

Mosconi, A., (2015), “Pensando a Luigi: Sviluppi del Milan Approach al Centro Padovano di Terapia della Famiglia” in *Connessioni*, 25, 51-74

Mosconi, A.<sup>1</sup>

## PENSANDO A LUIGI: SVILUPPI DEL MILAN APPROACH AL CENTRO PADOVANO DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

Milano le 10 di mattina, dormi e non voglio svegliarti. Dormi e il volto disteso accenna quel tuo sorriso dolce e un po' enigmatico con cui ci e mi hai sempre accolto: “ciao Luigi”! Sono passati tanti anni da quando ti ho conosciuto sempre ti ho incontrato così un po' padre, un po' amico, anche di momenti leggeri.....sempre Maestro! Un uomo sono anche i suoi gesti, le sue parole, le emozioni che ti lascia dentro e che vivi con lui.....e che poi fanno parte di te.

Era un pomeriggio di ottobre del '74, prima giornata di supervisione all'Ospedale Psichiatrico di Padova, emozionato, arrivo; “Portate la cartella di un vostro paziente del reparto, uno qualunque”, ci avevi detto ed io, naturalmente, avevo preso la più grossa, quella della paziente più vivace e combattiva e....difficile.....per me. Dopo un po' che parlavo mi hai interrotto ed hai cominciato a chiedermi di quante volte i famigliari venivano a trovarla e chi erano e tutta la storia dei rapporti e poi pian piano il quadro cambiava e la mia paziente diventava una persona che “aveva deciso di sacrificarsi per i suoi familiari fino al punto di sembrare matta”. Te ne è stata grata si la mia paziente perchè da quel giorno ho cominciato a trattarla come una persona.....si.....“UNA PERSONA” ed una PERSONA è diventata fino ad uscire da quell'inferno tracciato dall'ospedale e dalla follia; te ne sarà grata si, come te ne sono stato e te ne sono grato io perchè così piano piano allora come in tante occasioni successive mi entrava dentro un'altra vita, un'altro modo, positivo e potente, di vedere il mondo: quello “SISTEMICO”, quello per cui siamo ciò che riusciamo ad essere nelle relazioni con gli altri. E così è stato con te.

È a partire da questi ricordi che voglio iniziare a parlare di come “nel tempo”, nel Centro Padovano di Terapia della Famiglia, ho rielaborato e, spero, sviluppato, in un implicito continuo dialogo con Te, quelle premesse del Milan Approach che sono state fruttuose radici di un albero che spero abbia mantenuto una sua sostanziale coerenza. Dico “ho rielaborato.....in dialogo con Te”, ma mi è impossibile scrivere queste cose senza allargare il campo ad altre due persone che in questo percorso sono state presenti....e come! Gianfranco Cecchin e Pio Peruzzi. In relazione con Te e con Loro tutto questo si è sviluppato.

Alcuni anni fa scrissi due articoli su quelli che ritenevo essere i fondamenti del Milan Approach (Mosconi A. e Coll. 1997, 1999). Quei principi restano e quanto andrò scrivendo si pone anche in continuità con essi.

Quali concetti ci hanno stimolato e quali sviluppi ne sono seguiti?

La nostra ricerca si è indirizzata sui seguenti filoni:

1. La plausibilità dei processi di ipotizzazione ovvero: l'ipotesi non è una storia qualunque
2. L'ipotesi “incarnata”: il contributo delle Neuroscienze
3. Se corpo e mente di muovono insieme.....: le tecniche di impatto
4. Verso un Milan Approach “Integrante”, capace di includere il contributo di altre modalità di intervento

Li esaminiamo brevemente.

1) La plausibilità dei processi di ipotizzazione ovvero: l'ipotesi non è una storia qualunque:

Che l'attività di ipotizzazione sia il centro del fare terapia è cosa certa dal famoso articolo (Selvini Palazzoli M. e Coll.1980). Di lì, come è noto, il gruppo storico del Centro per lo Studio della Famiglia si divise e l'attività di ipotizzazione fu giocata in modo differente nelle due sotto-èquipes. M.Selvini Palazzoli e G.Prata con i loro nuovi collaboratori svilupparono l'uso dell'ipotesi come strumento di ricerca: la “funzione informativa”; mentre L.Boscolo e G.F.Cecchin ed i loro collaboratori ne enfatizzarono gli effetti sulla relazione terapeutica, cioè l'IPOTESI intesa in senso

<sup>1</sup> Andrea Mosconi: Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Co-fondatore e Direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia

batesoniano, come struttura che connette le informazioni ad un livello logico superiore e da loro senso, introducendo così struttura nelle descrizioni e perciò nella conversazione stessa: potremmo dire la “funzione narrativa” (Mosconi A. e Coll.1999). Nel valorizzare tale funzione il richiamo ai terapeuti è frequente e deciso verso la flessibilità delle ipotesi. «Non avere un’idea di come dovrebbe essere la famiglia» (Telfner U. 1986) e più tardi, nel 1987 Boscolo raccomanda di «mutare interpretazioni» e Cecchin spiega: «Come clinici dovremmo accettare spiegazioni lineari a patto che non crediamo ad esse» ed ancora egli invita a “fidanzarsi con le ipotesi, non a sposarle” (Cecchin G.F.1987). Ciò che importa è appunto che l’attività di ipotizzazione faccia progredire la conversazione. A partire da questi presupposti ed accettando che l’ipotesi sia nè più nè meno che una descrizione, la nostra riflessione si è sviluppata nella direzione della “buona forma” e della “plausibilità” dell’ipotesi creata. Nel fare questo il riferimento era alla utilità che se è vero che “la mappa non è il territorio” ed il nome non è la cosa nominata” (Korzybski A. 1933, Bateson G. 1979) esse devono avere una struttura plausibile per il territorio stesso. Ed ancora che il coordinamento linguistico permette la co-costruzione di quelle aree di consenso indispensabili per la narrazione e ri-narrazione in terapia (Maturana, H.L., Varela, F. 1980, Bandler R., Grinder J. 1981, Sluski C. 1992). Un mio articolo di alcuni anni fa, nel titolo, recitava: “Fai una buona Ipotesi e poi fai quello che vuoi”(Mosconi A. 2008). La riflessione si è venuta sviluppando a partire dal lavoro svolto con i pazienti che presentavano una sintomatologia psichiatrica importante. Le considerazioni, che si aggiungevano a quanto esposto sopra, erano due:

- a) un’ipotesi è tanto più plausibile quanto maggiore è il numero di informazioni che riesce a connettere;
- b) le famiglie ed i pazienti che presentano un disagio importante necessitano di un tempo congruo per narrare la loro storia.

Sono storie spesso piene di dolore, di tentativi fatti e di fallimenti che sostengono pregiudizi molto radicati riguardo alla patologia del “paziente designato”. Inoltre il disagio è a volte tale che l’organizzare le informazioni richiede, da parte del terapeuta, una progressione attenta ai livelli di comprensione mostrati dal paziente e dal sistema. Abbiamo, perciò, cercato di dare una struttura maggiormente definita al processo di ipotizzazione; per usare un termine molto in uso attualmente, abbiamo cercato di “operazionalizzare” tale processo. Abbiamo definito alcuni temi centrali, utili a trarre informazioni, cui abbiamo dato il “roboante” nome di “Pilastrini dell’Ipotesi”, ad intendere che tali temi reggono e supportano l’attività di ipotizzazione del terapeuta (Mosconi, A., Tirelli, M. 1997, Gonzo M. e coll. 1999). In pratica abbiamo sostenuto che è difficile far cogliere ai familiari ed al “paziente designato”, che tra l’altro è già in difficoltà, le connessioni esistenti tra i vari comportamenti individuali e soprattutto il senso della nascita del problema se di essa viene fatta una costruzione approssimativa, non costruita insieme con gli interessati passo passo. Questo è il motivo più profondo per cui abbiamo più volte insistito sulla necessità di approfondire con cura ed estesamente tali temi portanti prima di esprimersi in un’ipotesi plausibile (Gonzo M. e coll. 1999, Mosconi A. e coll. 2013).

I Temi/Pilastrini dell’Ipotesi sono, quindi:

1. Composizione del Sistema
2. Storia del problema e suo effetto pragmatico sulle relazioni nel Sistema, tentativi di soluzione fatti
3. Storia Trigenerazionale
4. Caratteri e Relazioni di tutti i componenti del sistema trigenerazionale
5. Loro ipotesi ed aspettative verso la terapia
6. Non-verbale

Quanto maggiore è il numero delle informazioni emergenti dalla trattazione di tali temi, che possono plausibilmente venire incluse nel processo di ipotizzazione e tanto più essa sembrerà plausibile e potrà introdurre informazione nel sistema.

