

La terapia sistémica de Milán*

Luigi Boscolo • Paolo Bertrando

La **terapia sistémica de Milán**, conocida en los países anglosajones como *Milan Approach* (Hoffman, 1981) es un modelo terapéutico fundado sobre las teorías de Gregory Bateson (1972). Originalmente aplicado solamente a la terapia familiar, el modelo de Milán es hoy utilizado además en el trabajo individual, de pareja, con grupos y con organizaciones (Campbell y cols., 1991).

El modelo sistémico hacia el siglo XXI

Narraremos brevemente la historia del enfoque milanés, como ha sido desarrollado por el grupo original de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata): el trabajo del grupo se inserta en sus inicios en la línea de las terapias estratégicas para emerger más tarde, después de una década, como uno de los principales ejemplos de terapia sistémica, fundada sobre los principios de la cibernética batesoniana, desembarcando en el constructivismo, el constructivismo social, el posmodernismo y la narrativa (Toffanetti, 2000). En los primeros años de la década del '70, el grupo de Milán, después de un período de terapia de la familia bajo una orientación psicoanalítica (1967-1971), adoptó el modelo sistémico estratégico del *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, influenciado por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson, Milton Erickson (Watzlawick y cols. 1967; Haley, 1963). En este primer período de actividad de grupo, que duraría hasta 1975, la terapia estaba siempre como un ofrecimiento a toda la familia a la que se le presentaba un problema, incluso cuando éste estaba relacionado con sólo uno de sus miembros (el “paciente índice”).

Un espejo unidireccional dividía la sala de la terapia de la sala de observación. El equipo terapéutico se encontraba, en general, antes de cada sesión para formular alguna hipótesis de trabajo según las informaciones recibidas previamente. Por lo tanto, el terapeuta, o como sucedía regularmente, la pareja de terapeutas, iniciaba la sesión mientras el resto del equipo observaba detrás del espejo. La sesión podía ser interrumpida ya sea por los terapeutas como también por los miembros del equipo de supervisión; en ambos casos, terapeutas y equipo se reunían brevemente en la sala de observación para un intercambio de ideas. Al final de la sesión, terapeutas y equipo se encontraban nuevamente, esta vez por un tiempo más largo, a veces más de una hora: la discusión conducía hacia una serie de hipótesis que confluían en una hipótesis sistémica, capaz de dar un sentido a los comportamientos observados en relación al síntoma. A partir de la hipótesis sistémica, después, se construía una “intervención final”, que podía consistir en una reformulación, una prescripción con una tarea para seguir en casa, o bien con un ritual. El terapeuta o la copia de terapeuta eran quienes debían sugerir a la familia esta intervención final.

El método del MRI estaba basado en el pensamiento sistémico y en la cibernética de primer orden, es decir, en la cibernética del sistema observado. Esto implicaba un observador separado de la entidad observada. El equipo buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia

* Traducido por Felipe Gálvez Sánchez, psicólogo y psicoterapeuta de la Universidad de Chile, actualmente perteneciente al Centro Milanés de Terapia Familiar.

se había organizado en relación al síntoma o los síntomas presentados; las hipótesis por lo tanto debían corresponder a aquello que era definido como el “juego familiar”. Para ser eficaces, las hipótesis debían corresponder, en cierto sentido, al juego familiar, así como una llave corresponde a su cerradura.

El libro *“Paradoja y contraparadoja”* (Selvini-Palazzoli y cols., 1975), que describe el trabajo con 15 familias, con un miembro diagnosticado como esquizofrénico, narra que entrar en una relación con aquellas familias era como entrar en un laberinto. Era muy difícil llegar a hipótesis que tuvieran un sentido para cada uno de los miembros del equipo, lo que provocaba un cierto sentido de confusión y frustración. Al igual que Bowen (1976), el grupo veía los síntomas insertos en un juego trigeracional. En ese juego, el paciente índice ocupaba una posición especial, en la cual convergía el máximo grado de **desconfirmación**, con la consiguiente incertidumbre sobre la percepción de sí mismo y de los otros, sensación de insensatez y de confusión. La teoría del doble vínculo (Bateson y cols., 1956) fue vital en la comprensión del síntoma psicótico, basándose en las paradojas emergentes de la confusión de niveles lógicos. Uno de los objetivos de la terapia era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales, dejando espacio al posible surgimiento de configuraciones más funcionales y más flexibles. Tal objetivo era alcanzado a través de la connotación positiva de todos los comportamientos, sintomáticos o no (reformulación paradójal) y por medio de los rituales familiares.

