Innovazione, attivismo, libertà e amore

scritto da Rivista Connessioni | 5 Gennaio 2023

di **Varvara Salavou**
Trad. di **Elena Karliampa**

All'età di 24 anni, iniziai la terapia di gruppo presso l'Istituto Ateniese di Anthropos (AIA) con Petros Polychronis. Dopo meno di un anno mi rivolsi a lui per annunciargli il mio desiderio di partire per Londra e iniziare una formazione in psicoanalisi. Lui acconsentì, agendo in modo esattamente opposto a qualsiasi altro psicoterapeuta. All'epoca non avevo capito il senso della mia azione, né il peso del significato della sua risposta. *Libertà?*

Circa dieci anni dopo, dopo aver completato la mia psicoanalisi e la specializzazione nel pensiero psicoanalitico, sono tornato all'AIA, dove Petros Polychronis era allora il direttore. Presto ricominciai a frequentare il Pensiero Sistemico con una supervisione sistemica. Petros Polychronis non voleva che mi formassi solo come terapeuta familiare e non nella terapia di gruppo, come desideravo. Ci siamo accordati per "trovare una via di mezzo", come pensava lui in modo inclusivo, rassicurandomi sul fatto che per iscriversi all'Associazione Europea di Terapia Familiare la terapia di gruppo non è un requisito indispensabile. *Amore?*

Circa dieci anni dopo, mi invitò a lavorare insieme alla formazione dei terapeuti familiari. Poiché gli piaceva la diversità, mi volle nel suo team, nonostante non avessi la minima idea della sequenza di gruppo e nonostante avessi seguito un percorso formativo e terapeutico completamente diverso dal resto del team di formazione dell'AIA. *Innovazione?*

Forse, fin da quando avevo 24 anni, Petros Polychronis, da saggio insegnante e terapeuta, sapeva che *"le ragioni sono nel futuro"*. Oggi lavoro nella Clinica di Psichiatria Infantile della Facoltà di Medicina di Atene, dove mi sono formata come psichiatra infantile. Senza che lo sapessi, in tutti questi anni, Petros Polychronis mi ha *"offerto lezioni su come essere un attivista",* non con le sue parole e le sue indicazioni, ma al contrario con le sue azioni, seguendo il principio dell'equifinalità.

Secondo la teoria dell'equifinalità (Von Bertalanffy, L., 1972), all'interno dei sistemi complessi

e aperti c'è flessibilità di risposta, poiché si sottolinea che i loro membri possono raggiungere lo stesso obiettivo seguendo traiettorie o percorsi diversi. È interessante che solo dopo la sua perdita ho appreso che credeva fortemente che il terapeuta dovesse essere "un attivista". Non me lo ha mai comunicato direttamente.

In un contesto di Sistema Sanitario Nazionale (SSN) con l'obiettivo primario della diagnosi, è stato significativo per me stabilire come psicologo un ruolo terapeutico.

Nonostante la forte tradizione all'interno della clinica di indirizzare il bambino alla psicoterapia individuale e i genitori alla consulenza genitoriale, ha significato per me vedere regolarmente le famiglie in terapia. All'interno dell'aula magna della Clinica Universitaria di Psichiatria Infantile, da più di un decennio, ha significato per me discutere, in un contesto scientifico, casi di terapia familiare sistemica, accanto agli approcci terapeutici psicoanalitici e cognitivo-comportamentali.

Petros Polychronis è stato il primo tirocinante psichiatra infantile dell'Unità di Degenza della prima Clinica di Psichiatria Infantile del Paese, quando è stata istituita negli anni Ottanta. Alla domanda storica, politica e scientifica se l'Unità di degenza dovesse essere chiusa a chiave, e al timore che un'Unità chiusa a chiave potesse essere un'alternativa per i bambini al timore che un'unità chiusa a chiave potesse diventare un manicomio, aveva risposto: *"I manicomi sono nella nostra mente".* Ogni volta che apro la porta dell'Unità con le mie chiavi, per entrare con una famiglia all'interno dell'Unità per la terapia familiare, risuona dentro di me il significato delle sue parole.

