

IL PROBLEMA DELLA DIAGNOSI DA UN PUNTO DI VISTA SISTEMICO

di Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin

Co-direttori del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Via Leopardi 19 – Milano

(dalla rivista “Psicobiiettivo” n. 3 del 1988)

A cura di Susanna Scamperle

Riassunto. Gli autori sottolineano in questo articolo le differenze tra la diagnosi psichiatrica tradizionale e l'ipotesi del terapeuta sistemico.

Mentre la prima definisce la realtà in maniera assoluta, al di fuori del tempo e del contesto, comportando grossi rischi di cronicizzazione per il paziente, il processo di ipotizzazione rispetta la dinamicità del sistema e facilita la possibilità che esso sviluppi evoluzioni diverse. Viene inoltre evidenziato, anche attraverso l'esposizione di un caso clinico, come l'operatore che voglia modificare una situazione di patologia cronica, debba intervenire su tutto il sistema individuo-famiglia-precedenti operatori.

La posizione del gruppo sistemico Milanese nei confronti del problema della diagnosi è andata modificandosi nel tempo, di pari passo con la progressiva modifica dell'atteggiamento epistemologico e terapeutico. Nei primi anni Settanta, quando siamo passati dal modello psicanalitico al modello sistemico, avevamo l'obiettivo di inventare un nuovo linguaggio, che fosse più idoneo al lavoro con la famiglia, e di inventare anche, di conseguenza, nuove diagnosi. Non ci siamo però molto riusciti. Infatti, lavorando secondo il modello di Palo Alto, facevamo diagnosi utilizzando la vecchia nosografia accompagnata dal termine “transazione”: parlavamo di «famiglia a transazione schizofrenica», «famiglia a transazione nevrotica», «famiglia a transazione anoressica», volendo così intendere che consideravamo il sintomo come parte di un pattern specifico della famiglia.

Erano i concetti della prima cibernetica: la famiglia era considerata quasi come una macchina, una macchina cibernetica che si muoveva attraverso un processo di causalità circolare, quindi era importante scoprire *come* funzionava. Tutte le descrizioni erano descrizioni di giochi, si facevano “diagnosi” di giochi.

Ora, con i concetti della seconda cibernetica, che ha reintrodotto e sottolineato l'importanza dell'osservatore, tutto ciò che descriviamo viene considerato come conseguente alle ipotesi che abbiamo in mente. Non possiamo dunque più parlare di “transazione schizofrenica”, ma possiamo solo dire: «io adesso descrivo in questo modo quello che vedo».

Al concetto di diagnosi si sostituisce così quello di ipotesi, ipotesi *sul* gioco familiare, che deve però rimanere sempre ipotesi e mai diventare diagnosi. Con la prima cibernetica si era comunque costretti a descrivere in senso diagnostico, la conquista della seconda cibernetica è proprio questa: la libertà della diagnosi, la libertà di fare molte ipotesi.

La differenza tra una diagnosi medica, psichiatrica, e un'ipotesi sistemica è notevole.

La diagnosi è una descrizione che pretende di essere obiettiva su quello che si vede.

Lo psichiatra crede alla diagnosi. Egli pensa di dover fare attenzione a fare la diagnosi giusta, perché ciò che farà in seguito dipenderà da questo. I suoi strumenti di intervento saranno diversi a seconda della diagnosi fatta.

Al contrario, la posizione sistemica è quella di capire come mai il sistema è arrivato a creare, insieme all'operatore, una determinata diagnosi: come mai una determinata famiglia si è organizzata in modo tale da avere un membro che viene definito "schizofrenico" dalla comunità. Non è dunque importante "quale" è la diagnosi, ci interessa di più "come" si è arrivati a costruirla.

Il terapeuta sistemico non "crede" all'ipotesi che fa in quanto realtà, ma la considera una delle possibili chiavi di lettura, non tanto di patologie, quanto di transazioni, di giochi. Infatti, l'idea di base è che non esistono giochi in sé patologici, ma giochi e basta.

La diagnosi tradizionale ha le caratteristiche di un concetto totalizzante e senza tempo. Quando si dice di un individuo «è schizofrenico» o «è nevrotico», tutti i suoi comportamenti, da quel momento in poi, vengono visti in relazione alla schizofrenia o alla nevrosi.

È la critica che, come sistemici, facciamo sempre verso qualsiasi definizione che utilizzi il verbo essere al di fuori del tempo e del contesto. Quando si dice «il papà è cattivo, la mamma è buona, il figlio è schizofrenico» si utilizza un tipo di linguaggio basato sulla reificazione dei comportamenti, che quindi isola dal tempo e dal contesto. Questo del resto è un problema culturale: l'uomo, in quanto animale semantico, ha bisogno di costruire definizioni di cos'è e cosa non è, e le persona abitualmente si definiscono reciprocamente attraverso diagnosi.