Alrededor de 1975, la publicación de las obras de Bateson en el volumen *“Steps to an ecology of mind”* (Bateson, 1972), abrió al grupo nuevos horizontes. El modo de pensar y de trabajar cambió drásticamente. El intento consistía en transferir la epistemología cibernética de Bateson a la práctica clínica, el pensar en modo sistémico para actuar en modo sistémico.

Respecto a las posiciones del *Mental Research Institute*, los escritos originales de Bateson se acercaban a un pensamiento sistémico puro y complejo. La distinción entre mapa y territorio, las categorías lógicas del aprendizaje, el concepto de mente como sistema y sistema como mente, la noción de epistemología cibernética, y la introducción de la semántica asumieron una posición central. La aplicación de estas ideas en el campo clínico llevó a un desarrollo de un nuevo método de recolección y elaboración de la información y de las intervenciones sobre los sistemas humanos. Fueron enunciados tres principios para la conducción de las sesiones: Hipotetización¹, circularidad y neutralidad, que se transformaron en la marca distintiva del modelo (Selvini-Palazzoli y cols., 1980b) y es de esto que nos ocuparemos más adelante.

En 1979, Selvini-Palazzoli y Prata abandonaron el Centro para continuar su propia investigación sobre las familias. Esta investigación, fundada sobre una cibernética de primer orden estaba dirigida a “descubrir” posibles organizaciones familiares específicas (“juegos”), relativas a síndromes específicas, como la anorexia y la psicosis. Luego, en 1983, Mara Selvini-Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino formaron un equipo para llevar a cabo una investigación sobre las tipologías familiares, cuyos resultados fueron publicados en el texto *“Los juegos psicóticos en la familia”* (1988).

Boscolo y Cecchin prosiguieron en su propia investigación, que siguió un camino distinto, influenciado notablemente por un cambio de contexto. En 1977, de hecho, ambos terapeutas habían iniciado un curso de formación en terapia familiar sistémica. Las familias eran vistas por uno o dos terapeutas, frecuentemente alumnos en formación, mientras que detrás del espejo observaban los demás alumnos, junto a dos docentes. Se había de esta forma, pasado a la investigación sobre la formación y la terapia. Los roles se hicieron cada vez más complejos: por ejemplo un docente se podía encontrar en un determinado momento en el rol de terapeuta, supervisor, etcétera.

Particular importancia tuvieron los encuentros personales, a veces bastante prolongados, con Humberto Maturana, Heinz von Foerster y más tarde con Ernest von Glasersfeld. Maturana llevó a una posición central al observador: *“Todo aquello que ha sido dicho, ha sido dicho por un observador”* (Maturana y Varela, 1974). Además de esto, era primordial, en su pensamiento, el concepto de autonomía organizativa de los sistemas vivientes, que lo conducía a teorizar la imposibilidad de las **interacciones instructivas**,

¹ Nota del traductor: Los autores hacen hincapié en que sea llamado “hipotetización”, ya que se trata de un proceso y no sólo del uso de hipótesis.

es decir, la imposibilidad de interacciones que pudieran obtener directamente un cambio en el sistema viviente: el sistema responde según su propia organización y por consecuencia a través de su propia historia. Según Maturana y Varela, la realidad surge en el lenguaje a través del consenso: en esta óptica, existen tantas realidades como conversaciones posibles. Von Foerster (1982) introduce el concepto de cibernética de segundo orden, o cibernética de los sistemas observantes: el observador entra en la descripción de aquello que es observado, de este modo, observador y observado no pueden ser separados. Von Glasersfeld, por último, abre el camino a los conceptos del constructivismo radical.

El efecto combinado de estas actividades y encuentros, abre los límites de lo que se consideraba como familia, dando paso a una amplia gama de sistemas humanos en interacción. La atención se cambió desde el sistema observado al sistema observante. Ambos eran concebidos ahora como “mentes” dotadas del mismo grado de organización: los clientes² observan a los terapeutas de la misma forma que éstos últimos los observan a ellos. Como consecuencia, coherentemente con las perspectivas constructivistas y de cibernética de segundo orden, el énfasis pasó desde el comportamiento observado a las ideas, a las teorías, a las premisas personales de los componentes del sistema observante. La familia ya no es más vista como una “máquina homeostática” que el terapeuta debía conocer antes para luego reparar. Se empieza a centrar el interés en aquello que sucede en la sesión, en el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y clientes, es decir, se presta mayor atención al proceso terapéutico que a la intervención final. Esto, en el período anterior, representaba el *clou* (el punto culminante, el más significativo) del encuentro entre equipo y familia, y a ello era atribuida la posibilidad de provocar un cambio. Si no se producía, significaba para el equipo que la hipótesis sistémica sobre la cual se había construido la intervención final no era *ad hoc*, es decir, no correspondía a la organización del sistema observado.