Come "attivista non informato" per un decennio ho lavorato con l'intera famiglia all'interno del reparto di degenza, a volte anche con un nonno o una nonna significativi, quasi come un equivalente di una "scuola segreta". Il significato di questa azione è che il bambino e l'adolescente possono rimanere in contatto con la propria famiglia durante il ricovero, che inevitabilmente significa separazione.

Rivett, Tomsett, Lumsdon e Holmes (1997), nel tentativo di strutturare una funzione di terapia familiare all'interno di un'unità di degenza per adolescenti, hanno analizzato come vi sia una grande difficoltà nel coinvolgere la famiglia. Il personale potrebbe vivere il rapporto con la famiglia in termini competitivi rispetto alla cura del bambino e potrebbe anche esserci la tendenza ad accusare la famiglia per la salute mentale del bambino. Tuttavia, Bennet, Fox, Jowell e Skynner (1976) hanno descritto che un maggiore coinvolgimento della famiglia può apportare grandi benefici, come la creazione di una rete, una migliore risposta ai bisogni della famiglia dopo la dimissione, la condivisione delle responsabilità durante il percorso terapeutico e una migliore e più rapida comprensione del problema all'interno di un più ampio contesto di funzionamento.

Cento volte ho sentito "costruzioni" stereotipate sulle famiglie che i professionisti della salute mentale mi hanno riferito, dopo la fase di valutazione, e ho avuto bisogno di "tapparmi

mentalmente le orecchie", nel tentativo di rimanere "aperta" alla terapia e di non rimanere intrappolata in significati preconcetti. Il significato di questa azione di "tapparmi le orecchie" non è quello di rimanere scollegata dall'équipe multidisciplinare che mi circonda – non potevo. Il significato di questa azione per me è quello di continuare a provare una posizione terapeutica di "non conoscenza", che mi permetta di connettermi con la famiglia il più possibile senza essere limitata da esperienze precedenti, verità teoriche e conoscenze (Anderson & Goolishian, 2008).

Ho spostato innumerevoli volte le sedie di un ufficio che condivido nel contesto del Servizio sanitario nazionale, in modo che formassero un ciclo, anziché una forma lineare di fronte alla mia sedia. Il significato che questa azione quotidiana ha per me è legato al mio sforzo di agire come terapeuta in termini di Cibernetica del Secondo Ordine, all'interno di un contesto che favorisce principalmente posizioni di Cibernetica del Primo Ordine. In altre parole, cerco di operare in modo collaborativo (Anderson & Gehart, 2014) e dialogico (Andersen, 1987) con la famiglia, come terapeuta che crea un sistema terapeutico che influenza ed è influenzato da esso, e non come guida, dalla posizione di un esperto che rimane un osservatore del sistema familiare.

Oggi la terapia familiare all'interno dell'Unità di degenza si svolge ufficialmente, dopo l'"apertura della strada", come mi ha detto un collega. Principalmente, lavoro con le famiglie quando il problema che si presenta è un bambino o un adolescente con un qualche tipo di disturbo alimentare. I risultati clinici ed empirici suggeriscono che la terapia familiare è un intervento terapeutico utile e importante per i bambini e gli adolescenti con disturbi alimentari (Eisler, 2005). Mi sento fortunata a poter combinare il mio interesse per i disturbi alimentari e il mio amore per la terapia familiare nel contesto della clinica universitaria di psichiatria infantile.

Nel corso degli anni, all'interno di un piccolo studio, ho scoperto con le famiglie i significati simbolici del "peso" che i bambini e gli adolescenti stanno sollevando all'interno del funzionamento familiare. Questi significati ho cercato di condensare con la mia partecipazione a un libro di psichiatria moderna per bambini e adolescenti (Salavou, 2020).

Quando Petros Polychronis ha invitato il team di formazione, a Paros nel 2021, con l'intenzione *di entrare in contatto,* gli ho offerto una copia del mio scritto dedicato con amore. Nonostante si sentisse un "uccellino orgoglioso" per aver scoperto così tanti significati, non ha mancato di sentire un sospiro da parte mia. Gli dissi che non ero molto soddisfatta perché non ho inserito tanti dialoghi della terapia familiare nei casi familiari che descrivo. Ha risposto con le seguenti parole: "Non si preoccupi del contenuto. L'importante è che ora la terapia familiare abbia trovato posto in un libro di psichiatria infantile".