Anche noi del resto siamo scissi, perché quando parliamo con colleghi, anche di approcci diversi, per intenderci utilizziamo la nosografia tradizionale, il DSM III. Anche se abbiamo una concezione particolare della schizofrenia, differente da altri, parliamo però dello "schizofrenico".

Nel linguaggio comune noi usiamo sempre il verbo essere, ma quando diamo una definizione di una persona spesso essa vale solo temporaneamente e viene poi modificata in un momento successivo. Ciò che conta non è il tipo di definizione quanto la rigidità della stessa: anche una diagnosi positiva può mettere in difficoltà. Se, ad esempio, si dice sempre di una persona che «è buona», prima o poi questa potrà trovare pesante da mantenere tale ruolo ma difficile ormai modificarlo.

La diagnosi psichiatrica dunque è una delle tante definizioni che vengono date delle persone, ma è diversa dalle altre perché porta con sé delle conseguenze particolari, implica una serie di significati notevoli nella storia, nel mondo, che riguardano l'inguaribilità, l'idea di una persona che ha perso il senso, che ha perso il contatto con gli altri.

Quello che noi facciamo è rimettere questa persona in connessione con gli altri, definire quello che fa come significativo e reinserirlo nel movimento temporale.

In genere, la famiglia viene da noi con una definizione del problema, una diagnosi, già fatta, e il primo intervento è quello di studiare tale diagnosi, non accettando la definizione di malattia né quella di problema individuale. Con l'ipotesi il terapeuta introduce elementi diversi: innanzitutto, dal momento che è una congettura, non è una reificazione. Infatti, se l'ipotesi viene reificata, torna ad essere una diagnosi. E, in quanto congettura, elimina anche l'indefinitezza temporale: «*in questo momento* io prendo i dati e li metto insieme in questa forma». Così, quando una madre dice «mio figlio è schizofrenico», si comincia a riportare questa definizione nel tempo e nel contesto: «Cosa vuol dire, per lei, essere schizofrenico?, quando ha avuto per la prima volta l'idea che suo figlio lo fosse...?» e così via.

Spesso capita che venga una famiglia che è stata in precedenza da un collega che ha detto: «È possibile che vostro figlio sia schizofrenico» o «è possibile che vostro figlio sia delinquente». In questo caso, la famiglia chiede ansiosamente al terapeuta sistemico: «Lei è d'accordo?». Qui il problema del punto interrogativo è essenziale: toglierlo crea una realtà potente; farlo rimanere crea la possibilità di altre realtà. Quello che noi facciamo è introdurre punti interrogativi su tutte le definizioni di patologia che ci arrivano e così passiamo dalla diagnosi all'ipotesi.

I sistemi che osserviamo, che siano individui o famiglie, sono continuamente in una situazione dinamica dove è presente la potenzialità di evoluzioni diverse. Fare una diagnosi e dire che il sistema è così, vuol dire fare una fotografia e quindi co creare, congelare, stabilizzare un sistema in

una determinata organizzazione, senza tenere conto che essa è solo una delle tante possibili.

L'ipotesi è molto più terapeutica che la diagnosi proprio perché permette al sistema di essere continuamente in uno stato instabile e quindi di sviluppare diverse evoluzioni: queste idee ci aiutano a essere elastici, a non sclerotizzare quello che vediamo e a rimanere dunque in contatto con la dinamicità del sistema.

Va però detto che la diagnosi di un membro familiare non ha sempre solo un significato negativo: a volte, anzi, può rappresentare per la famiglia una soluzione però solo per un certo periodo di tempo. Queste definizioni in termini di «tu sei così» possono avere una funzione pacificante. Infatti, nella confusione relazionale in cui le persone si trovano in questi casi, c'è la ricerca affannosa di una stabilizzazione, di una reificazione, e la scoperta che il membro problematico è tale perché schizofrenico può essere rassicurante, dare un sollievo temporaneo, rappresentare dunque la soluzione del sistema in quel determinato momento. Però, essendo, come abbiamo visto, una definizione che ferma il tempo, il problema in realtà viene solo rimandato e prima o poi si ripresenta. Dal momento che i sistemi sono sempre in stato dinamico, ogni volta che si costringe un sistema in una definizione rigida, si va incontro a possibili difficoltà.

È questo ciò che fa l'approccio psico-educazionale, che ha molto successo attualmente negli Stati Uniti. Gli operatori, infatti, comunicano ai genitori che il figlio è schizofrenico, e poi fanno loro una lezione sulla schizofrenia e su come comportarsi con una persona schizofrenica, cosa fare di fronte alle crisi, cosa fare per evitarle.

Mentre però il primo effetto della diagnosi tradizionale è quello di staccare la persona del contesto, coinvolgendo operatori che ne divengono responsabili, questo orientamento, pur accettando la diagnosi, coinvolge e valorizza i genitori, li considera utili e li responsabilizza. Questo ha indubbiamente un effetto positivo perché il rapporto figlio/genitore migliora. Tuttavia, tale miglioramento sarà necessariamente temporaneo, perché viene mantenuta la rigidità di una definizione che non permette soluzioni alternative.