Attorno alla modalità di trattazione di questi, nella seduta di terapia, si è poi sviluppata una

riflessione su due aspetti principali:

- a) lo stile terapeutico
- b) i diversi effetti che in terapia possa avere il mutare la sequenza dei temi

(Mosconi A.2013).

Riassumiamo i punti essenziali di tale riflessione:

a) Lo stile terapeutico: Il riferimento è stato alle 5 fasi della costruzione della conversazione terapeutica (Mosconi A. e coll. 1996):

- A) Cercare la connessione con il paziente/sistema
- B) Orientare il paziente/sistema verso l'esposizione di una serie di dati relativi al problema
- C) Allargare progressivamente il campo di osservazione dal paziente/sistema
- D) Orientare il paziente/sistema verso un ulteriore allargamento del proprio campo di osservazione fino a prendere in considerazione elementi nuovi e/o non previsti da Lui
- E) Proporre al paziente/sistema una nuova ipotesi o descrizione dei fatti

Abbiamo distinto due stili prevalenti di percorrere queste fasi trattando i temi pilastri dell'ipotesi: un "terapeuta raddomante" ed un "terapeuta progressivo" (Mosconi A.2013).

Il "terapeuta raddomante" compie, in sintesi, questi passaggi:

- A) Cercare la connessione con il paziente/sistema: Raccoglie dati socio-anagrafici sui componenti del sistema nucleare sviluppando così il primo tema
- B) Orientare il paziente/sistema verso l'esposizione di una serie di dati relativi al problema: Fa esporre brevemente il problema temendo di "reificare" il problema stesso. Tratta, quindi il secondo tema sviluppando maggiormente gli effetti pragmatici sul sistema rispetto all'evoluzione storica
- C) Allargare progressivamente il campo di osservazione dal paziente/sistema: Cerca di identificare dalle caratteristiche della narrazione (contenuti, personaggi coinvolti, ecc.) e dai comportamenti non – verbali le "vibrazioni" rivelatrici di "aree relazionali calde" del Sistema. Formula una o più ipotesi in base alle quali approfondisce le aree ritenute significative del terzo e quarto tema (storia trigenazionale e caratteri e relazioni) a seconda che gli sembri opportuno. Utilizza poi osservazioni derivate dal non-verbale, sesto tema, per corroborare le ipotesi che sta formulando al fine di vedere se è plausibile
- D) Orientare il paziente/sistema verso un ulteriore allargamento del proprio campo di osservazione fino a prendere in considerazione elementi nuovi e/o non previsti da Lui: Avanza nel lavoro terapeutico se l'ipotesi è convalidata facendo emergere questi elementi, altrimenti retrocede alla ricerca di una nuova "vibrazione"
- E) Proporre al paziente/sistema una nuova ipotesi o descrizione dei fatti: Propone un'intervento puntando su di un certo grado di dissonanza e comunque aderente ai criteri dell'ipotizzazione sistemica

Abbiamo, quindi, definito questo terapeuta "raddomante" nel senso che egli segue la "vibrazione" delle incongruenze osservate per fare eventuali approfondimenti.

Il "terapeuta progressivo" compie, in sintesi, questi passaggi:

- A) Cercare la connessione con il paziente/sistema: Cura maggiormente la fase di accoglienza. Tratta per esteso il primo tema/pilastro dell'ipotesi, allargando già da subito la descrizione a tutti i "personaggi ed interpreti" di quella che sarà una possibile storia successiva includendo il sistema trigenazionale. A volte lo rappresenta in un disegno facendo uso di una modalità di impatto
- B) Orientare il paziente/sistema verso l'esposizione di una serie di dati relativi al problema: questo passaggio include una trattazione completa del secondo pilastro dell'ipotesi. Egli valuta, infatti, che il racconto dettagliato della storia del problema (inizio/peggioramenti/miglioramenti/tentativi di soluzione) sia utile alla connessione con il paziente/sistema ed offra importanti informazioni per le coincidenze temporali e per il riconoscimento degli effetti sul sistema
- C) Allargare progressivamente il campo di osservazione dal paziente/sistema: Anche qui egli tratta in modo completo ed esteso il terzo e quarto pilastro dell'ipotesi (storia

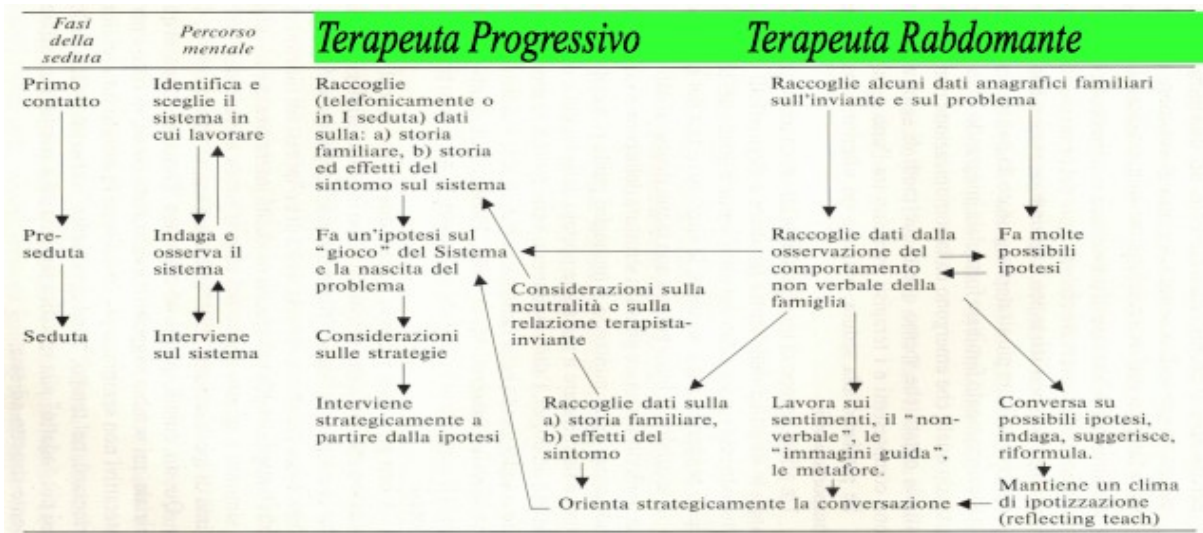
trigenerazionale e caratteri e relazioni). Così facendo completa la fase di “allargamento del campo di osservazione ed inferenza” ed entra nella fase di ristrutturazione o rinarrazione della storia. Tratta, quindi, il quinto tema/pilastro (loro ipotesi e aspettative verso la terapia) per vedere le punteggiature prevalenti

- D) Orientare il paziente/sistema verso un ulteriore allargamento del proprio campo di osservazione fino a prendere in considerazione elementi nuovi e/o non previsti da Lui: L'allargamento include, in realtà, una focalizzazione su questi elementi utilizzando tutte le informazioni raccolte nelle fasi precedenti
- E) Proporre al paziente/sistema una nuova ipotesi o descrizione dei fatti: questa fa leva sugli elementi non visti né previsti dal paziente, ma emersi nel passaggio precedente e deve avere la caratteristica di essere condivisibile, in quanto basata su quanto detto, ma fondata su premesse incompatibili con quelle da cui il paziente/sistema partiva in precedenza.

Abbiamo definito questo terapeuta “progressivo” in quanto il procedere del processo di ipotizzazione è molto più scandito da ogni passaggio e non segue le “vibrazioni” che via via si rilevano. Il terapeuta le annota sul suo “taccuino mentale” e vi tornerà a tempo debito. Mentre nella modalità “rbdomante” è valorizzato, come detto, l'effetto sorpresa, nella modalità progressiva è valorizzato l'aspetto della plausibilità e la co-costruzione dell'ipotesi.