In questo numero dedicato a Petros Polychronis, partecipo con un caso di processo familiare tratto dal mio lavoro all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò ha un significato per me,

dal momento che il mio insegnante, durante uno dei primi incontri online dell'*équipe* di formazione, mentre si trovava lui stesso in ospedale in trattamento terapeutico, ci aveva detto: *"Voglio che trasmettiamo ai tirocinanti il nostro amore per la terapia familiare".*

Esempio di processo terapeutico con una famiglia

La famiglia è composta dal padre, 51 anni, dalla madre, 50 anni, e dai loro tre figli.

La prima figlia ha vent'anni ed è una studentessa. Il secondo è un figlio di sedici anni e la terza è una figlia di quindici. Ho preso in carico il caso di questa famiglia nell'ambito dell'unità per i disturbi alimentari della clinica di psichiatria infantile. L'invio è avvenuto perché la terza figlia della famiglia presentava sintomi di anoressia nervosa.

Durante il processo terapeutico con la famiglia, mi è stato chiaro che la famiglia presentava caratteristiche qualitative di evitamento del conflitto e di iperprotezione (Minuchin, 1978). Sono state necessarie due sedute di terapia familiare con tutta la famiglia e alcune sedute con i genitori per formulare l'ipotesi che la paziente identificata fosse intrappolata in un triangolo, all'interno di un conflitto irrisolto tra i suoi genitori. Quello che segue è il processo terapeutico con la famiglia, il modo in cui questa ipotesi si è evoluta ed è stata utilizzata, nel tempo, in un contesto di co-interazioni con la famiglia.

"Ciclo vizioso": L'emersione di un nuovo significato

Nella fase iniziale del trattamento il padre aveva descritto il circolo vizioso del pensiero anoressico della figlia. Ammetto che non avevo idea del circolo vizioso nel pensiero anoressico, forse perché è un termine della terapia cognitivo-comportamentale e si concentra sulla persona. Come terapeuta sistemico, sono interessata al campo dell'in-tra. Tuttavia, non importava affatto il contenuto delle parole del padre.

Quando ho chiesto ai genitori se a casa avessero un dialogo sulla figlia, è emerso chiaramente che ogni volta che cercavano di avere un dialogo per il sintomo della figlia, appariva un *"ostacolo"* dalla loro relazione di coppia. L'"ostacolo" è diventato una parola chiave e per diverso tempo ci siamo riferiti all'"ostacolo" senza che io cercassi di scoprirlo e senza che la coppia ne rivelasse il significato. L'"ostacolo" era diventato una *metafora* piena di significato (Onnis et al., 2004; Andersen, 2014) e *qualcosa che non era ancora stato detto* (Andersen, 1987).

Ho preso nota della difficoltà della coppia e ho aspettato. Questa pausa non era un "tempo vuoto". Nel contesto del lavoro con la famiglia, il mio ruolo era quello di elaborare le dinamiche intorno al sintomo e l'obiettivo terapeutico era quello di eliminare il sintomo. Per me, come terapeuta, non era ancora chiaro quale dovesse essere il giusto percorso terapeutico. Inoltre, all'epoca ero impegnata a rispettare le regole dell'istituzione per cui lavoravo. Per l'istituzione, il messaggio era chiaro: *"la terapia d'elezione nei casi di disturbi*

alimentari è la terapia familiare". Allo stesso tempo, ero consapevole che il terapeuta deve relazionarsi con ogni famiglia in quanto diversa e unica nei bisogni e nei poteri (Eisler, 2005), nonostante le mappe già disponibili per la comprensione dei sintomi e delle dinamiche relazionali.

Ben presto la coppia rivelò, in una seduta a due, che il padre aveva avuto una relazione con un'altra donna, cosa che la madre aveva scoperto nel momento in cui la figlia aveva iniziato a non mangiare. Mentre all'epoca stavo seguendo una formazione in terapia di coppia emotivamente focalizzata (EFT), collegai il *circolo vizioso dell'anoressia* con il *circolo vizioso della relazione di coppia* (Johnson, 2004) e pensai a quanto la coppia avrebbe tratto beneficio da una *terapia di coppia emotivamente focalizzata.*

Il terapeuta familiare deve cercare costantemente dei *significati* (Andersen, 1987) nelle interazioni tra i membri della famiglia. Mentre formavo un piano per l'invio alla terapia di coppia, ho attribuito un nuovo significato al "circolo vizioso". Inoltre, il rinvio per la terapia di coppia è stato costante con la *de-enfatizzazione del* sintomo (Minuchin, 1978). La terapia di coppia avrebbe aiutato a) a non incriminare il padre come unica "fonte" di difficoltà e b) a de-triangolare il paziente identificato, che si pone come *l'elemento problematico della* famiglia.