Basandoci su un'epistemologia derivante dalle idee di Maturana e Varela, possiamo dire che i sistemi vengono creati dall'osservatore e la realtà viene creata dall'interazione tra osservatore e osservato. Se c'è un gruppo di persone che decide che esiste qualcosa di patologico, viene creato un sistema di questo tipo. La patologia è dunque una definizione, una descrizione.

Un'idea diffusa è che la terapia sistemica sia efficace, salvo se si tratta di un paziente *veramente* schizofrenico: c'è sempre il dubbio che la schizofrenia esista come malattia mentale organica. Nei training noi cerchiamo di aiutare le persona a liberarsi da questa idea, che rende più difficile l'intervento terapeutico.

Il terapeuta sistemico, proprio perché non cerca la verità, parte con un pregiudizio, quasi una decisione a priori: la scelta di non accettare l'idea che determinati comportamenti possano essere legati a presupposte malattie mentali, ma che al contrario dipendano dalle relazioni che si sono create in un determinato sistema. Noi abbiamo bisogno di idee utili per lavorare e questo "pregiudizio" - per il quale tutto ciò che si vede viene letto come comunicazione - ci dà uno spazio maggiore di attività, ci permette di ottenere risultati migliori.

Del resto, essere sistemici vuoi dire sapere cogliere le connessioni tra tutti i sistemi che riguardano l'uomo - biologico, genetico, comportamentale - tenendo presente che ci sono patterns di interazione tra cellule-organi-individui-famiglie e anche macrosistemi. Tra soma e psiche c'è connessione e non distinzione: i comportamenti sono legati sempre a un sub-strato biologico e d'altronde il cervello è plastico e ha grosse capacità di compensazione.

Indubbiamente, nei casi tradizionalmente definiti più gravi, psicosi, schizofrenia, autismo, in cui da più parti si ipotizza che i disturbi non siano solo funzionali e che anche se lo sono provengano da periodi di vita così precoci da avere quasi la potenza del biologico, anche la terapia sistemica tende ad essere più lunga e ad avere meno successo.

Nei casi definiti come disturbi della personalità o nevrotici si possono invece avere risultati in

pochissimi incontri.

Ma nei casi più gravi è più che mai importante il “pregiudizio sistemico” perché permette al terapeuta di avere una posizione ottimistica: infatti, l'accettazione di una diagnosi medica o biologica sarebbe contraddittoria con il suo ruolo di psicoterapeuta, dal momento che non si può cambiare ciò che non si ritiene cambiabile, e quindi, inevitabilmente, tenderebbe a co-creare cronicità.

Di conseguenza, come osservatori sistemici, nella grande maggioranza dei casi di cui ci occupiamo, noi, proprio per motivi terapeutici, manteniamo comunque una visione positiva, di possibile cambiamento, e dunque prendiamo in considerazione i comportamenti in quanto risultanti di interazioni di tipo funzionale. Portando il discorso alle estreme conseguenze, ottimismo terapeutico vuol dire che, quando c'è un problema che può essere visto sia come funzionale che come organico, viene visto sempre come funzionale.

Se noi consideriamo la cosiddetta carriera di un paziente che diventa psicotico cronico, vediamo con molta frequenza che il paziente comincia all'inizio ad avere comportamenti definiti non accettabili, da cattivo o da matto. Dopo un certo periodo, se questi cambiamenti si stabilizzano all'interno della famiglia, se la famiglia cerca di cambiarli ma non ci riesce, ci si reca dall'operatore che deve dare un parere. Molti operatori fanno una diagnosi medica, lineare, che distingue l'individuo dal gruppo familiare: l'individuo ha questo e questo, che gli altri non hanno, e con cui gli altri non sono connessi. Se il paziente designato comincia ad avere comportamenti nevrotici, vale a dire se continua a non essere ragionevole all'interno della famiglia, si crea così una differenza fondamentale tra i ragionevoli e il non ragionevole: questo è il primo processo di devianza.

Con una certa frequenza a questo punto vediamo che il diverso non è d'accordo: una volta si diceva che il negare la propria pazzia, il disaccordo con la definizione dell'operatore, era la riprova più evidente della malattia.

A poco a poco nel tempo, mentre gli operatori fanno diagnosi, danno farmaci, fanno terapia, si co-crea una realtà sempre più potente, così che non solo la famiglia e gli operatori saranno d'accordo che c'è una persona diversa dagli altri, irrazionale o deviante, ma anche il paziente designato lo diventerà. A questo punto tutto il sistema condividerà la stessa mappa. Quando c'è la condivisione siamo nella perfetta cronicità.

Questa diventa così una mappa in cui non ci sono più differenze, su cui tutti i concordano, l'unica possibilità per un sistema del genere è che un altro operatore, quando entra, abbia idee diverse, perché solo la novità può cominciare a introdurre nel sistema una differenza, che può eventualmente creare altre differenze.