Questi percorsi potrebbero venire raffigurati come segue (Tav.1):

Tav.1



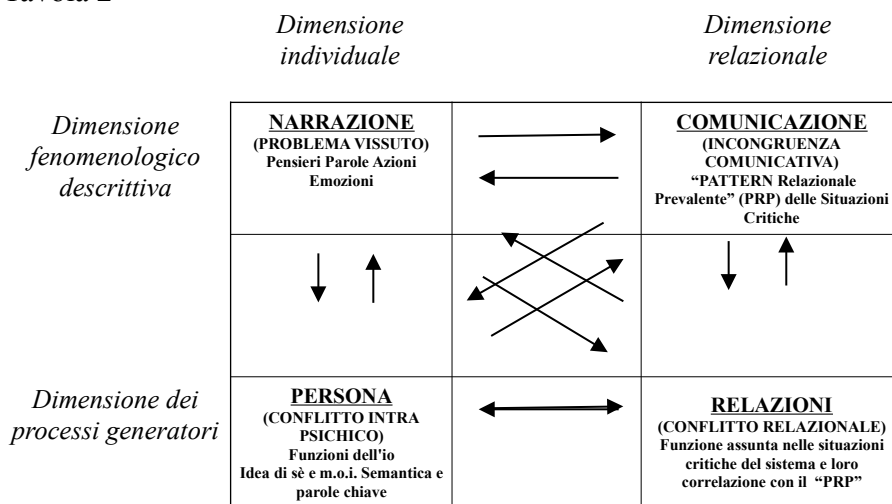
(Mosconi A. 1992)

b) I diversi effetti che in terapia possa avere il mutare la sequenza dei temi Per quanto riguarda questo punto molte sono le osservazioni fatte (Mosconi A. e coll. 2013). Ne citiamo solo due: si è valorizzato ad esempio, l'uso della storia trigenerazionale, secondo pilastro, nelle situazioni di forte rigidità della etichettatura del paziente (p.es.pazienti con lunghe storie cliniche o pazienti cronici), o di forte conflitto; valorizzando la contestualizzazione e storicizzazione degli eventi come potente mezzo di depatologizzazione e di comprensione. “Nessuno è folle se se ne capiscono le ragioni” dice un proverbio ed è narrando che le storie riprendono senso (Sluski C. 1992). L'altra osservazione interessante è relativa all'uso del quinto pilastro: “Loro ipotesi ed aspettative verso la terapia”. Se trattato all'inizio dopo l'esposizione del problema esso ha un valore di aggancio e conoscenza da parte del terapeuta di quanto forte sia l'etichettatura e rigida sia la storia. Se trattato dopo aver focalizzato gli elementi non visti dal paziente/sistema (quarto pilastro), ha già un valore ristrutturante in quanto da loro la possibilità di includere nelle loro descrizioni le nuove informazioni emerge.

Ma la riflessione sulla completezza dell'ipotesi sistemica non si è fermata qui e si è successivamente

arricchita del lavoro relativo al Quadrilatero Sistemico (Mosconi, 2004, 2008, Mosconi A. e coll. 2013). I quattro livelli logici interconnessi, che lo costruiscono permettono di riflettere sulle DIMENSIONI INDIVIDUALI, lato sinistro, e su quelle RELAZIONALI, lato destro. Inoltre, la parte superiore, descrive la dimensione visibile del problema che abbiamo chiamato FENOMENOLOGICO-DESCRITTIVA, mentre, la parte inferiore, quella non vista o dei PROCESSI GENERATORI (Tav.2).

Tavola 2



Si hanno, a disposizione quattro livelli di descrittivi:

- Fenomenologico Individuale (la Narrazione del problema)
- Generatore Individuale (il Funzionamento Individuale)
- Fenomenologico Relazionale (le Modalità Comunicative del sistema)
- Generatore Relazionale (la Storia e le evoluzioni del Sistema)

Il vantaggio di questo costrutto è di essere d'aiuto nel considerare, i quattro livelli, con lo stesso grado di importanza ed in interazione reciproca e circolare tra loro. Questo permette di eliminare qualsivoglia dicotomia tra Intrapsichico/Relazionale e di integrare le osservazioni a tutti i livelli ampliando, quindi, ulteriormente le riflessioni sull'ipotesi includendo anche quelle relative alla "scatola nera". Di tale strumento sono stati, nel tempo, sottolineati alcuni importanti aspetti: a) l'origine, in quanto nato dall'osservazione dei livelli di descrizione dell'interazione umana, sviluppati nel tempo dall'Ottica Sistemica; b) i vantaggi, offerti nell'articolare le informazioni relative ad un problema, in livelli logici diversi ed identificabili; c) come tutto ciò faciliti la costruzione di ipotesi ben formate; d) i vantaggi per l'integrazione di differenti ottiche e metodologie di lavoro con specifico riferimento alla "terapia sistemica individuale" (Mosconi, 2004, 2008<sup>a</sup>), al lavoro di supervisione nelle équipes (Mosconi A. e coll. 2013) e, come di vedrà, all'integrazione di altre tecniche e la connessione con il punto successivo.

2) L'ipotesi "incarnata": il contributo delle Neuroscienze:

Il costrutto del Quadrilatero ha offerto la base per la connessione con questo punto che si configura come sviluppo del livello Generatore Individuale (il Funzionamento Individuale). Due sono le informazioni, a nostro avviso, importantissime che ci derivano da questo campo di ricerca che si fa di giorno in giorno più promettente. Di esse va subito detto che confermano in modo sbalorditivo e pregnante la premessa sistemica che la Mente è Relazionale:

- a) Il cervello procede per predizioni e ipotesi probabilistiche e l'identità è un Sistema Coordinato di Narrazioni (SCN)
- b) le emozioni guidano e precedono il ragionamento.

a) Il cervello procede per predizioni e ipotesi probabilistiche e l'identità è un Sistema Coordinato di Narrazioni (SCN): Il primo modo con cui noi ci presentiamo agli altri e gli altri si presentano a noi sono le nostre ed altrui NARRAZIONI. Esse sono la punta emergente, l'aspetto fenomenologico, di quel "Sistema Coordinato di Storie" (SCS), che è la nostra identità (Mosconi A. 2014). La NARRAZIONE è un insieme coordinato di: pensieri, parole, azioni, emozioni che testimoniano, nella loro struttura, tutto il lavoro di coordinamento che è stato compiuto e si sta compiendo in quel momento in cui avviene l'interazione. La loro costruzione nasce da un continuo dialogo tra un Sè che esperisce ed agisce ed un Sè che confronta e riflette sull'esperienza fatta e le attribuisce un significato relativamente alla necessità di sopravvivenza del nostro sistema nell'ambiente. Si può ipotizzare che sia la risultante di quel "cogito ergo computo" segnalato da Morin (1980) come parte costitutiva dell'identità. Essa richiede l'accesso alla simbolizzazione. Tale passaggio è ed è stato in senso filogenetico, fondamentale per attribuire significato sia ad un comportamento (linguaggio non-verbale) che per la nascita della parola (linguaggio verbale). È l'accesso alla simbolizzazione che segna il più grande passaggio evolutivo della specie umana (Lupoi S. 2001). Esso permette all'uomo di descrivere e categorizzare rendendo possibile la formazione e la gestione della mappatura delle interazioni sociali (Ceccarelli M. 2001) dando l'accesso a quel coordinamento di descrizioni di cui si è parlato più sopra. Tale cambiamento sarà così radicale e potente da cambiare progressivamente lo stesso hardware (Donald M. 1991) tanto da poter ipotizzare "una coevoluzione tra lo sviluppo della comunicazione simbolica, lo sviluppo cognitivo della mappa sociale, lo sviluppo neocorticale e lo sviluppo dell'organizzazione sociale" (Ceccarelli M. 2001). Una conferma a ciò viene da Merciai S.A. che nel suo lavoro "Neuropsicologia del Sè" (2014) dice:

*"La modalità messa a punto dall'evoluzione consiste nel fatto che il cervello si basa, nell'interpretare i pochi dati visivi di cui alla fine dispone, sulle regolarità statistiche del mondo naturale (ovviamente nella misura in cui esistono e sono rinvenibili) che ha via via appreso in precedenza, e funziona continuamente riducendo la ridondanza presente eliminando le componenti predicibili dell'input, per trasmettere cioè solo quello che non era predicibile (i cosiddetti residual errors in prediction). Il cervello, in altre parole, continua a generare predizioni (i modelli statisticamente più probabili della realtà) per aiutarci a minimizzare l'incertezza, a prepararci alle azioni successive e a prendere le decisioni giuste; decide cercando di indovinare. A sua disposizione, in questo difficile compito, ha non solo l'esperienza, come abbiamo visto, ma anche delle euristiche, cioè delle – per così dire – scorciatoie di ragionamento che verosimilmente si sono via via sedimentate nel suo inconscio genomico. Le illusioni ottiche ci consentono, per l'appunto, di intuire – anche se in modi non ancora sufficientemente sistematici – la presenza di queste euristiche, quali per esempio la tridimensionalità, la prospettiva, l'ombra, etc.."*