A la luz de estas nuevas adquisiciones, reevaluándose el modo de trabajar, el grupo sufre otra evolución (Boscolo y cols., 1987). Terapeuta y equipo dejan de considerar solamente al sistema como constituido únicamente de la familia que se presentaba en sesión y comienzan a formular hipótesis sobre el **sistema significativo** relacionado con el problema presentado. Por sistema significativo se entiende el sistema de relaciones entre las personas involucradas en el problema presentado. Esto incluye por definición al paciente índice y puede comprender además a los miembros de la familia nuclear, la familia extendida (comprendidos los difuntos más importantes), los coetáneos de los pacientes, la escuela, el trabajo y, sobre todo, los operadores, los expertos y los servicios sociales y sanitarios que en el tiempo puedan haber estado en contacto con el paciente. El sistema significativo incluye naturalmente también al terapeuta en su calidad de observador, con sus propias teorías y prejuicios. Los terapeutas buscaban ahora entender las maneras con las cuales los patrones de ideas y significados contribuyen a la creación consensual de la imagen clínica observada.

Los conceptos constructivistas condujeron a tomar mayor atención, cada vez que se evaluaba un sistema, a las posiciones de cada uno de los observadores que forman parte del sistema significativo. Se conoce cada vez más un sistema cuando se toma en consideración los diferentes puntos de observación. Si el terapeuta, en vez de crear una hipótesis en base a sus propios prejuicios y desde su único punto de observación, busca imaginar y relacionar las posibles hipótesis o puntos de vista de los otros miembros del sistema significativo del cual forma parte, puede construir una hipótesis más compleja, **pluricéntrica** y, en cierto sentido, colectiva. La hipótesis personal, que corre el riesgo de ser unidimensional, plana como una imagen monocular, es sustituida entonces por una hipótesis compleja, pluridimensional, dotada de profundidad, ofreciendo así una imagen estereoscópica del sistema. El trabajo con la familia puede, de esta forma, convertirse en un laboratorio, donde se aprende a pensar y actuar de modo sistémico.

El proceso evolutivo hasta aquí descrito puede ser inserto en un amplio marco cultural: el posmoderno (Gergen, 1999; Rosenau, 1992), una manera de pensar que influencia las más variadas disciplinas, incluida la terapia (O'Hara y Anderson, 1991; Gergen, 1991; Doherty, 1991). El pensamiento posmo-

² Nota del traductor: En la lengua italiana y específicamente en el modelo milanés se usa el concepto de “cliente”, para evitar un término complicado como “paciente”, o ambiguo como “consultante”; que, a diferencia del concepto en español, no tiene una connotación particularmente de carácter comercial.

dermo rechaza las metanarraciones, término con el cual son identificados los sistemas globales que se ponen como absolutos y “verdaderos”. Para los posmodernos, que consideran cada teoría o sistema de pensamiento como nada más que una narración, es más importante concentrarse en las narraciones locales y tradicionales o en las micronarrativas, que se presentan simplemente como historias, sin pretensiones de veracidad, absolutismo o universalidad. En la historia única y progresiva, el posmoderno sustituye a la **genealogía** (Foucault, 1966), un proceso fluido que acoge no sólo a las grandes historias, sino también a aquello que está disperso, a lo marginal, lo alternativo. Es a esta idea de la genealogía a la cual White y Epston (1989) se inspiran para definir la terapia como **el recuperar resultados únicos y la creación de historias alternativas**.

El constructivismo dejaba abierta una dicotomía, aquélla entre el observador y lo observado, concebidos como distintos (Fruggeri, 1995). De este modo, la perspectiva sistémica se desplazaba desde una visión externa al individuo (*outsight*) a una visión interna (*insight*). La superación de tal dicotomía implicaba otro cambio de perspectiva, desde el constructivismo al construccionismo social.

Mientras el constructivismo pone el acento en el observador y en sus construcciones mentales, el construccionismo social lleva a las relaciones a un primer plano, vistas en una clave distinta a las primitivas teorías cibernéticas: ya no son más la expresión de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje o de significado. El paso de una perspectiva sincrónica –basada en el atribuir importancia a los patrones relacionales, característica del período estratégico– a una perspectiva diacrónica –a la cual hemos sido conducidos sobre todo con la lectura de Bateson, de Saussure (1922) y de Bruner (1986)– nos ha llevado poco a poco a desarrollar un particular interés por las historias, cómo éstas se construyen y cómo son construidas. Como la apertura de la “caja negra”, que a mediados de los años ’70 nos condujo a interesarnos en los significados, del mismo modo, la apertura del marco temporal del presente, al pasado y al futuro, nos ha estimulado a trabajar sobre las conexiones de eventos y significados en el fluir del tiempo. Nos hemos interesado en cómo los clientes conectan eventos y significados de su pasado para explicar en modo **determinístico** su presente, vinculando el futuro.