È importante entrare in sistemi del genere con l'idea che tutti hanno co-creato una determinata diagnosi, che tutti sono allo stesso tempo vittime e co-creatori e che questa è una delle varie possibili modalità organizzative tra tutte le persone coinvolte. Il sistema creato dal problema, cioè il sistema famiglia-individuo-operatori, creato dal problema definito come schizofrenia, diventa infatti un sistema rigido e per coloro che sono all'interno diventa l'unica realtà possibile. Essere sistemici vuol dire credere che questa è solo una delle possibili evoluzioni organizzative. Questo è il pensiero sistemico di base che permette di eliminare l'indefinitezza temporale (da cui la cronicità) e l'assolutezza, la globalità delle definizioni.

In questi casi si tende inoltre a creare l'irreversibilità, perché se un operatore sistemico entra in una situazione di questo tipo, anche i precedenti operatori devono modificarsi in accordo con lui, altrimenti sono troppo potenti perché il cambiamento possa avvenire.

Un esempio può chiarire ulteriormente questi concetti.

Si tratta di una consulenza fatta due anni fa in Canada. La paziente era una ragazza di 28 anni, con una diagnosi di schizofrenia da 10 anni. Aveva avuto diversi ricoveri ospedalieri e quando venne vista era ricoverata in un ospedale residenziale.

Questa donna aveva avuto un fratello di due anni più giovane, che era morto quando lei aveva 14 anni, in circostanze drammatiche: infatti, mentre i genitori erano al lavoro, la loro casa aveva preso fuoco ed era riuscita a salvarsi soltanto lei. Questo aveva costituito evidentemente un trauma molto forte ed era stato definito la causa della psicosi, che però era iniziata solo quando la ragazza aveva 18 anni.

Il padre era alcolizzato. Il rapporto con la madre era abbastanza buono. A 18 anni dunque, la paziente aveva cominciato ad entrare ed uscire dagli ospedali. Aveva anche comportamenti promiscui. Durante un ricovero concepì due gemelli che vennero dati in adozione perché lei non era in grado di prendersene cura. Poi, due anni prima, aveva avuto un altro bambino e sua madre, che nel frattempo era rimasta vedova, aveva deciso di prendersi cura di questo nipote.

Lo psichiatra aveva portato questo caso in consulenza, nel contesto di un workshop, per questa ragione: la paziente era una ragazza intelligente, che, secondo lui, aveva raggiunto negli ultimi anni il massimo, perché era diventata abbastanza ragionevole, anche se a volte aveva ancora delle piccole crisi, anzi aiutava nell'ospedale anche gli altri pazienti, andava a trovare a casa il bambino nei fine settimana...e gli operatori in sostanza non sapevano più cosa fare!

Ecco il discorso della cronicità: «più di così non possiamo fare». Avevano già utilizzato la terapia farmacologica e la psicoterapia, ma continuavano a ritenere, nonostante tutto, che la donna, anche in considerazione della sua giovane età, potesse avere altre possibilità, che però non sapevano come stimolare.

Non appena iniziato il colloquio, la paziente disse subito: «Io sono schizofrenica». Il terapeuta sistemico, per creare un rapporto, cominciò a parlare del passato, del fratello, dei vari avvenimenti della sua vita. Dopo mezz'ora, quando sentì che era riuscito a “ingaggiarla”, cominciò a sfidare la diagnosi, chiedendole: «Quando hai cominciato ad avere l'idea di essere schizofrenica?».

E lei rispose che *era* schizofrenica, cominciando così ad accettare la sfida.

Il terapeuta insistette: «Come mai ad un certo punto ha deciso di essere schizofrenica?».

E lei: «Me l'ha detto il dottore».

«Perché il dottore lo ha detto, lei ha deciso di esserlo... . Ma avrà trovato qualche dottore che avrà avuto qualche dubbio...»

«Sì. Un altro medico mi ha detto che non lo ero...».

Il terapeuta disse che a questo punto probabilmente le conveniva continuare così, perché uno schizofrenico ha sempre qualcuno che si prende cura di lui... mentre invece sarebbe stato molto difficile per lei adottare l'altra idea, l'idea che non era schizofrenica, perché avrebbe comportato tutto un altro modo di vivere.

Aggiunse poi: «Ma, senta, lei ha dato suo figlio a sua madre: è legata al bambino?»

«Certamente».

«Chi è una madre migliore, lei o sua madre?»

«Io».

«Però in qualche modo ha rinunciato a suo figlio, perché come schizofrenica non può fare la madre. Se per caso non avesse questa idea, se dovesse decidere di non essere più schizofrenica, allora potrebbe effettivamente fare la madre».

La ragazza appariva un po' scossa. Al colloquio erano stati presenti lo psichiatra che la seguiva e l'infermiera che l'aveva accompagnata, due rappresentanti dell'ospedale.