*In conclusione, il dato incontrovertibile è che noi non vediamo il mondo che ci circonda, ma lo costruiamo, in continuazione, cercandone via via l'interpretazione più probabile: il prezzo dell'errore in cui eventualmente cadiamo – quello che le illusioni ottiche ci consentono di mettere in evidenza – è più che compensato dalla rapidità, dall'efficienza complessiva e dal relativamente basso costo energetico dell'intera operazione."*

Commentando poi le ricerche di Damasio, uno dei più importanti neuropsicologi attuali, riportate nel lavoro "Il Sè viene alla Mente" (2010) dice ancora:

*"Nondimeno, secondo l'Autore, il sé non è nulla di più che un'illusione e le neuroscienze sarebbero fortemente orientate in questa direzione: naturalmente si parla qui di illusioni nel senso che in tutto questo paragrafo ho cercato di far intuire, cioè come di esperienze della mente, di fondamentali esperienze della mente, di eventi generati dal cervello, ma senza un reale corrispettivo là fuori, nel mondo della realtà naturale. In questo senso, il sé non è che una narrazione ..."*

Ovviamente tutte queste acquisizioni di fondano sulla scoperta dei "Neuroni Mirror" (Gallese V.

1996, Rizzolatti G. 1996). A proposito di ciò Merciai S.V. e Cannella B. nel loro lavoro "Psicoanalisi delle terre di confine"(2009) riportano in modo magistralmente critico i maggiori contributi attuali nel campo della neuropsicologia. Tali contributi sono estremamente utili ad una maggiore comprensione degli eventi psichici. Questi Autori proprio a proposito del linguaggio e delle sue correlazioni con i "neuroni mirror" ci ricordano che:

*"Ampie popolazioni di neuroni mirror sono state identificate nella cosiddetta area di Broca, notoriamente implicate nella produzione del linguaggio"*

e che secondo le ricerche del gruppo di Parma (in collaborazione con Michel A. Arbib) a proposito di un'origine incarnata del linguaggio, si è formulata la "neural exploitation hypothesis" che prevede che:

*"le medesime strutture nervose che presiedono all'organizzazione dell'esecuzione motoria svolgono un ruolo anche nella comprensione semantica delle espressioni linguistiche che le descrivono."*

In questa direzione si esprime ancora Damasio (2010) segnalando che le strutture che presiedono alle attività di Coordinamento del nostro hardware sono potentemente implicate nella costruzione della coscienza autobiografica che, a sua volta, fa larghissimo affidamento sul linguaggio.

La considerazione conclusiva di tutto ciò è che i pensieri, parole, azioni ed emozioni che costituiscono la NARRAZIONE, sono il sistema emergente che sintetizza ed esprime tutto il lavoro di coordinamento dell'autonarrazione delle nostre interazioni con il mondo ed i nostri consimili che costruisce la nostra identità. Essa può, quindi, a buon diritto essere pensata non solo come un "Sistema Coordinato di Storie" (SCS), intese in senso della vita vissuta ed agita, ma come un "Sistema Coordinato di Narrazioni" (SCN). Questo livello dell'identità si presenta così potentemente come la porta di entrata ed uscita, via di accesso privilegiata ed inevitabile della connessione della mente nostra con quella degli altri.

Queste osservazioni ci hanno confortato nel considerare utili tutte le riflessioni sopra riportate a proposito dell'accuratezza della costruzione dell'ipotesi.

b) Le emozioni guidano e precedono il ragionamento. La utilità di usare un linguaggio emotivamente rilevante ai fini di attivare e coinvolgere gli interlocutori facilitando il cambiamento è un'acquisizione nota in terapia sistemica. A questo principio si riferiva L.Boscolo in un noto articolo (1992). Nel medesimo anno gli faceva eco P.Peruzzi (1992) sottolineando l'importanza dello studio dei segnali non verbali (v. sopra: sesto pilastro dell'ipotesi) come rivelatori dell'andamento delle emozioni in seduta. Sempre di Peruzzi è la constatazione che la terapia secondo il Milan Approach è prevalentemente una terapia cognitiva che tende a dare la prevalenza al linguaggio ed alla semantica rispetto all'azione ed al coinvolgimento emotivo. Questo pareva più caratterizzare altri indirizzi in Terapia Familiare quali quelli di derivazione Minuchiana. Tuttavia negli ultimi tempi L.Boscolo era tornato sul tema riaffermando il primato dell'ascolto e dell'uso delle emozioni in terapia come canale di comunicazione più immediato ed efficace (Mosconi A., Peruzzi P. 2008). Ma dalle Neuroscienze ci arriva una conferma importante. È, infatti, ancora Merciai (2014) a riportare una serie di ricerche sperimentali che segnalano che un attimo prima che si attivi la corteccia prefrontale per la programmazione di un movimento finalizzato si osserva che è già avvenuta l'attivazione della corteccia motoria ad opera del Sistema Limbico. Questo fa concludere all'autore:

*"In altre parole, la decisione volontaria è essenzialmente inconscia nella sua genesi e viene solo e in un secondo momento comunicata alla coscienza che non ne è in alcun modo agente effettore: l'implicazione di questa scoperta, che è evidentemente a largo raggio e investe dimensioni correlate alla morale e alla giustizia, è che l'idea che le nostre decisioni siano coscienti e che di esse – e solo di esse – si possa portare responsabilità è falsa."*

Queste osservazioni non sono di poco conto per la psicoterapia. Esse ci hanno spinto ad approfondire un altro filone di ricerca nello sviluppo del Milan Approach.

### 3) Se corpo e mente di muovono insieme.....: le tecniche di impatto:

La costruzione di un'ipotesi sistemica prevede, sia da parte del terapeuta che del/dei pazienti/sistema, alcune competenze particolari non banali quali: a) la trattazione e la descrizione, come si è visto più sopra, di alcuni temi specifici dai quali vengono tratte le informazioni significative al fine di elaborare il processo di ipotizzazione (i pilastri dell'ipotesi), b) il possesso di capacità di astrazione e connessione delle informazioni utili in schemi relazionali, c) la conoscenza e la capacità di gestire e di comprendere alcune tecniche linguistiche e conversazionali complesse. Tutto ciò è ancora più complesso se lo si considera in relazione alla attivazione della "funzione riflessiva" (Fonagy P., Target M., 1997). Il concetto di funzione riflessiva si riferisce alla capacità dell'individuo di costruire una teoria della mente dell'altro che funga da guida nel rapporto con il mondo esterno, cioè alla capacità di percepire se stessi e gli altri come individui pensanti, con delle idee e dei contenuti mentali che ne determinino l'agire. La funzione riflessiva costituisce quindi una sorta di mediatore tra i fatti e le risposte dell'individuo a questi. Possedere una teoria della mente dell'altro permette di lavorare nell'ambito della credenza, della rappresentazione mentale, e di costruire modelli di causalità più complessi per spiegare ciò che accade intorno a noi. Parte stessa del processo di ipotizzazione sono varie tipologie di domande che possono da un lato risultare utili al terapeuta nella costruzione delle ipotesi, dall'altro attivare nei membri della famiglia proprio la funzione riflessiva. Le principali tipologie di domande utili a tale scopo sono come sappiamo: le triadiche o circolari (Selvini Palazzoli M. e coll. 1980), le ipotizzanti (Mosconi A. *et al.*, 1996, 1999) e le riflessive (Tomm K. 1991). Tali domande richiedono, come detto, lo sviluppo di capacità mentali complesse, come la capacità di astrazione e connessione delle informazioni utili in schemi relazionali e della funzione riflessiva. Ora questa funzione, presente nella sua forma completa non prima dell'età di quattro anni, viene ad essere deficitaria in persone in grave stato di sofferenza psichica (Bologna L., Mosconi A. 2010, 2013). A queste considerazioni si aggiungono quelle fatte più sopra riguardo alle emozioni ed alla loro connessione con l'azione quali vie più veloci per la mentalizzazione e per il cambiamento. Le domande successive che dobbiamo porci a questo punto, sono le seguenti: Che utilità può avere lavorare in terapia su questa funzione? Quali strumenti della terapia sistemica possono essere in grado di aiutare a svilupparla o ad attivarla? Quali accorgimenti deve avere il terapeuta nell'uso del linguaggio per facilitare nel paziente l'utilizzo e lo sviluppo di tale funzione? La risposta a tali quesiti ci è sembrata venire proprio dalla possibilità di fare "muovere mente e corpo in terapia". Questo è stato reso possibile dall'utilizzazione integrata dell'intervista circolare tipica del Milan Approach con le "tecniche di impatto" proprie del modello sistemico, il tutto in chiave narrativa. In tal modo esse costituiscono non solo degli strumenti di raccolta di informazioni utili al terapeuta per sviluppare il processi di ipotizzazione, ma anche delle strategie che favoriscono la mentalizzazione ed i processi di cambiamento all'interno del sistema familiare. Le "tecniche di impatto" non sono classiche del "Milan Approach", che ha come nucleo la costruzione delle ipotesi, la gestione triadica delle sedute ed il prevalere di elaborazioni e ristrutturazioni cognitive. Aggiungeremmo che, più in generale, nell'ottica sistemica di derivazione batesoniana, la componente non-verbale della narrazione resta per lungo tempo considerata solo come potente defintore delle regole di relazione. La sua funzione come parte integrante dell'identità e, quindi, come porta di accesso per il lavoro sull'identità stessa è recuperata solo nell'importanza che nella tradizione viene data ai rituali ed alle prescrizioni. Recentemente, tuttavia, si è venuto ad affermare in terapia sistemica ma anche più in generale nella psicoterapia un nuovo filone di interesse per la valorizzazione del linguaggio non-verbale nel lavoro terapeutico (Caillé Ph. Rey Y. 2005, Canevaro A. 2012, Mosconi A. e coll. 2006, Mosconi A. e coll. 2012). Il punto di connessione, ancora una volta, viene, come detto, dalle nuove acquisizioni in neuropsicologia che evidenziano come il pensiero sia primariamente guidato dalle emozioni ed illustra la validità di nuove terapie basate sul corpo (Fosha D. e coll. 2012). Le informazioni e le retroazioni ottenute dall'utilizzo delle tecniche d'impatto possono facilitare l'utilizzo delle domande triadiche, ipotizzanti