Hemos ilustrado ampliamente esto en el libro *“Los tiempos del tiempo”* (Boscolo y Bertrando, 1993), mostrando cómo los sistemas humanos que producen síntomas y sufrimientos tienden a enjaularse en historias deterministas que los conducen a los expertos para pedir ser ayudados a liberarse.

En la concepción narrativa (ejemplificada por el modelo de White y Epston), el sufrimiento, que conduce a las personas a buscar una terapia, puede ser leído como expresión de una incoherencia entre las historias que las personas cuentan de sí mismas y su propia experiencia, o bien la discrepancia entre sus experiencias y las historias que los otros cuentan de ellos. El proceso terapéutico se convierte entonces, sobre todo, en un proceso de re-narración de las historias (*re-storying*). En ello, los clientes recuperan la posibilidad y la capacidad de ser autores, a través de la interacción con el terapeuta, de historias positivas para sí mismos, que disminuyan el sufrimiento, o al menos, le den un sentido.

En este punto de nuestro recorrido teórico, tendemos a considerar el modelo sistémico como una derivación batesoniana, enriquecido con las contribuciones del constructivismo, con la cibernética de segundo orden y el construccionismo, como nuestra metáfora guía, nuestra lente privilegiada, aunque sí recientemente hemos agregado otras lentes de gran interés y utilidad, como las lentes del tiempo, del lenguaje y la lente de la narrativa.

En nuestra visión epigenética³ el término **integración** tiene un rol importante. La idea de integración permite, a nuestro entender, superar la molesta cuestión del eclecticismo (Villegas, 1995). El eclecticismo puede ser definido como el uso indiscriminado de técnicas heterogéneas y de ideas provenientes de diferentes modelos teóricos, sin relacionarlos cada vez con los diferentes supuestos teóricos del mismo modelo. La integración es, en cambio, la capacidad de avalarse de un modelo teórico bien experimentado, en el cual se encuentra cómodo y ha dado resultados satisfactorios. A la integración de varios modelos es posible apoyarse en momentos particulares (como por ejemplo en situaciones de *impasse*

³ Nota del traductor: El modelo milanés se ha caracterizado por su visión epigenética, que considera al presente como una conformación de muchos eventos del pasado que han permitido la finalidad actual.

terapéutica), estos modelos alternativos pueden ofrecer una visión diferente de la situación y modalidad dispuesta para resolverla. Una vez conseguido el objetivo, el terapeuta puede regresar al interno de su modelo preferido.

La integración de diferentes “voces” presentes en la experiencia del terapeuta (Boscolo y Bertrando, 1996; Bertrando, 2000) tiene también una validez ética: el terapeuta que se pone en una perspectiva **multiversal** está más abierto a escuchar las voces de la cultura, del género y de la **etnicidad** del cliente, y de enfrentarlas a las voces de su propio género, de su propia **etnicidad** y de su propia cultura general y profesional. Un terapeuta que sigue este camino puede convertirse en más consciente, en la medida de lo posible, de sus propios prejuicios e influencias culturales, que condicionan sus descripciones y explicaciones.

Algunos se podrán preguntar si en nuestra teoría existe un punto central, o bien se trata solamente de una teoría **multicéntrica**, en la cual falta un común denominador. Nuestra posición es que, de todas las evoluciones citadas, en nuestro recorrido quedó grabado como núcleo central, el concepto de mente y sistema batesoniano, a través del cual Bateson ha analizado los sistemas más diferentes: el individuo, la familia, la cultura y, sobre todo, el ecosistema en el cual todos nos encontramos inmersos (Bateson, 1972 y 1979).

El análisis batesoniano, centrado en la epistemología cibernética, se basa en circuitos recursivos que conectan al observador con lo observado según las dos modalidades ya descritas, que se pueden reconocer en la visión constructivista (en la cual el individuo que observa construye) y en la visión construccionista (en la cual el observador y lo observado son al mismo tiempo “construidos” y constructores del contexto relacional y cultural en el cual existen). De este modo, parece posible mantener una visión de verdad en grado de superar las dicotomías.