Il terapeuta chiese a tutti e tre di aspettare ed uscì a discutere con il gruppo.

Torniamo qui al concetto della diagnosi che poco a poco include la famiglia, paziente designato ed operatore e al problema di come un altro operatore, l'operatore sistematico, debba cogliere tutti

questi elementi del sistema per riuscire a cambiarlo. A questo punto il terapeuta decise di fare l'intervento finale per lo psichiatra e l'infermiera, perché avesse un effetto su di loro, perché l'ipotesi era che gli operatori avevano l'idea che la paziente fosse schizofrenica, e questa è una mappa mentale così potente e totalizzante che rischia di far vedere continuamente sintomi schizofrenici.

Il terapeuta, rivolgendosi allo psichiatra e all'infermiera, disse: «Come avete notato, Anne ha deciso ad un certo punto di essere schizofrenica e quindi di comportarsi come tale, lasciando che altre persone si prendano cura di lei, dando ad altri il suo bambino, e così via... A questo punto però lei potrebbe anche scegliere di non essere più tale. La scelta di non essere schizofrenica comporta un'identità diversa, che porta con sé l'autonomia, il fatto di prendersi cura di suo figlio, trovarsi una casa e un lavoro. Ora io ritengo che Anne sia fortunata, perché si trova in un ospedale residenziale che le permette ambedue le scelte, sia l'una che l'altra, perché se fosse in un ospedale psichiatrico tradizionale – come il vecchio manicomio – avrebbe solo la possibilità della scelta schizofrenica».

Qui è terminata la consulenza. Abbiamo avuto notizie di questo caso dopo dei mesi e dopo un anno. La donna se ne andò notevolmente turbata, poi si recò dallo psichiatra e disse: «Io voglio provare a non essere più schizofrenica, però ho tanta paura. Ora voglio andare a casa, occuparmi del mio bambino e cercarmi un lavoro. Però posso farlo solo se sono sicura che voi non mi manderete via dall'ospedale e anzi dovrete dirmi se ogni tanto posso tornare qui».

E gli operatori, memori del discorso del terapeuta: «Ma certamente, ogni volta che vuole...».

Per farla in breve, la paziente tornò a casa e, quando disse alla madre che voleva occuparsi del figlio, la madre non le credette e interpretò il suo comportamento, alla luce di tutta la storia precedente, come un ulteriore segno di follia. Telefonò allora allo psichiatra, che le disse di avere dato a sua figlia il permesso di uscire, che stava bene, che se lo diceva poteva farcela, che doveva lasciarle la possibilità di questa scelta... Anna si è trovata un appartamento, si prende cura del suo bambino, una volta ogni tanto va in ospedale, sta andando benissimo.

Questa situazione mostra come la diagnosi inglobi gli osservatori e come, in questi casi gravi, sia importante pensare a livello dell'interazione tra i vari sistemi. Il lavoro fatto sulla paziente in qualche modo è stato un lavoro simultaneamente fatto sugli operatori, in loro presenza, così anche loro, nel corso della seduta, hanno cominciato a pensare come il terapeuta.

Appare chiaro a questo punto come l'intervento sistemico non sia più una diagnosi, non mette un'altra etichetta, ma toglie l'etichetta, definisce il paziente come un essere umano come gli altri, in stato dinamico, libero dall'essere relegato in un ruolo preciso, che può scegliere se essere matto o non esserlo, come un essere normale che ha scelto una carriera. La diagnosi leva, al contrario, la possibilità di scelta e fissa un ruolo preciso, con la collaborazione di tutti gli altri attori.

Il lavoro sistemico è, in un certo senso, l'opposto della diagnosi: è quello di riportare le definizioni nel tempo e nel contesto. Una cosa che non è ancora chiara è il motivo per cui le diagnosi hanno assunto questo senso di ineluttabilità, di indeterminatezza temporale. Se le diagnosi fossero dinamiche, non costituirebbero un problema: si potrebbe dire: «oggi sei schizofrenico, domani magari non lo sarai». C'è invece l'idea che le malattie mentali siano inguaribili, come il cancro. Forse alla base di questa convinzione può non esserci un motivo biologico ma sociologico: ogni società ha bisogno di un certo numero di devianti... .

Certo è che di fronte alla tendenza della psichiatria, specialmente negli Stati Uniti, a diventare sempre più biologica e quindi a creare sempre più mappe mediche, è importante che ci siano "gruppi devianti" che introducono altre mappe, altre visioni, per evitare che il sistema generale si cristallizzi a un livello più alto.

Possiamo terminare con l'idea di Heinz Von Foerster, che afferma che una descrizione dice più cose dell'osservatore che dell'osservato; le diagnosi fatte da diversi operatori dicono più cose riguardo all'operatore che all'utente.

