemi di rappresentazione (cfr. Fruggeri, 1997).

Nessun terapeuta, neanche il terapeuta costruzionista, si sottrae al livello strategico, non si sottrae cioè dall'operare valutazioni, dal perseguire scopi, dall'attribuire significati che derivano dalla sua personale esperienza, conoscenza, dai suoi sistemi di rappresentazioni, valori, modelli teorico-epistemologici di riferimento e dalla responsabilità sociale di essere colui o colei che aiuta qualcun altro a cambiare. Il terapeuta che sostiene che la migliore posizione da assumere nei confronti del paziente è quella della non competenza, lo dice da un punto di vista strategico tanto quanto il terapeuta che sostiene che la migliore posizione è invece quella di essere istruttivi. Entrambi pensano che ci siano atteggiamenti più opportuni di altri che servono allo scopo di aiutare il paziente.

L'esito della terapia non dipende tuttavia dal livello strategico, non dipende cioè dalle intenzioni o comunque dalla azione unilaterale del terapeuta. L'esito della terapia è infatti il risultato di un processo interattivo a cui il paziente, come il terapeuta, partecipa perseguendo i propri scopi, guidato dai propri sistemi di rappresentazione. Tale processo interattivo acquista una sua autonomia rispetto alle singole azioni dei soggetti poiché emerge dalla negoziazione che ha luogo tra gli interlocutori (Grossen, 1992).

I due livelli quello strategico e quello costruttivo sono riflessivamente connessi. Le azioni compiute a livello strategico contribuiscono a determinare la forma che assume il processo a livello costruttivo, e la forma del processo definisce il senso delle azioni unilateralmente messe in atto dai soggetti partecipanti all'interazione. "Nessun uomo è 'ingegnoso' o 'dipendente' o 'fatalista' nel

vuoto. Una sua caratteristica qualunque essa sia, non è propriamente sua, ma piuttosto di ciò che avviene tra lui e qualcos'altro (o qualcun altro)"(Bateson, 1972, trad. it. p.326).

E' rispetto a questo gioco riflessivo implicato in ogni interazione, che il metodo della doppia descrizione suggerito da Bateson ci viene in aiuto . Esso infatti suggerisce, in sintesi, di valutare quale azione possa essere messa più efficacemente in atto per aiutare il paziente non solo, inevitabilmente, sulla base dei propri sistemi di riferimento, ma anche sulla base dell'analisi della forma dell'interazione che si attiva tra terapeuta e paziente, cioè sulla base del significato che tale azione viene ad assumere nel *contesto* della interazione tra terapeuta e paziente (cfr. Fruggeri, 1997).

Considerazioni conclusive

L'idea di contesto ha assunto spesso nello sviluppo dell'approccio sistemico una funzione generativa: ha permesso di elaborare sofisticate ipotesi eziopatologiche e nuovi modelli di intervento. Di fronte alle contraddizioni, ai fondamentalismi e ai dualismi che spesso esprime l'attuale dibattito tra terapisti sulle teorie, sui modelli di analisi e sulle ipotesi esplicative, il richiamo al contesto e ai contesti dei contesti che Bateson ci fa da più di trent'anni, può ancora risultare un'idea creativa. E' un richiamo comunque che ci ricorda che ci sono livelli diversi di contesto entro cui un'azione terapeutica acquista significato: il livello dei modelli di analisi, delle teorie, delle ipotesi esplicative elaborate dai terapisti, quello dei sistemi di significato dei pazienti e quello dell'interazione che ha luogo nell'incontro tra terapeuta e pazienti. In questo senso un cambiamento comunque lo propone: suggerisce ai terapisti di spostare lo sguardo e l'attenzione da se stessi, dalle proprie teorie e metodologie, non tanto per abdicare ad esse o per abbracciarne di diverse, quanto per coltivare quella sensibilità -tipicamente sistemica- che è la sensibilità al contesto della relazione coi pazienti e del gioco generativo che emerge dall'imprevedibilità che caratterizza ogni incontro con essi; a quel contesto, cioè, entro cui in ultima istanza teorie e modelli acquistano significato.

Riferimenti bibliografici

Anderson, H. (1997) *Conversation, language and possibilities*. New York, Basic Books.

Anderson, H., Goolishian, H. (1992) The client is the expert: a not knowing approach to therapy. In S. McNamee, K. Gergen (eds) *Therapy as social construction*. London, Sage, pp. 25-39 (Trad. it. *La terapia come costruzione sociale*. Milano, Angeli, 1998).

Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. New York, Chandler (Trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano, Adelphi, 1976).

Bateson, G. (1975) Some aspects of socialization by trance. *Ethos*, III, 2. (Trad. it. Alcune componenti della socializzazione per la trance. In G. Bateson, *Una sacra unità*. Milano, Adelphi, 1997, pp. 141-158)

Bateson, G. (1979) *Mind and nature*. Dutton, New York (Trad. it. *Mente e natura*. Adelphi, Milano, 1984).

Boscolo, L., Bertrando, P. (1996) *Terapia sistemica individuale*. Milano, Cortina.

Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1992) *Irreverence. A strategy for therapists' survival*. London, Karnac Books (Trad. it. *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Milano, Angeli, 1993).

Cronen, V., Johnson, K., Lannamann. J. (1982) Paradoxes, double binds and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. *Family Process*, 21, pp. 91-112. (Trad. it. Paradossi, doppi legami, circuiti riflessivi: Una prospettiva teorica alternativa. *Terapia Familiare*, 1983, 14, pp. 87-120).

Fruggeri, L. (1995) Il coordinamento interpersonale di azioni e significati nelle dinamiche di stabilizzazione. In M. Bianciardi, U. Telfener (a cura di) *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano, Franco Angeli, pp. 141-160.

Fruggeri, L. (1997) *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psicosociali*. Roma, Nis.

Fruggeri, L., Marzari, M., Matteini, M., Castellucci, A. (1995) Servizi pubblici e terapia sistemica: teorie e tecniche nell'incontro con le famiglie. In A.S. Gurman, D.P. Kniskern (a cura di) *Manuale di terapia della famiglia*. Tornino, Boringhieri, pp. 496-519.

Fruggeri, L., Matteini, M. (1994) Poverty and social services. *Human Systems*, 5(3-4), pp. 319-336 (Trad. it. Povertà e servizi sociali. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1995, XXV(3), pp. 3-10).

Fruggeri, L., Telfner, U., Castellucci, A., Marzari, M., Matteini, M. (1991) *New systemic ideas from the italian mental health movement*. London, Karnac Books.

Grossen, M. (1992) Intersubjectivité et négociation de la demande lors d'un premier entretien thérapeutique. In M. Grossen, A.-N. Perret-Clermont (a cura di) *L'espace thérapeutique*. Lausanne, Delachaux et Niestlé, 165-191.

Ugazio, V. (1998) *Storie permesse e storie proibite*. Torino, Bollati Boringhieri.