La familia y el diagnóstico en una clave sistémica⁴

Las ideas sobre el diagnóstico varían notablemente según los modelos teóricos de los terapeutas. Algunos terapeutas, especialmente de formación médica y psiquiátrica, utilizan el modelo biomédico. Otros, psiquiatras, pero sobre todo psicólogos, se inspiran en un modelo mixto biopsicosocial. Un común denominador entre estos dos grupos es la distinción entre aquello que es considerado como sano y aquello que en cambio es considerado como patológico y el acento puesto en la importancia en el diagnóstico.

En medicina, se entiende por diagnóstico la delimitación de la naturaleza o de la sede de una enfermedad, en relación a la evaluación de sus síntomas. El trabajo del médico consiste aquí en evaluar los síntomas que observa, encasillarlos dentro de una perspectiva diacrónica a través de la anamnesias y darles un sentido unificador a través de la hipótesis de un síndrome, en definitiva, establecer la sede (el órgano afectado) y la causa de la enfermedad, llegando así al diagnóstico etiológico. Solamente con la conclusión de una indagación diagnóstica se podrá determinar un programa terapéutico y una prognosis. El caso del diagnóstico psiquiátrico es diferente, y crea problemas no menores a los propios psiquiatras, basta pensar en la forma del diagnóstico que hoy influencia más que cualquier otro punto de vista al pensamiento y la práctica psiquiátrica. En otras palabras, el diagnóstico propulsado por el sistema norteamericano del Manual de Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales o DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1994). El DSM IV en su formulación periódica pone el acento sobre todo en la necesidad de establecer criterios diagnósticos que pueden valer para todos los psiquiatras y los terapeutas, más allá de su posición teórica. Al interior del manual, varias disfunciones psiquiátricas son así definidas mediante criterios que se presumen “ateóricos” y “operativos”. Diferentes autores de formación sistémica y psicoterapéutica, en general han criticado al DSM por su pretensión de cientificidad, que tiende a reificar el proceso diagnóstico, transformándolo en una etiqueta. Otra crítica se refiere a la incapacidad de entrever, más allá del diagnóstico, los puntos de fuerza y los recursos del individuo.

⁴ En el modelo sistémico no se puede hablar de “familia normal” en sentido estricto, sino solamente para referirse a una familia suficientemente flexible y adaptable. Los terapeutas sistémicos de Milán usan, sin embargo, otros modelos extraídos de la psicología individual y social, al formular sus hipótesis (Dell, 1987).

Una tercera crítica, la imposibilidad, bajo este modelo, de ir más allá del individuo para alcanzar una evaluación también de sus ambientes significativos (especialmente el familiar) y de las relaciones que el individuo mantiene con estos ambientes. Estas críticas se fundan en una visión diferente de los problemas que llevan a las personas a una terapia, menos apoyada en el modelo médico.

Un tercer grupo de operadores, especialmente psicólogos, asistentes sociales, educadores y sobre todo los terapeutas familiares y de pareja, no se basan de hecho en una idea de patología o enfermedad individual o relacional, sino más bien en la presencia de problemas y sufrimientos de tipo existencial. Obviamente, estos terapeutas y operadores sociales no hacen antes un diagnóstico y después una terapia acorde a ello, sino una propia evaluación ligada intrínsecamente al inicio de la terapia misma.

No obstante estas notables diferencias de puntos de vista, los operadores, especialmente en los servicios públicos, son empujados a hacer una evaluación diagnóstica o por lo menos a saber qué cosa significa un determinado diagnóstico escrito en la ficha clínica del cliente. Hacer terapia implica para cualquier terapeuta, independientemente de su orientación teórica, considerar el hecho de que los clientes a veces han sido ya diagnosticados por otros colegas bajo una óptica psiquiátrica; o que serán diagnosticados en el futuro; o incluso que ellos mismos tienen ya la convicción de tener una “enfermedad”. Es importante, en casos similares, saber trascender las dicotomías y respetar la pluralidad de los puntos de vista, ya sea con los colegas así como con los clientes, evitando las contraposiciones, las simetrías y la rigidez que a veces llevan a cocrear problemas en vez de resolverlos.