Durante il processo terapeutico, la coppia ha condiviso con me che il padre aveva avuto un'altra relazione, quindici anni prima. All'epoca, la madre aveva cercato di superarlo da sola e la coppia non aveva chiesto una terapia. In quel periodo la coppia aveva concepito la terza figlia, che oggi si presenta con l'anoressia.

La coppia rimane insieme, si gode la gravidanza e si concentra sull'educazione della terza figlia, invece che sul rapporto di coppia. Quindici anni dopo, quando la coppia è di nuovo in crisi, la figlia, fedele al suo ruolo, sacrifica la sua salute mentale e la coppia rimane unita nel combattere il nemico: l'anoressia.

Stavo lentamente formando l'ipotesi terapeutica che la terza figlia, fin dal concepimento, si fosse assunta il "peso" *di tenere unita la famiglia* (Salavou, 2020).

Hoffman (2012) ha discusso come un *sacrificio nascosto* per i genitori sia spesso molto efficace per far svanire i conflitti e mantenere l'unità della famiglia.

Triangolazione, regole della famiglia, essere dialogici e collaborativi e teoria dell'attaccamento.

Bowen (1972) ha descritto come *triangolazione* il coinvolgimento di una terza persona in un conflitto tra due persone, nel contesto di un sistema familiare, al fine *di stabilizzare e proteggere* la diade dalla scissione. La teoria strategica di Haley (Hoffman, 2012) discute i triangoli come prodotti delle dinamiche familiari con due parti in conflitto e la *pressione per le coalizioni*. Quando un bambino si trova nella posizione di schierarsi dalla parte di un genitore,

può *sviluppare dei sintomi*, poiché inevitabilmente *tradisce l'altro genitore, qualunque sia quello con cui si scontra*.

All'interno delle sedute di terapia familiare ho cercato di operare come terapeuta seguendo i principi della *terapia collaborativa* (Anderson & Gehart, 2014) e di *essere dialogica* (Andersen, 1987). Allo stesso tempo, una forte alleanza terapeutica con ogni membro della famiglia era molto importante (Minuchin, 1974). In totale, tutti i membri della famiglia hanno mostrato fiducia e impegno nel processo terapeutico e sono stati collaborativi. Una forte alleanza terapeutica, l'impegno e la collaborazione sono fattori che hanno contribuito positivamente all'efficacia del trattamento con le famiglie (Karver et al. 2006; Hogue et al. 2006).

Da un processo di fermentazione (Andersen, 1987) è emerso che i membri della famiglia erano vincolati da una regola familiare silenziosa e rigida (Minuchin, 1974), ovvero "è vietato mostrare vulnerabilità". Da un'indagine con domande, è emerso che questa regola è stata trasmessa alla famiglia dalla generazione precedente, la famiglia paterna del padre.

Soprattutto per i "maschi della famiglia", il modello richiedeva che gli uomini non manifestassero le loro emozioni. Il padre ha descritto chiaramente di essere cresciuto con la regola familiare "gli uomini in famiglia non si abbracciano e non si baciano". White (1983) ha descritto come nelle famiglie con credenze intergenerazionali rigide e invisibili, i membri della famiglia si limitano a una gamma molto ristretta di modelli di interazione e strategie di risoluzione dei problemi.

La prima figlia della famiglia ha osservato che la regola "è vietato mostrare vulnerabilità" non è qualcosa che i genitori *dicono*, ma è qualcosa che *fanno*. Ha anche aggiunto che nella sua famiglia non è vietato piangere, ma, quando ciò accade, il messaggio dei genitori è "vai in camera tua e asciugati le lacrime".