e riflessive e/o sostituirlle e contribuire così alla raccolta di dati utili alla del processo di ipotizzazione anche lì dove la funzione riflessiva è più limitata (bambini, pazienti dissociati). M.H. Erikson (1982) afferma che per comunicare in modo efficace gli scambi tra esseri umani dovrebbero essere influenzati sia dal verbale che dal non verbale e che quello che noi captiamo dall'emisfero destro prevale su tutto quello che l'emisfero sinistro può interpretare (Beaulieu D., 2006). Le "tecniche di impatto" permettono ai clienti di ricordare e registrare per un tempo più lungo i messaggi importanti veicolati durante la seduta. Il vivere attivamente in prima persona una esperienza concreta permette di introiettare più di qualsiasi descrizione o indicazione fatta da terzi e stimola maggiormente le emozioni in quanto la memoria è direttamente legata alle emozioni che assicurano non solo la registrazione rapida dell'informazione, ma anche la sua permanenza nel tempo. Le nostre terapie si sono così popolate di azioni che integravano diverse parti dell'intervista circolare. Facciamo alcuni esempi:

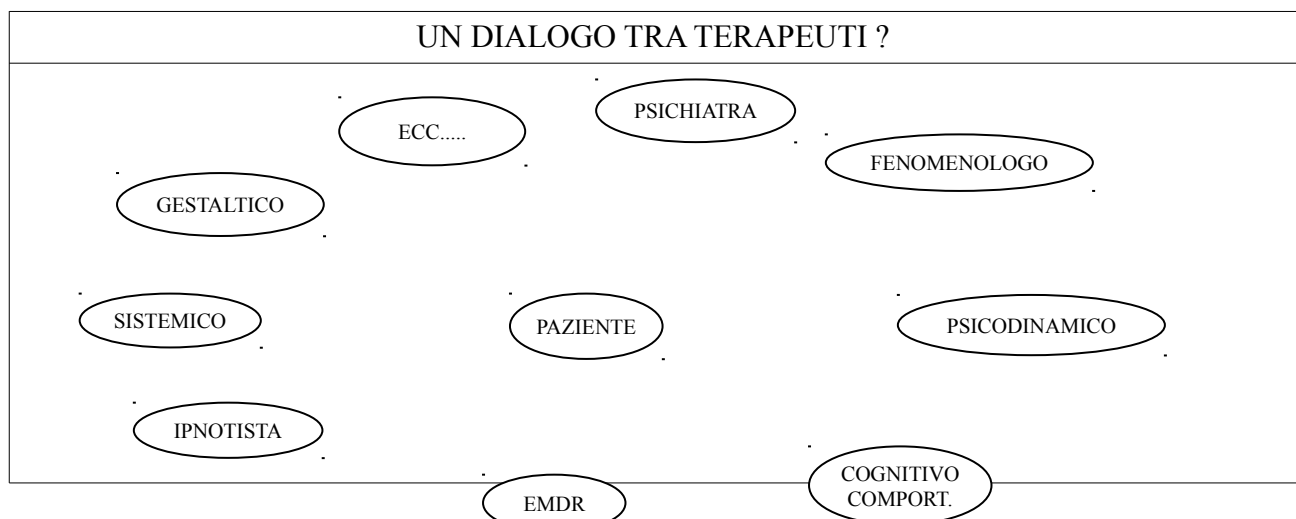
- a) Il Genogramma disegnato all'inizio di seduta si è arricchito di nuovi segni grafici come la doppia linea che unisce la coppia per distinguere la funzione genitoriale da quella di coppia (Marchiori R. Viaro M. 2015)
- b) la scultura familiare che si presta, con le opportune modificazioni, ad essere teatro principale per le domande triadiche e circolari
- c) le domande ipotizzanti arricchite dal fare muovere i clienti lungo una linea del tempo costruita nella sala di terapia
- d) gli esercizi di differenziazione tra generazioni attuati in varie forme facendo muovere le persone

(Mosconi A. e coll. 2012)

4) Verso un "Milan Approach Integrante", capace, cioè, di includere il contributo di altre modalità di intervento:

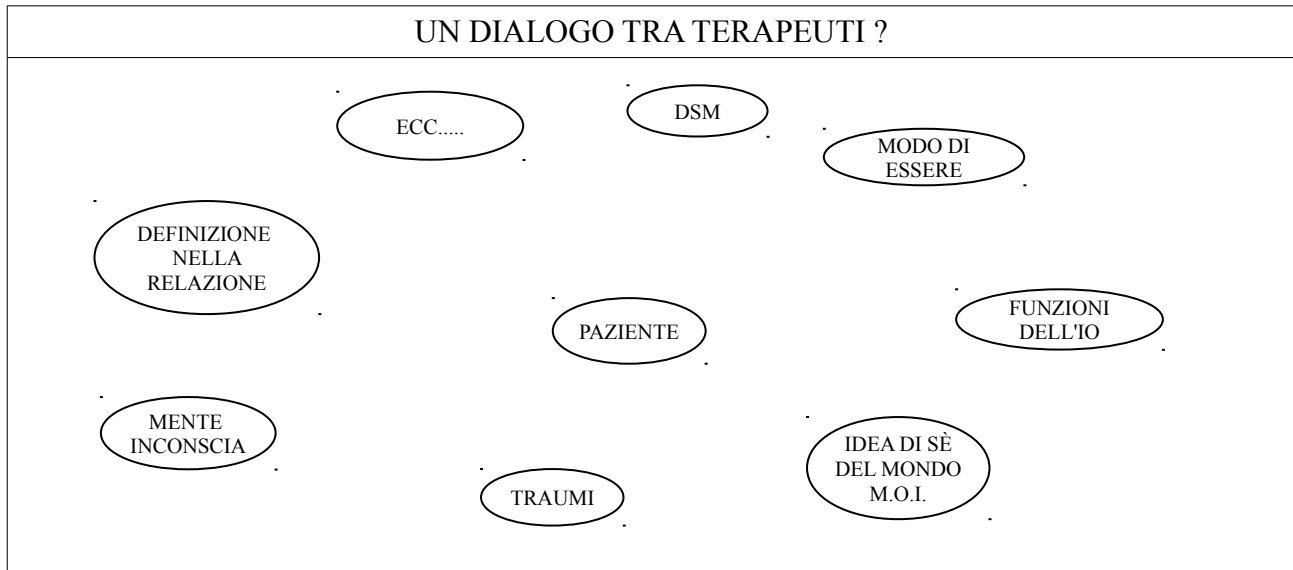
Il costrutto del Quadrilatero e tutte le riflessioni che sono nate dal suo utilizzo, ci hanno offerto la base strutturale per integrare in modo armonico modalità di terapia derivanti da altri approcci teorici. La possibilità di eliminare, alla base, qualsivoglia dicotomia Intrapsichico/Relazionale ed i quattro livelli di lettura dell'interazione umana (v.sopra) ha mostrato ulteriori vantaggi particolarmente nel confronto con colleghi di altro indirizzo teorico permettendo un'integrazione anziché una contrapposizione. I primi vantaggi si sono evidenziati nel lavoro di équipe e di supervisione, specie nelle istituzioni (Mosconi A. e coll.2013), dove spesso le differenti ottiche di lavoro sostengono simmetrie poco utili ai "malcapitati" pazienti. La contrapposizione tra ottiche porta spesso alla situazione come rappresentato nelle Tav 3 e 4