Principios generales de la terapia

ROL DEL TERAPEUTA

Son complejos los requisitos del terapeuta sistémico, ya que se debe desenvolver en un contexto familiar y/o individual. Los sintetizaremos brevemente a continuación:

- Se requiere antes que nada la capacidad de adoptar una posición que permita escuchar a los clientes. Estas posiciones son más evidentes en el contexto de la terapia individual que en la terapia familiar, en la cual los terapeutas son más bien directivos y activos en el transcurso de la sesión. En ambos casos, la actitud de escucha es activa y no pasiva, es empática en el sentido de lograr “ponerse en el lugar del otro”, transmitiendo su propia participación emotiva.
- Un requisito importante del terapeuta es la curiosidad (Cecchin, 1987) en relación a los clientes, de su historia y de la evolución del proceso terapéutico. Gracias a ello, el terapeuta evita encasillarse en intercambios redundantes y repetitivos, que pueden llevar a un *impasse*.
- La capacidad, por parte del terapeuta, de mostrarse positivamente (Lai, 1985) es otro importante recurso del terapeuta, que facilita (o hace más atractivo) su trabajo y la aceptación de los clientes, los cuales pueden, a través de ello, ser positivamente influenciados. La pregunta que cada tanto el terapeuta debiera formular podría ser: *“¿Qué cosa podría hacer ahora que me haga sentir mejor y así poder ayudar de una mejor manera a mis clientes?”*. Se puede discutir el hecho de que la habilidad del terapeuta en el escuchar, en la empatía, en su curiosidad, en su sentido del humor, sean los elementos terapéuticos inespecíficos más importantes para el logro de una buena terapia, especialmente una terapia de carácter **explorativo**.
- El terapeuta sistémico se interesa en el diálogo interno del cliente y también en su diálogo externo; estará atento entonces al sentido que las ideas, palabras y emociones del cliente tienen en relación a sí mismo y sus sistemas de pertenencia, y al sistema terapéutico.
- Es característico del modelo sistémico que el terapeuta mantenga una visión circular de los eventos, junto a aquella linealidad propia del sentido común. Tal perspectiva implica la renuncia a considerar un evento como causa suficiente de otro y lleva además a considerar las relaciones recíprocas entre los eventos y las acciones humanas (Bateson, 1972; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). La visión circular, naturalmente, no se aplica solamente a los eventos del mundo del cliente, sino también a todo lo que sucede en la terapia. El principio de circularidad en la conducción de la sesión se basa

en la observación de las retroalimentaciones, es decir, en los mensajes verbales y no verbales del cliente. Para una mayor precisión, el terapeuta debería ser consciente además de las propias retroalimentaciones en relación al cliente, es decir, posicionarse en una visión externa (*outsight*) desde la cual observar la interacción, lo que conduce a una concepción verdaderamente coevolutiva de la terapia. Cada intervención del terapeuta se basa en mensajes del cliente y éstos a su vez se basan en relación a mensajes anteriores. Más que hablar de una visión sencillamente circular, conviene hablar de una visión “espiral” (Bateson, 1979), que considere el tiempo. En esta visión, los eventos se influyen retroactivamente alcanzando cada vez un resultado diferente al cual iniciaron, proceso que de hecho se representa como un espiral.

- Es oportuno que el terapeuta tenga conciencia del problema del poder en la relación terapéutica y en las relaciones del cliente con sus sistemas de referencia y de los roles sexuales (**género**).
- Un punto que no se debe olvidar, es que el terapeuta debe estar consciente de que su lectura propuesta (como cualquier otra) al interior de un contexto terapéutico no es objetiva, sino que está influenciada por sus premisas, experiencias y teorías. La conciencia de esto le permite mantener cierta distancia y autonomía de sus propias lecturas, tanto como para poder experimentar la creatividad.

Trabajar de modo sistémico requiere, a nuestro entender, el operar en una perspectiva coevolutiva: el terapeuta evoluciona junto al cliente, evitando detenerse en una imagen que **reifique** el pasado o el presente, o una historia que podría seducirlo. Pero, al mismo tiempo, sus modelos deben saber evolucionar junto a los modelos sociales del cliente. Parafraseando a Borges que decía de Shakespeare, un buen terapeuta debe esforzarse por ser “*igual a todos los hombres*” (Boscolo y Bertrando, 1997).

¿Cómo es posible adquirir una conciencia tal de sí mismo en la práctica clínica? Nosotros, en todos estos años, hemos encontrado una respuesta en la dialéctica que hemos construido con un amplio uso del equipo de observación. Se construye de este modo un sistema de tres elementos: cliente, terapeuta y observador(es). El rol del equipo en este caso es el de proporcionar al terapeuta un “punto de apoyo” externo para hacerlo más consciente de sus propias premisas y sus propias emociones al interior de la situación terapéutica. El equipo, de hecho, tiene la tarea de generar hipótesis: sobre el cliente, pero además sobre el terapeuta y las emociones, y también sobre la relación entre terapeuta y cliente. Este tipo de hipótesis asume un valor similar al análisis de la contratransferencia en una supervisión psicoanalítica, con la diferencia que se desarrolla en vivo, en el aquí y ahora de la sesión, de manera que la retroalimentación es inmediata y vivaz.