Bibliografia

- ANDERSEN T. (1987), *Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work*. "Family Process", 26, 4, 415-428.
- ANDERSON C.M. (1986), *The All-too-short Trip from Positive to Negative Connotation*. "Journal of Marital & Family Therapy", 12, 4, 351-354.
- ANDERSEN H., GOOLISHIAN H. and WINDERMAND L. (1986), *Problem determined systems: Towards transformation in family therapy*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 5, 4, 1-13.
- BATESON G. (1958), *Naven*, London. Wildwood House (2nd Ed. 1980)
- BATESON G. (1976 Ed. it.), *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi. Milano.
- BATESON G. (1984 Ed. it.), *Mente e natura*. Adelphi. Milano.
- BENNUN I. (1986), *Evaluating Family Therapy: a comparison of the Milan and problem-solving approaches*. "Journal of Family Therapy", 8,3, 235-24.
- BLOM D. (1986), *Therapist-initiated linguistic directives in the opening phase of a Milan interview*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 5, 1 & 2, 44-49.
- BODGAN J. L. (1984 a), *Family Organisation as an Ecology of Ideas: an Alternative to the Reification of Systems*. "Family Process", 23. 3. 375-388.
- BODGAN J.L. (1984 b), *Rejoinder: Person to Person*, "Family Process". 23. 3. 395-399.
- BOSCOLO L. & CECCHIN G. (1982), *Training in Systemic Therapy at the Milan Centre*. In: Whiffen R. & Byng Hall J. (Eds). "Family Therapy Supervision: Recent Developments in Practice", N.Y. Grune & Stratton.
- BOSCOLO L., CECCHIN G., HOFFMAN L. and PENN P. (1987), *Milan Systemic Family Therapy: Conversation in Theory and Practice*. New York. Basic Books.
- BURNHAM J. & HARRIS O. (in press), *Systemic family therapy: the Milan approach*. in: Street E. & Dryen W. (Eds). "Family Therapy in Britain", Open University Press.
- CAMPBELL D. REDER P. DRAPER R. & POLLARD D. (1983), *Working with the Milan Method. Twenty Questions*. "Occasional Paper", Institute of Family Therapy, London.
- CAMPBELL D. & DRAPER R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy: the Milan Approach*. London, Grune & Stratton.
- CASTELLUCCI A., FRUGGERI L. & MARZARI M. (1985) *Instability and Evolutionary Change in a Psychiatric Community*. in: Campbell D. and Draper R. (Eds). "Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach", London, Grune & Stratton.
- CECCHIN G. (1987), *Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited. An Invitation to Curiosity*. "Family Process", 26, 4, 405-413.
- COLAPINTO J. (1985), *Maturana and the Ideology of Conformity*. "The Family Therapy Networker", 9, 3, 29-30.
- COLEMAN S. (1987), *Milan in the Bucks Country*. "The Family Therapy Networker", 11, 5, 42-47.
- CRONEN V. E., JOHNSON K.M., LANNAMANN J.W. (1983 Trad. it.), *Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa*. "Terapia Familiare", 14, 87-20.
- CRONEN V.E. & PEARCE W. B. (1985), *Towards an Explanation of the How the Milan Method Works: an Invitation to a Systemic Epistemology and the Evolution of Family Systems*. in: Campell D. & Draper R. (Eds). "Applications of Systemic Family Therapy: the Milan Approach", London, Grune & Stratton.