Tavola 3



Ciò che più può disorientare il paziente è che ognuno gli rifletta un'idea differente del suo Sè e dei metodi di cura con un comprensibile aumento di confusione.

Tavola 4

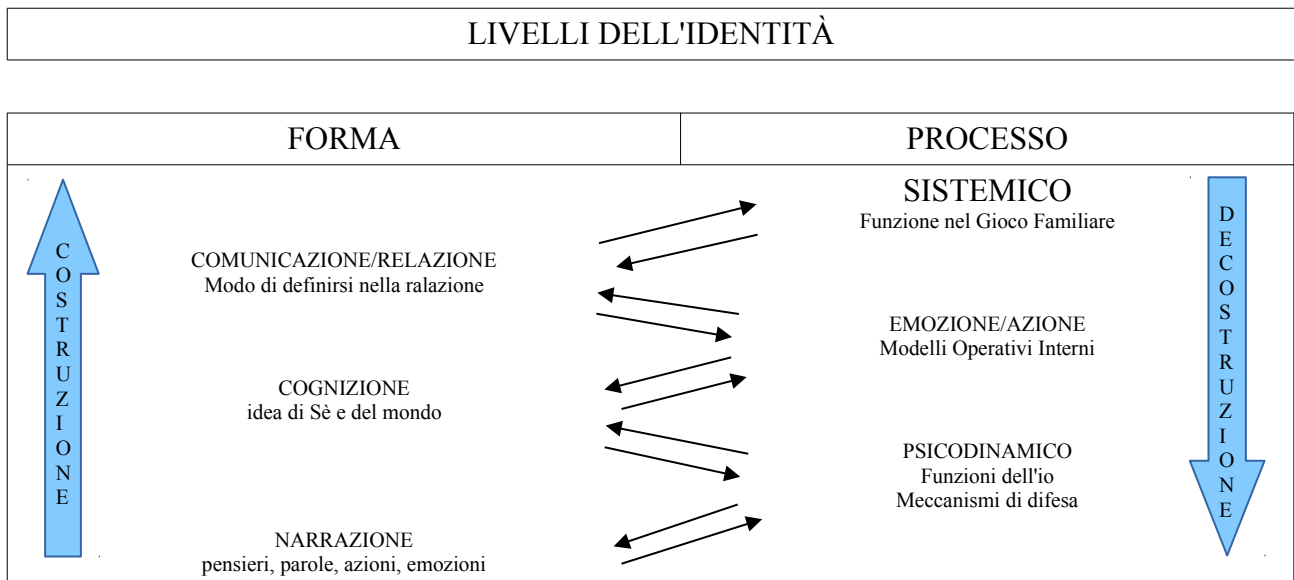


Il Quadrilatero al contrario permetteva:

- di riconoscere la complementarietà esistente tra le ottiche di lavoro individuali e quelle relazionali.
- di scandire e distribuire le osservazioni dei colleghi di ottiche differenti sulle quattro polarità: le teorie intrapsichiche e concernenti l'individuo sulle polarità a sinistra e quelle relazionali, sulle polarità a destra.
- di facilitare la scelta e la scansione dei differenti livelli di intervento che l'équipe decideva di mettere in atto per l'individuo ed il sistema facilitando, quello che abbiamo chiamato, il "Coordinamento Strategico degli Interventi" (Mosconi A. 2010).

In pratica ci ha permesso di realizzare quel: "Fai una buona ipotesi e poi fai quel che vuoi" citato più sopra (Mosconi A. 2008). È stato, allora, possibile ipotizzare che spesso ottiche teoriche diverse non sono in realtà in contrasto l'una con l'altra, ma propongono solo livelli differenti di descrizione di un medesimo fenomeno. In sostanza non esiste un uomo psicoanalitico, uno transazionale, uno gestaltico, cognitivo, neuroscientifico o sistemico. L'uomo è "UNO" e, a nostro avviso, viene solo descritto a "livelli logici differenti". Questo ha avuto importanti riflessi riguardo alle ipotesi fatte sulla "scatola nera" cioè sul livello "Generatore Individuale (il Funzionamento Individuale)" del Quadrilatero. Ci è sembrato allora che esistesse una possibile continuità tra le descrizioni psicoanalitiche dell'Io delle sue funzioni e dei meccanismi di difesa, quelle cognitive relative ai modelli operativi interni e quelle sistemiche riguardanti il modo di definirsi nelle relazioni. Esse anziché essere l'una in contrapposizione con l'altra potevano venire articolate, senza interruzione di continuum, in una scala alternandole tra "forma" e "processo", in modo simile a quanto proposto da Bateson in *Mente e Natura* (1979). Descriviamo questo nelle Tav.5.

Tavola 5



La Narrazione è il primo livello fenomenologico sul piano della FORMA in cui ci rappresentiamo. Il soggetto costruisce la forma della Narrazione e si muove all'interno di essa mettendo in relazione i personaggi e tutti gli elementi secondo le proprie premesse e costruendo il racconto e ricostruendo al tempo stesso la propria identità. Il racconto costruisce l'identità dei personaggi, ma al tempo stesso, in ogni sua parte, esso è l'identità narrativa del soggetto narrante (Visani E. 2001). Sul piano del PROCESSO possiamo riconoscere il modo di operare di tutte le funzioni dell'io che sceglierà i vocaboli, la semantica, rimuoverà le parti del discorso, trasformerà, sposterà, opererà proiezioni, ecc....secondo quelle dinamiche che la Psicoanalisi ha approfondito il modo mirabile. Tutto questo modo di operare si può considerare abbia un suo punto di uscita e sintesi nella FORMA che assumerà l'idea di Sè e della propria relazione con il mondo che il soggetto esprime. A sua volta tale livello sarà rivelatore, sul piano del PROCESSO, dei Modelli Operativi Interni attivati dal soggetto nella Narrazione. È questo il livello approfondito dai ricercatori di matrice Cognitivista. L'idea di Sè e del mondo prende a sua volta FORMA nel modo di definirsi nella relazione, categoria come si è detto di matrice sistemica. Ma, come abbiamo visto, sul piano del PROCESSO, cioè del modo di agire nel mondo, questo è connesso alla funzione che il soggetto assume nel sistema. Visti in questa prospettiva i differenti livelli dell'identità non mostrerebbero, come detto, soluzioni di continuo ed i terapeuti anche di differente indirizzo potrebbero confrontarsi approfondendo il modo di essere dei loro pazienti integrando i saperi anziché contrapporli (Mosconi A. 2013). Salendo nella scala dal basso verso l'alto si può capire come si lavora a “costruire ed integrare” informazioni derivanti dai livelli sottostanti. Si può pensare, così, che il la modalità di un individuo di definirsi nella relazione nelle situazioni critiche, che abbiamo definito “PRP” “Pattern Relazionale Prevalente” (Mosconi A. 2014) sia il livello più alto di espressione dell'attività mentale che sottende tutti gli altri livelli. Al contrario, scendendo nella scala si va nella direzione di “decostruire ed approfondire”. Avere questi riferimenti è molto utile nella costruzione del cambiamento in terapia perché vi sono situazioni dove non basta un lavoro pragmatico magari condotto attraverso prescrizioni o rituali, ma che richiedono

un approfondimento che vada a toccare le emozioni provate in relazione alle situazioni che hanno innescato il problema. Questo ci fa comprendere meglio perché sia utile contestualizzare e storicizzare il problema o utilizzare le modalità suggerite da Sluski e da noi riprese nelle cinque fasi della conversazione terapeutica (Sluski C. 1992, Mosconi A. e coll. 1996) per la decostruzione e ristrutturazione delle trame narrative. Questa articolazione a livelli differenti è, quindi, utile proprio per l'integrazione tra ottiche. Essa, infatti, permette di scegliere gli strumenti e le tecniche che derivano da differenti cornici teoriche identificando il livello a cui agiscono.