La interacción entre terapeutas y clientes gana con esto otro nivel de reflexión y disminuye la posibilidad de que el terapeuta se pierda en la relación terapéutica. Uno de los mayores riesgos para el terapeuta es , el buscar “caer” dentro de la relación terapéutica, perdiendo la distancia que es necesaria para ejercer las acciones terapéuticas. Diferentes modelos usan diversos medios para evitar un excesivo apego del terapeuta a sus clientes. La teoría psicoanalítica y las principales terapias individuales se ayudan con la supervisión, que permite a un tercero (por lo general un terapeuta experto) intervenir en la relación y reequilibrar las distancias. En otros modelos, como el modelo del *Mental Research Institute*, es más difícil que el terapeuta se entrampe en esto porque la terapia es bastante breve y focalizada, haciendo difícil que se consolide una relación de apego entre terapeuta y cliente. Para nosotros, en cambio, es importante la dialéctica entre los tres elementos del sistema, que se ha desarrollado trabajando con el equipo.

El trabajo en equipo ha conducido a una visión polifónica de la terapia. En las discusiones detrás del espejo, en la cual cada miembro del equipo comunica sus propias emociones y sus propios puntos de vista, nos hemos acostumbrado a contar siempre con puntos de vista diferentes. Y, sobre todo, nos ha entrenado en la idea de considerar siempre un “detrás del espejo” como una posibilidad de aumentar nuestra capacidad de salir de la inmediata relación. Este modo de trabajar, desarrollado en la investigación, en la formación y en la terapia de la familia, se ha transformado para nosotros en un método que, naturalmente, nos influye desde que trabajamos individualmente, es decir, con un solo cliente.

Esto está también ligado al rol de la formación personal del terapeuta (del participar él mismo de una terapia) en su proceso de formación personal. Es bien conocido que muchas formas de terapia exigen para alcanzar el estatus de terapeuta, haber participado en una terapia personal. Nuestro modelo no

exige una terapia personal, pero sí es cierto que considera indispensable que sea el aprendizaje en grupo (en equipo) el que desarrolle la función de la formación personal.

Inicialmente los alumnos eran formados para desarrollar sustancialmente habilidades técnicas; gradualmente, la formación ha asumido un tono bastante acentuado de formación personal a través de los grupos de aprendizaje. Al interior de la formación sistémica, al alumno le es posible realizar un trabajo sobre sí mismo, un trabajo que, de todas formas, mantiene un amplio rango de libertad (no hay insistencia, ni tampoco es fuertemente aconsejado que sigan una terapia personal) y que siempre tiene su punto fijo en el aquí y el ahora del grupo de formación. Tales actividades permiten, según las modalidades antes expuestas, la construcción de una "mente colectiva" (en el sentido que Bateson da a este concepto) que elabora el trabajo teórico y la práctica, clínica conectándolos en manera circular. El alumno se encuentra por lo tanto inserto en un proceso continuo de retroalimentación gobernado y regulado por los docentes (Boscolo y cols., 1995).

Objetivos

Los objetivos de la terapia reflejan evidentemente la teoría, experiencia y prejuicios del terapeuta. Al momento de definirlos, debemos, ante todo, tener en cuenta los objetivos de los clientes. Éstos podrían estar buscando solamente salir de una crisis y liberarse de eventuales síntomas presentes. O quizás tener la sensación de que el síntoma representa la punta de un iceberg, de "algo que no funciona", de lo cual no se comprende siquiera su naturaleza. O quizás esta sensación puede aparecer cuando, una vez que ha desaparecido el problema presentado, permanece o se acentúa el estado de ansiedad o de inseguridad. Es posible que algún miembro de la familia desee modificar una situación relacional de la familia, o del trabajo, buscando en la terapia algunos caminos, alguna luz, que le permitan ayudar a cambiar incluso a los otros. Es posible también que uno de los clientes, de manera encubierta, haya solicitado participar en una terapia no por sí mismo, sino para amainar las angustias de un grupo de personas preocupado por un presunto problema.