Nonostante Sole abbia dichiarato a livello verbale che non gli dispiace che i suoi amici piangano, a livello non verbale ha la tendenza a *risolvere i suoi problemi da solo*, intrappolato anche nel modello di interazione familiare.

In una delle sue narrazioni, il padre ha ricordato che aveva tredici anni quando alla madre fu diagnosticato il cancro, e nessuno in famiglia poteva rivolgersi agli altri per esprimere angoscia o dolore. Dopo le sedute di terapia che la madre aveva intrapreso all'estero, tutti i membri della famiglia erano soliti visitare insieme i musei, come se niente di insolito fosse avvenuto. Oltre alla severità della sua educazione da parte del padre, aveva una rappresentazione di sua madre che non offriva amore incondizionato. La ricordava piuttosto rigida dal punto di vista emotivo.

Il sistema di credenze e le tradizioni delle famiglie hanno dato prescrizioni specifiche per ruoli e regole particolari, riguardo alle relazioni e alla manifestazione degli affetti (White, 1983).

Sotto il “peso” di questa ereditarietà, era evidente che la coppia genitoriale soffriva, poiché la loro vicinanza emotiva era bloccata. La richiesta latente della madre di livelli più elevati di intimità emotiva con il proprio partner è stata data voce dalla figlia con il suo sintomo e presto da tutto il sottosistema dei fratelli.

Un processo terapeutico che tenta l’innovazione?

Più la figlia con il sintomo rimaneva fedele alla regola familiare “è vietato mostrare vulnerabilità”, più il sintomo sarebbe rimasto vivo e vegeto. È nella natura dell’anoressia nervosa come disturbo mentale riuscire a controllare le emozioni attraverso il controllo delle calorie (Eisler, 2005). Il *ruolo dei terapeuti è quello di aiutare la figlia a essere infedele alla regola familiare?*

Boszormenyi-Nagi & Spark (1973) descrivono nel loro libro *Invisible Loyalties* come la figlia sia *in debito* di vivere all’interno della norma delle aspettative dei genitori e inoltre di trasmettere alla generazione successiva gli stessi valori. Anche White (1983), in uno studio su dodici famiglie con una figlia affetta da anoressia nervosa, descrive che l’infedeltà alle regole familiari equivale a un tradimento.

È compito dei terapeuti aiutare la figlia a diventare infedele al suo ruolo di mantenere unita la famiglia?

Gradualmente, lavorando attraverso la figlia è riuscita a non essere più così fragile.

Ha dato il permesso ai genitori di parlare liberamente con lei, soprattutto durante i pasti, dicendo *“non parlatemi come se stessi per crollare”.* Inoltre, la figlia ha chiesto al padre di mostrare sentimenti più vulnerabili con la frase: “quando ti vedo vulnerabile ti vedo più umano e allora mi sento più vicina a te”.

La figlia ha invitato il padre a smettere di essere *“quello forte”,* controllando le sue emozioni. Il padre aveva descritto la propria convinzione, legata alla tradizione del modello di parentela nella famiglia paterna, di essere “forte” solo quando fa tutto per i figli e non quando mostra le proprie emozioni.

Se il padre riesce a esprimere le proprie emozioni, cioè a infrangere la regola familiare ereditata dal proprio padre, allora la figlia ha la speranza di poter superare il proprio ruolo di fedeltà alla regola familiare di non mostrare vulnerabilità. Allora è libera dai sintomi.

La tendenza all’isomorfismo (Von Bertallanfy, 1950) non poteva lasciarmi fuori come terapeuta. Con il mio suggerimento terapeutico per la terapia di coppia, invece che per la terapia familiare nel contesto dell’Unità per i Disturbi del Comportamento Alimentare, sono stata infedele anche al protocollo terapeutico che mi obbligava a proporre la terapia familiare come il trattamento di scelta più adatto nel contesto della Clinica di Psichiatria Infantile.

Con il suggerimento di una terapia di coppia emotivamente focalizzata speravo di offrire innanzitutto un'opportunità di curare la ferita nel legame di coppia e allo stesso tempo di creare una connessione emotiva tra i partner, che sembravano incapaci di avere accesso l'uno all'altro e di essere disponibili nei momenti emotivamente critici (Johnson, 2004).