Per quanto ci riguarda le integrazioni da noi fatte sono con quelle ottiche di intervento che mettono a disposizione strumenti facilmente integrabili con l'ottica sistemica e che sembravano permettere di approfondire il lavoro sul livello "Generatore Individuale". In sintesi, quindi, attualmente abbiamo optato per:

- a) Ipnosi Eriksoniana
- b) EMDR
- c) Psicoterapia di Gruppo in Ottica Sistemica

a) Ipnosi Eriksoniana: Il modello eriksoniano è parte del modello sistemico fin dai suoi inizi, da quando cioè G. Bateson inviò Don D. Jackson e J. Haley a studiare il lavoro del grande ipnotista per individuare alcune caratteristiche del suo innovativo lavoro terapeutico. Sappiamo come da questo studio siano derivate molte delle modalità conversazionali e di intervento utilizzate in ottica sistemica e soprattutto nell'indirizzo strategico (Watzlawick, P. 1978). La conoscenza delle basi di tale metodologia è di grande aiuto a:

- a) riconoscere i fenomeni tipici della trance che si sviluppa in un colloquio di psicoterapia
- b) imparare a mantenere un elevato stato di "attenzione responsiva" nella conversazione con il/i cliente/i
- c) acquisire la filosofia e la tecnica dell'utilizzazione

Tutto ciò facilita nel:

- a) mantenere focalizzata l'attenzione del cliente
- b) condurre conversazioni fluide senza strappi o passaggi troppo difficili
- c) guidare il cliente verso il cambiamento senza strappi ma ponendo attenzione a che la co-costruzione di nuove storie sia progressiva

b) EMDR: Alla base di questa integrazione vi sono alcune considerazioni:

- a) la nostra Identità è un Sistema Coordinato di Narrazioni (SCN) (Mosconi A. 2014), cosa ormai ampiamente accettata dalle Neuroscienze come più volte sottolineato in questo lavoro
- b) tutte le terapie si incontrano sul punto comune che la sofferenza psichica è connessa con una qualche forma di "Trauma". Peggio ancora se tale trauma è con la "t", fatto cioè di trascuratezze o di traumi assistiti e derivanti dalla presenza di alta conflittualità in famiglia. Di recente il DSM V ha introdotto la categoria del trauma come causa di disturbi psichici in molti quadri patologici. È lo stesso Bateson a definire il doppio legame la "morte della mente" (Bateson G. 1979).
- c) sempre dalle Neuroscienze ci viene l'informazione che un trauma resta "fissato e non elaborato" nelle memorie autobiografiche finché non venga adeguatamente richiamato e ricodificato in modo adattivo (Damasio A. 2010, Siegel D. J. 2014).
- d) questo richiede un lavoro che raggiunga livelli profondi che a volte sono difficilmente raggiungibili con la conversazione
- e) il Modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP) di Shapiro (1995) è la base di tutta la concettualizzazione dell'EMDR

la conseguenza di tutto ciò è che ci è sembrato che l'EMDR ed Ottica Sistemica potessero essere predisposte ad un'integrazione virtuosa per i seguenti motivi: l'una affronta la rielaborazione dei traumi e ne facilita la desensibilizzazione attraverso la sollecitazione dei ricordi associati che inevitabilmente si indirizzeranno verso i contesti relazionali che li hanno provocati e permessi, l'altra concentra la propria attenzione sui contesti generatori dei traumi per analizzare, evidenziare e, successivamente rielaborare le dinamiche che li hanno permessi. Entrambe, quindi, sembrano, proprio, incrociare le loro strade su di un punto comune: elaborare il trauma e diminuirne la patogenicità attraverso la connessione con altri ricordi che permettano di: affrontarlo, esprimerlo, contestualizzarlo e storicizzarlo. Abbiamo esposto in molti lavori come l'integrazione di queste due modalità di intervento permettano di questo risulti di grande rilievo e come esista un'interazione virtuosa tra il lavoro di ipotizzazione sistemica ed desensibilizzazione dei traumi con l'EMDR. Il primo, infatti, preparerebbe in forma mirata il materiale per il secondo (Mosconi A. 2011, Mosconi A. e coll. 2014). Cosa l'Ottica Sistemica può dare all'EMDR? Una maggiore conoscenza dei giochi relazionali che favoriscono i traumi, una loro più precisa individuazione dei traumi diffusi "t" alla luce della teoria del doppio "legame". Cosa l'EMDR può dare all'Ottica Sistemica? Una via di accesso più veloce al trauma lì dove le tecniche conversazionali sembrano non arrivare ed uno strumento potente per installare le risorse che rendano disponibili le persone ad una elaborazione conversazionale delle relazioni. Questo sembra essere particolarmente vantaggioso nelle sintomatologie ego-distoniche e nei traumi gravi soprattutto se oggetto di "segreti familiari". L'integrabilità di tale modalità di intervento con molte psicoterapie è, del resto, sottolineato in molte pubblicazioni (Balbo M. 2006).

#### c) Psicoterapia di Gruppo in Ottica Sistemica:

Tra le applicazioni della teoria sistemica alla psicoterapia, la terapia di gruppo è l'ultimo interessante sviluppo. Essa si pone come punto di congiunzione tra la più classica terapia familiare e la terapia individuale sistemica. Del lavoro a sistema congiunto, tipico della terapia familiare, condivide l'energia di cambiamento che deriva dalle relazioni e dalle dinamiche che da esse si sprigionano: l'apprendimento per analogia e identificazione, l'attivazione della 'mente sistemica' per le differenze che nel gruppo si generano, le dinamiche relazionali nell'hic et nunc. Della terapia individuale, condivide il lavoro sulle narrazioni e sulle storie trigerazionali.

Il gruppo, così sospeso tra *passato* (le narrazioni), *presente* (le relazioni hic et nunc) e *futuro* (le domande ipotizzanti e il confronto sulle ipotesi) vive una propria storia, sintesi delle storie individuali e laboratorio di nuove soluzioni.

Per questo, la terapia sistemica di gruppo trova applicazione nei più diversi contesti: dai Centri di Salute Mentale ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, alle Comunità Terapeutiche, ai reparti ospedalieri, agli ambulatori pubblici e privati. Il manuale che abbiamo scritto su questa importante modalità di intervento abbiamo illustrato le azioni e le procedure necessarie alla costruzione di un gruppo terapeutico, proponendo anche il percorso di un intero processo di cambiamento in un gruppo terapeutico e in un gruppo di psicoeducazione sistemica

#### Conclusioni

Quale grande ringraziamento sento di tributare a Luigi e Gianfranco per avermi fatto conoscere l'Ottica Sistemica ma ancor più per la coniugazione che Loro vi hanno saputo imprimere. La passione per le storie testimoniata dall'uno e la curiosità sottolineata così efficacemente dall'altro ed entrambi la grandissima capacità di fare sentire tutti noi collaboratori in una rispettosa ed autentica apertura reciproca nello scambio delle idee ci hanno sostenuto in tutta questa ricerca. Ovviamente il viaggio non è terminato e tutto può essere messo in discussione perché si tratta, come sempre, di ipotesi ed il processo di ipotizzazione non si può arrestare perché è come la vita stessa. Questo è, a nostro avviso, il più autentico spirito del "Milan Approach".