- CRONEN V. E., PEARCE W.B. & TOMM K. (1985), *A Dialectic View of Personal Change*. in: Gergen K. & Davis K. (Eds). "The Social Construction of the Person", N.Y. Springer Verlag.
- DEISSLER K.G. & GESTER P.W. (1983), *Autosystemic Transformation. Trance Phenomena. Systemic Utilization or Autosystemic Transformation*. Presentation at the Second International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy in Phoenix, Arizona, USA. (Nov./Dec. 1983).
- DI BLASIO P., FISCHER J.M., PRATA G. (1986), *La cartella telefonica: pietra angolare della prima intervista con la famiglia*. "Terapia Familiare", 22, 5-17.
- DI NICOLA V. (1984), *Road Map to Schizo-land: Mara Selvini Palazzoli & the Milan Model of Systemic Family Therapy*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 4, 2, 50-62.
- DURKIN J.E. (1987), *Coevolution in team psychotherapy: systemic change through parallel processing on both sides of the window*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 6, 1, 36-38.
- EFRAN J. & LUKENS M.D. (1985), *The World According to Humberto Maturana*. "The Family Therapy Networker", 9, 3, 23-28, 72-75.
- FLEURIDAS C., NELSON T.S., ROSENTHAL D.M. (1986), *The Evolution of Circular Questions: Training Family Therapists*. "Journal of Mantal & Family Therapy", 12, 2, 113-127.
- FRUGGERI L., DOTTI D., FERRARI R. & MATTEINI M. (1985), *The Systemic Approach in a Mental Health Service*. in: Campbell D.& Draper R. (Eds). "Application of Systemic Family Therapy: the Milan Approach", London, Grune & Stratton.
- GLECER E. (1987), *Training in Family Therapy; Dealing with Aspects of the Invariant Method*. "Journal of Strategic and Systemic Therapies", 6, 3, 42-56.
- GOLANN S. (1987), *On Description in Family Therapy*. "Family Process", 26, 3, 331-340.
- GOLANN S. (1988), *On Second-Order Family Therapy*. "Family Process", 27, 1, 51-65.
- GOOLISHIAN H. & ANDERSON H. (in press), *Human Systems: Some Evolving ideas about the problems they present and our work with them*. in: Reiter L., Brunner L. & Reiter- Theil S., "Von der Famililientherapie zur Systemischen Therapien", Heildeberg, Springler Verlag.
- HOFFMAN L. (1984 Ed. it.), *Principi di terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma.
- HOFFMAN L. (1982), *A Co-Evolutionary Framework for Systemic Family Therapy*, "Australian Journal of Family Therapy", 4, 1, 9-21.
- HOFFMAN L. (1985), *Beyond Power & Control. Towards a "second order" Family Systems Therapy*. "Family Systems Medicine" 3, 4, 381-396.
- JONES E. (1987), *Brief Systemic Work in Psychiatric Settings where a Family Member has been diagnosed as Schizophrenic*. "Journal of Family Therapy", 9, 1, 3-25.
- KEENEY B. (1982), *What is an Epistemology of Family Therapy?*. "Family Process". 21, 2, 153-168.
- KEENEY B. P. (1985 Ed. it.), *L'estetica del cambiamento*. Astrolabio, Roma.
- LANE G. & RUSSEL T. (1987), *Neutrality versus social control*. "Family Therapy Networker", 11, 3, 52, 56.
- LIPCHIK E. & DE SHAZER S. (1986), *The purposeful interview*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 5, 1 & 2, 88-99.
- MACKINNON L.K. & JAMES K. (1987), *Eucation Update. The Milan Systemic Approach: Theory & Practice*. "The Australian & New Zealand Journal of Family Therapy", 8, 22, 89-98.
- MACNAMEE S. (1987), *Accepting research as social intervention: implication of a system epistemology*. "Communication Quarterly", 36, 1.

- MACNAMEE S. (1988 in press), *Breaking the Patriarchal Vision of Social Science: Lessons from a Family Therapy Model*. in: Carter K. & Spitzack C. (Eds). "Doing Research on Women's Communication: Perspectives on Theory & Method". New Jersey, Ablex.
- MACNAMEE S. & FRUGGERI L. (1987), *The Complexity of Interactive Change: A Study of organisational burnout*. Presentation to the Speech Communication Association Annual Conference, Boston, MA, November 1987.
- MATURANA H., VARELA F. (1985 Ed. it.), *Autoipnosi e cognizione*. Marsilio, Roma.
- MATURANA H., VARELA F. (1987 Ed. it.), *L'albero della conoscenza*. Garzanti, MI.
- MATURANA H.R. (1983), *What is it to see?*. "Arch-Biol Med", 16, 255-269.
- MATTHEWS W.J. (1984), *Ericksonian and Milan Therapy: An Intersection between Circular Questioning and Therapeutic Metaphor*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 3, 4, 16-25.
- MENDEZ C.L., CODDU F. & MATURANA H. (1986), *The bringing forth of pathology*. "Journal of Marital & Family Therapy", 12, 2.
- MEYERSTEIN I. & COMPASS F.R. Jnr (1987), *Teaching the Mechanics of Design, collaboration an delivery of the final intervention in a team based live supervision group*. "Journal of Strategic and Systemic Therapies", 61, 1, 39-51.
- MILLER D. R. (1984), *Commentary. A Family is a Family is a Family*. "Family Process" 23, 3, 389-395.
- PARRY A. (1984), *Maturanation in Milan. Recent Developments in Systemic Therapy*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 3, 1, 35-42.
- PENN P. (1982), *Circular Questioning*. "Family Process", 21, 3, 267-280.
- PENN P. (1985), *Feed-Forward, Future Questions, Future Maps*. "Family Process". 24, 3, 299-310.
- PIROTTA S. (1984), *Milan Revisited. A Comparison on the Two Milan Schools*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 3, 4, 3-15.
- PRATA G & MASSON O. (1985), *Short therapy of a child with Gilles de la Tourette's Syndrome*. "Journal of Family Therapy", 7, 4, 315-339.
- PRATA G. (1987), *The absent member manoeuver at the first session of consultation*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 6, 3, 24-41.
- RICCI C. & SELVINI PALAZZOLI M. (1984), *Interactional Complexity & Communication*. "Family Process", 23, 2, 169-176.
- SANDERS G. (1986), *The Interview and Intervention in Sexual Therapy*. "Journal of Strategic & System Therapies", 5, 1 & 2, 20-62.
- SCHMIDT G. & TRENKLE B. (1985), *An Integration of Ericksonian Thechniques with Concepts of Family Therapy*. in: Zeig J.K. (ed) "Ericksonian Psychotherapy", New York, Brunner/Mazel.
- SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G.& PRATA G.(1977), *Family Rituals: a Powerful Tool in Family Therapy*. "Family Process", 16, 4, 445-453.
- SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G.& PRATA G. (1975), *Paradosso e controparadosso*. Feltrinelli, Milano.
- SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G.& PRATA G. (1980 a), *The Problem of Referring Person*. "Journal of Marital & Family Therapy", 6, 1, 3-9.
- SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G.& PRATA G. (1980), *Ipotizzazione-circularità-neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*. "Terapia Familiare", 7, 7-19.

- SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. & PRATA G. (1977), *Una prescrizione ritualizzata nella terapia della famiglia: giorni pari e giorni dispari*. "Archivio Psic. Neur. Psych.", 38, 3, 293-302.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1980), *Why a long interval between sessions? The therapeutic control of the family therapist supra system*. in: Andolfi M. & Zwerling I. (Eds.). "Dimensions of Family Therapy". N.Y., Guilford Press.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1981), *Comments apropos of Paul Dell's article "Some irriverent thoughts on paradox"*. "Family Process", 20, 1, 44-45.
- SELVINI PALAZZOLI M. & PRATA G. (1983), *A new method for Therapy and Research in the Treatment of Schizophrenic Families*. in: Stierlin H., Wynne L.C., Wirsching M. (Eds), "Psychological Intervention in Schizophrenia", Berlin, Springer Verlag.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1984), *Behind the Scenes of Organisation: some guidelines for the expert in human relations*. "Journal of Family Therapy", 6, 4, 229-307.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1985 a), *The emergence of a comprehensive systems approach. Supervisor and team problems in a district psychiatric centre*. "Journal of Family Therapy", 7, 2, 135-146.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1985 b), *Anorexia Nervosa, syndrome of the affluent society*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 4, 3, 12-16.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1985 c), *A school psychologist correctly redefines her relationship to the principal*. "Journal of Strategic & Systemic Therapies", 4, 3, 17-19.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1987 Ed. it.), *Il problema dell'inviante: quando è un fratello a chiedere la terapia*. "Ecologia della Mente", 3, 84-105.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1986), *Verso un modello generale dei giochi psicotici nella famiglia*. "Terapia Familiare" 21, 5-21.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1987 Trad. it.), *Risposta alla Anderson*. "Terapia Familiare", 25, 41-47.
- SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.
- SIMON R. (1987), *Palazzoli and the Family Game*. "The Family Therapy Networker", 11, 5, 17-23.
- SPEED B. (1985), *Evaluating the Milan Approach*. in: Campbell D. & Dreaper R. (Eds), "Application of Systemic Family Therapy: the Milan Approach", London, Grune & Stratton.
- TOMM K. (1984 a), *One Perspective on the Milan Systemic Approach: Part I. Overview of Development. Theory and Practice*. "Journal of Marital & Family Therapy", 10, 2, 113-125.
- TOMM K. (1984 b), *One Perspective on the Milan Systemic Approach: Part II. Description of Session Format. Interviewing Style and Interventions*. "Journal of Marital and Family Therapy", 10, 3, 253-271.
- TOMM K. *Circular Interviewing. A multifaced Clinical Tool*. in: Campbell D. & Draper R. (Eds); "Applications of Systemic Therapy: the Milan Approach", London, Grune & Stratton.
- TOMM K. (1986), *On Incorporating the Therapist in a Scientific Theory of Family Therapy*. "Journal of Marital and Family Therapy", 12, 4, 373-378.
- TOMM K. (1987 a), *Interventive Interviewing. Part I. Strategizing as a fourth guideline for the Therapist*. "Family Process", 26, 3-13.
- TOMM K. (1987 b), *Interventive Interviewing. Part II. Reflexive Questioning as a means to enable self-healing*. "Family Process" 26, 2, 167-183.
- TOMM K. (1988), *Interventive Interviewing. Part III. Intending to ask Lineal, Circular, Strategic &*

Reflexive Questions. "Family Process", 27, 1, 1-15.

VAN TROMMEL M.J. (1984), A Consultation Method Addressing the Therapist Family System. "Family Process", 23, 4, 469-480.

VIARO M. & LEONARDI P. (1983), Getting & Giving Information: Analysis of a Family Interview Strategy. "Family Process", 22, 1, 27-42.

VON FOERSTER H. (1987), *Sistemi che osservano*. Ceruti M. Telfner U. (a cura di). Astrolabio, Roma.

Summary. The authors underline the differences between the psychiatric diagnosis and the systemic hypothesizing. The first defines a reality without time nor context, which frequently produces chronic patients, hypothesizing, on the contrary, respect the system's dynamics and facilitates different evolutions. A case report emphasizes how the therapist have to consider the whole system individual-family-other clinicians to modify chronic situations.