In secondo luogo, speravo che se la relazione di coppia si fosse trasformata nuovamente in una base sicura (Bowlby, 1969), l'adolescente avrebbe potuto esplorare il mondo e tornare dai genitori solo per essere regolata emotivamente (Allen & Tan, 2018). Nella fase attuale, l'adolescente è rimasta intrappolata nel sintomo, regolando emotivamente la coppia genitoriale, sacrificando allo stesso tempo un maggiore coinvolgimento con il gruppo dei pari.

La terapia di coppia, con le ipotesi di cui sopra e il piano terapeutico, potrebbe significare *un processo di de-triangolazione* della figlia con il sintomo. La triangolazione terapeutica è la dinamica che permette alla famiglia e alla coppia di avvalersi di un terzo – il terapeuta – per raggiungere *una posizione post-triangolare* (Flaskas, 2012).

L'ipotesi della de-triangolazione costituisce un ponte tra la teoria sistemica e la teoria dell'attaccamento (Dallos & Vetere, 2010). La teoria dell'attaccamento e la teoria sistemica si incontrano nel momento in cui pensiamo che le rappresentazioni del bambino non si formino solo dal tipo di attaccamento con ciascun genitore separatamente, ma anche dalla *relazione tra i genitori*.

Il ponte del funzionamento riflessivo

I momenti terapeutici creativi nascono dalla *specificità dell*'ambiente terapeutico (Flaskas, 2012). Questo specifico percorso terapeutico può avvenire con la specifica famiglia, in uno specifico momento e in uno specifico contesto. Andersen (1984) descrive con semplicità la relazione di co-evoluzione tra il terapeuta e la famiglia, seguendo il principio che Bateson ha descritto nel suo libro *Verso un'ecologia della mente* del 1972. Poiché l'individuo è inseparabile dal suo ambiente, nuove idee possono nascere dall'interazione con gli altri, all'interno di un ecosistema di cui siamo parte integrante.

Mi chiedo: suggerirei una terapia di coppia emotivamente focalizzata se non fossi stata una tirocinante di quel modello? Ha importanza quale percorso terapeutico ho seguito, dal momento che ci sono molte scelte alternative? Quali innovazioni hanno preceduto, e in quali livelli e campi, in modo che io potessi seguire questa innovazione terapeutica nel qui-e-ora? Come sono stata influenzata nei processi terapeutici con la famiglia dall'ecologia delle relazioni che mi circondano come terapeuta a livello professionale e interpersonale?

Possiamo utilizzare i principi della prima cibernetica (triangoli, coalizioni) e della seconda cibernetica (essere collaborativi e dialogici) e anche di altri campi scientifici (teoria dell'attaccamento) con il ponte della *riflessività* (Flaskas, 2012). Il *funzionamento riflessivo* (Fonagy et al. 1991, Fonagy & Target, 1997) riguarda la nostra capacità di comprendere gli

stati mentali ovvi e non ovvi di noi stessi e degli altri, nonché la capacità di rilevare le intenzioni.

La terapia familiare può potenzialmente offrire un ambiente terapeutico adeguato che può essere utilizzato come *spazio di transizione* (Winnicott, 1951).

All'interno dello spazio di transizione, le famiglie possono potenzialmente trovare un modo per esplorare insieme, in modo creativo, nuove possibilità, mentre allo stesso tempo cercano di prendere le distanze dalle posizioni familiari. Il terapeuta, in costante interazione e risonanza con la famiglia (Elkaim, M. 2016), è chiamato a fare esattamente lo stesso.

Epilogo

In un dialogo privato, durante i primi incontri di Epistemologia della terapia familiare con i tirocinanti, avevo condiviso con Petros Polychronis la mia angoscia di aver esagerato con la contestualizzazione scientifica della terapia familiare.

Poiché l'AIA, dai suoi fondatori Giorgos e Vasso Vasileiou, ha una lunga tradizione che sottolinea soprattutto l'apprendimento esperienziale, temevo di non essere abbastanza *fedele* a questo principio, che risale a due generazioni fa.

Con tre parole, in silenziosa risonanza con tutto ciò che stavo vivendo con la famiglia che ho descritto sopra, al servizio ancora una volta dell'*innovazione*, della *libertà* e dell' *amore*, mi ha sciolto dal *debito* di dover seguire gli schemi tradizionali all'interno dell'Istituzione AIA.