## Bibliografia

- Balbo, M. (2006), “Percorsi di integrazione delle psicoterapie”, in M. Balbo (a cura di) *Emdr: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*, Milano, McGraw-Hill.
- Bandler R., Grinder J. (1981) *La struttura della magia*. Roma, Astrolabio
- Bateson G. (1979) *Mind and nature a necessary unity*. New York, Dutton.(trad it. *Mente e Natura a: un'unità necessaria*. Adelphi Milano 1984)
- Beaulieu D. (2006) *Tecniche di Impatto*, Franco Angeli, Milano
- Bologna L., Mosconi A. (2010) Perché la psicosi? Una riflessione sistemica sul ruolo della funzione riflessiva nel processo di costruzione del sintomo psicotico. *Ecologia della Mente* 2, pp. 161 – 189
- Bologna L. Mosconi A. (2013) Psicosi, funzione riflessiva e domande triadiche e riflessive *Connessioni* 29, pp. 71-99
- Boscolo L. (1987). L'Approccio sistemico in psicoterapia. *Il ruolo terapeutico*, 46 pp. 12-15
- Boscolo L. e Coll. (1992) Linguaggio e cambiamento: l'uso di parole chiave in terapia. *Terapia Familiare*, 37
- Caillé P., Rey Y. (2005) *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*. Roma, Armando
- Canevaro A. (2009) *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Roma, Borla
- Ceccarelli M. (2001) *Neurobiologia della coscienza: una prospettiva relazionale dell'identità personale* In Visani E., Solfaroli Camillocci D. (eds.) *Identità e relazione*. Milano, Franco Angeli 2001 pp.57-67
- Cecchin G.F. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process* 26, pp. 405-414
- Damasio A. (2010) *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York, Knopf Doubleday Publishing Group (trad. it. *Il sé viene alla mente*. Milano, Adelphi)
- Donald M. (1991) *Origins of the Modern Mind*. The President and Fellow of Harvard College, trad. it. *L'evoluzione della mente. Per una teoria darwiniana della coscienza*. Milano Garzanti 1996
- Erickson M.H. Rossi E.L. *Ipnoterapia* Ed. Astrolabio, Roma,1982.
- Fonagy P., Target M. (1997), Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé. In: Fonagy Peter, Target Mary, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano, 2001
- Fosha D., Siegel D.H., Solomon M.F.,(2012) *The ealing power of emotion. Affective neuroscience, development & clinical practice* New York-London W.W Norton & Company (trad.it *Attraversare le emozioni* Milano-Udine Mimesis 2012)
- Gallese V. e coll (1996) *Action recognition in the premotor cortex*, Brain
- Gonzo M., Mosconi A., Tirelli M. (1999) *L'intervista nei Servizi Socio-Sanitari: uno strumento conoscitivo e d'intervento per gli operatori*, R. Cortina, Milano
- Korzybski A.(1933) - *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics* Non-Aristotelian Library Publishing Company, New York (S.U.)
- Lupoi S. (2001) *Identità psicosociale, ovvero esserci nel mondo* In Visani E., Solfaroli Camillocci D. (eds.) *Identità e relazione*. Milano, Franco Angeli 2001 pp.49-56
- Marchiori R., Viaro M. (2015) Genogramma, cronologia degli eventi, mappa delle relazioni nella formazione e nella clinica: una rivisitazione, *Terapia Familiare* 107, pp. 40-58
- Maturana H.L., Varela F. (1980) *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Dordrecht, Reidel Publishing Company. ( trad. it. *Autopoiesi e Cognizione*, Venezia, Marsilio, 1985)
- Merciai S. (2014) *Neuropsicologia del Sé* in A. Mosconi, M. Pezzolo, G. Racerro a cura di (2014). *Identità Sistemiche*. UltimaBooks. Disponibile da

<http://www.ultimabooks.it/identita-sistemiche>

- Merciai S. A., Cannella B. (2009) *Psicoanalisi delle terre di confine*. Milano Raffaello Cortina
- Mosconi A. (1992) Ulteriori considerazioni sulla costruzione del setting in terapia familiare sistemica: una traccia per la curiosità terapeutica, *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva* Vol. 30 – Fasc. 1 pp. 171-182
- Mosconi A. (2008) Terapia relazionale-sistemica con l'individuo: il quadrilatero sistemico come riferimento per una costruzione di ipotesi ben formata e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro, ovvero, "fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi", *Connessioni* n.20, pp. 55- 82
- Mosconi A. (2010). "Il Concetto di "Coordinamento Strategico degli Interventi" come strumento per la costruzione di un piano terapeutico integrato". II° Congresso Internazionale SIPPR del Mediterraneo, *La mente relazionale e l'intersoggettività . Il contributo della psicoterapia sistemica al dialogo tra biologia e psicologia*, Bari, 21-22-23 Gennaio 2010.
- Mosconi A. (2011) - *EMDR e Ottica Sistemica: spunti per un'interazione virtuosa* - Relazione al Convegno "EMDR Trauma e relazioni" Roma 23 - 25 sett
- Mosconi A. (2013) "Narrazioni, Individuo, Comunicazione, Relazioni: il Quadrilatero Sistemico ed il suo utilizzo nelle strategie terapeutiche e come strumento di integrazione tra le psicoterapie", Relazione al Convegno Nazionale "Le risorse della psicoterapia relazionale: teorie, tecniche, condivisione, responsabilità, coraggio..." Prato 7 – 10/5
- Mosconi A. (2014), *Identità ed Identità Sistemica* in A. Mosconi, M. Pezzolo, G. Racerro a cura di (2014). *Identità Sistemiche*. UltimaBooks. Disponibile da <http://www.ultimabooks.it/identita-sistemiche>
- Mosconi A., Bozzetto I., Carmignani M., Ferluga V., (2012) Bambini ed Ipotesi Sistemica: L'integrazione tra "Milan Model" e "Tecniche di Impatto" Per il Coinvolgimento dei Bambini nel Lavoro Terapeutico. *Formazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia*. 19, pp. 49-63.
- Mosconi A., Castellani A., De Maria L., Gonzo M., Sorgato R., Tirelli M., Tomas M., Zago E. (1996) Come costruisci la tua conversazione terapeutica? Breve glossario di interventi sistemici con alcune ipotesi sul suo utilizzo. *Terapia Familiare*, 50, pp. 25-41
- Mosconi A. Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M. (1997), Modello teorico e metodologia clinica del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. *Terapia Familiare* n. 55, pp. 19 - 37
- Mosconi A. Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M. (1999) *Ipotesi diagnostiche e relazione terapeutica: ricorsività e coerenza nel "Milan Model"* *Connessioni* 5 67-96
- Mosconi A., Peruzzi P. (2008) Psicoterapia Individuale e Sistemica: intervista a Luigi Boscolo. *Connessioni* 20, pp. 11- 26
- Mosconi, A., Pezzolo, M., Trotta, B. (2014) Systemic-relational therapy and EMDR: integrations and connections points within the hypothesizing process, *Human Systems: The Journal of Therapy. Consultation & Training, Special Issue*.
- Mosconi A., Tedeschi D., Tirelli M. (2006) Raccontami la tua Maschera. Intervento di Teatroterapia in Ottica Relazionale-Sistemica come Spinta Evolutiva nei Disturbi del Comportamento Alimentare, *Ecologia Della Mente*, 1, pp. 67 -83.
- Mosconi, A., Tirelli, M. (1997) *Dalla Scheda Telefonica alla Cartella Dati*. *Ecologia della Mente*, 2, pp.67-93
- Mosconi A., Tirelli M., Neglia V. (2013) *Il Quadrilatero Sistemico: Una Storia per Narrare Altre Storie: Il Caso di Una Supervisione Sistemica in un Day Hospital Territoriale*, *Terapia Familiare* 101
- Peruzzi P. (1992) Scelta metodologica e scelta terapeutica: possibili alternative rispetto alle emozioni in *Terapia Familiare*". *Connessioni* 1
- Rizzolatti G. e coll. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cognitive Brain Research*, Vol.3 n.2, pp. 131-141

- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980) *Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*. *Terapia Familiare*, 7, pp. 7-19
- Siegel D. J. (2014) *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale* Milano, Cortina Raffaello
- Sluski, C. (1992) La trasformazione terapeutica delle trame narrative. *Terapia Familiare*, 36
- Telfener U. (1986). *La terapia sistemica*. Roma Astrolabio
- Tirelli M., Mosconi A., Gonzo M. (2016) *Manuale di Psicoterapia Sistemica di Gruppo* Milano, Franco Angeli
- Tomm K. (1991), Parte II. Le domande riflessive come mezzi per condurre all'auto guarigione, *Il bollettino* (Centro Milanese di Terapia della Famiglia), n. 23, pp. 3-19
- Visani E. (2001) *Identità e Relazione*. In Visani E., Solfaroli Camillocci D. (eds.) *Identità e Relazione*. Milano, Franco Angeli 2001 Pp 29-38
- Watzlawick, P. (1978) *The language of change*. New York, Basic Books (trad it. (1980) *Il linguaggio del cambiamento* Milano, Feltrinelli).