"Signor Polychronis, temo di diventare troppo scientifico per i tirocinanti dell'epistemologia della terapia familiare all'interno dell'Istituzione dell'AIA".

"Non aver paura. Spara!"

Bibliografia

Allen, J., Tan, J. (2018) The multiple facets of attachment in adolescence. *Handbook of attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, 3rd Ed. Cassidy, J., Shaver, P. (eds). The Guildford Press.

Andersen, T. (1987) The Reflecting Team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process* 26 (4): 415-428.

Andersen, T. (1984) Consultation: Would You Like Co-Evolution Instead of Referral? *Family Systems Medicine* 2:4.

Andersen, T. (2014) Human contribution: The human "existence" is the step for human "evolution" in the next step. In Anderson, H., Gehart, D. (eds) Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that make the Difference. University Studio Press. Original

printed in 2007.

Anderson, H., Gehart, D. (2014). Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that make the Difference. University Studio Press. Original printed in 2007.

Anderson, H., Goolishian, H. (2008). The client is the expert: An approach to therapy from the position of Not-Knowing. Metalogos 14: 37-53. Original Printed in 2007.

Bateson, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. Ballantine.

Bennet, D., Fox, C., Jowell, T., Skynner, A. C. R (1976) Towards a Family Approach in a Psychiatric Day Hospital. *British Journal of Psychiatry*, 129: 73-81.

Von Bertalanffy, L. (1950). An outline of general system theory. *British Journal for the Philosophy of Science,* 1, 134–165.

Von Bertalanffy, L. (1972) The History and Status of General Systems Theory. *Academy of Management Journal, 15(4): 407–426.*

Bowen, M. (1996) Triangles in the Family. Ellinika Grammata. Original printed in 1972.

Bowlby, J. (1969) Attachment and Loss, Vol. 1. Attachment. The Tavistock Institute of Human Relations.

Dallos, R., Vetere, A. (2012). Systems Theory, Family Attachments and Processes of Triangulation: Does the Concept of Triangulation offer a useful bridge? *Journal of Family Therapy*, 34 (2).

Eisler, I. (2005) The empirical and theoretical base of family therapy and family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27:104–131.

Flaskas, C. (2012). The space of reflection: thirdness and triadic relationships in family therapy. *Journal of Family Therapy* 34: 138–156.

Elkaim, M. (2016) From Networks to Resonance: The Life Journey of a Family Therapist. In

M. Borcsa, P. Stratton (eds.), *Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice. EFTA Series,* Springer. Issue 41 metalogos-systemic-therapy-journal.eu 10

Fonagy, P., Steele M., Steele H., Moran, G. S & Higgit, A. C. (1991). The Capacity for understanding mental states: the reflective self/parent in mother and child and the significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*. 12: 201-218.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in selforganization. *Development and Psychopathology,* 9: 679-700.

Hoffman, L. (2012). Foundations of Family Therapy. University Studio Press. Original printed in 1981.

Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L-F., Cecero, J., Liddle, A. (2006) Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (1): 121–129.

Johnson, S. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy. Creating Connection*. Brunner-Routledge.

Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review* 26: 50–65.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Routledge.

Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L., (1978). *Psychosomatic Families, Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press.

Onnis, L., Bernardini, M., Giambartolomei, A., Leonelli, A., Mementi, B., Vietri, A. (2004) The use of metaphors in systemic therapy: A bridge between mind and body languages. Researchgate.net

Rivett, M., Tomsett, J., Lumsdon, P., Holmes, P. (1997) Strangers in a familiar place: the evolution of a family therapy clinic within an in-patient adolescent unit. *Journal of Family Therapy* 19: 43–57.

Salavou, V. (2020). Systemic Family Therapy for Eating Disorders: Exploring the Meanings of "Weight" in Family Relationships. In Koaitis, G. (Ed). *Modern Psychiatry of Child and Adolescent. Mental Health and Psychopathology*. Beta.

White, M. (1983). Anorexia Nervosa: A transgenerational system perspective. *Family Process*. 22: 255-273.

Winnicott (1951). Transitional Objects and Transitional Phenomena. *In Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Karnac.