No siempre la petición de una terapia se puede dirigir a una familia entera. A veces los problemas traídos a la luz se refieren a situaciones de pareja. Más tarde resulta claro que el consultante no pide ayuda para su familia, sino para sí mismo como individuo, por síntomas bien definidos o buscando respuesta a dudas existenciales que lo atormentan desde hace mucho tiempo. Es importante que el terapeuta ponga mucha atención y evalúe detalladamente los objetivos de los clientes y su evolución en el tiempo. Actualmente, el Modelo de Milán ya no considera más como única forma de tratamiento la terapia familiar, sino que acepta la posibilidad de intervenciones con la pareja, los subsistemas, o bien también las terapias individuales (Boscolo y Bertrando, 1996); y el tema de los objetivos se asocia directamente al tema de la **convocación** a la terapia y al tema de la primera sesión, como veremos más adelante.

Es compartido por todos el hecho de que el objetivo prioritario de cualquier cliente, es la eliminación de su estado de malestar, de su sufrimiento. Como Freud ha observado, cada uno de nosotros vive en el mejor modo posible, en el sentido de buscar evitar la ansiedad. Es evidente que, a medida que la relación terapéutica evoluciona, pueden evolucionar también los objetivos, como en los casos en los cuales, una vez que han desaparecido los síntomas, un miembro de la familia siente, de todos modos, la exigencia de continuar la terapia. Obviamente, las vicisitudes de los objetivos de los clientes se deben relacionar con aquéllos del terapeuta. Por ejemplo, un terapeuta breve estratégico o conductista tiene como objetivo exclusivo ayudar al cliente, primero a establecer por sí mismo los objetivos de la terapia y luego a liberarse de los problemas de los cuales desea eximirse en el menor tiempo posible. En los casos en los cuales el terapeuta, en base a sus teorías y sus prejuicios, considera en cambio que la resolución del problema presentado no es el problema principal, sino el inicio de otra cosa que debe ser explorada (y modificada), sus objetivos cambian. Estos terapeutas buscarán crear con los clientes un contexto terapéutico de exploración común y búsqueda en la cual la globalidad de la persona ocupará la posición central. En estos casos, la terapia es por lo general de mayor duración, los síntomas pierden la importancia y son considerados epifenómenos de conflictos internos o relacionales, mientras que asume una importancia mayor la naturaleza de la relación que los clientes tienen consigo mismos y con los otros. En este sentido, cobra relevancia también la relación que se establece entre terapeuta y cliente.

En nuestro modo de trabajar, el objetivo general es crear un contexto relacional de **deutero-aprendizaje**, es decir, de aprender a aprender (Bateson, 1972), en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, sus posibles salidas de la dificultad y el sufrimiento. Con este fin, se explora el contexto en el cual viven y en el cual se manifiestan los problemas. Buscamos conocer profundamente el sistema que se ha organizado alrededor del problema (Anderson y cols., 1986), es decir, los eventos, los significados y las acciones que inicialmente se han organizado en torno a ellos y las relaciones con los sistemas significativos (familia, grupo de pares, expertos, etc., incluyendo naturalmente al terapeuta) que contribuyen a la evolución y al mantenimiento de los problemas. Este trabajo de exploración permite llegar, junto con los clientes, a una definición compartida de los objetivos iniciales, que podrán ser después eventualmente modificados según aquello que surgirá en el transcurso de la terapia.

Principios y técnicas de la terapia

LA CONVOCATORIA

En sus orígenes, el modelo de Milán suponía que a la terapia fueran siempre convocados todos los miembros de la familia nuclear. La evolución del modelo terapéutico ha llevado a aceptar aquello que el sistema familiar “escoge” traer a la terapia. Se ha pasado así al principio de que **venga aquél que desee venir**.

Ahora tenemos la convicción de que la convocatoria de subsistemas familiares definidos al interior de la terapia es un instrumento esencial para el proceso terapéutico, incluso para facilitar no sólo las acciones del terapeuta, sino también los momentos cruciales, como es la definición de los objetivos. Por ejemplo, convocar a un solo cliente después de la primera sesión puede permitir definir la terapia como individual, modificándose sensiblemente los objetivos.

Asimismo, en el transcurso de las terapias definidas como familiares, el convocar a un subsistema puede tener efectos de importancia. Esta modalidad permite a los terapeutas, por una parte, ser colaboradores con la familia que tiene dificultades en presentarse en conjunto a la terapia, por otro lado, crear en la familia espacios de diferencias que permitan el surgimiento de nueva información. Respecto a esto, se puede distinguir:

Convocatoria “horizontal”. Por ejemplo ambos padres o el grupo de hermanos de la familia. Permite definir y reevaluar los límites generacionales y la eventual diferenciación –o falta de la misma– (Minuchin, 1974).

Convocatoria “vertical”. Por ejemplo convocar a madre e hija, muy útil en casos de anorexia, o bien aquélla –muy usada actualmente– de padre e hijo, que aparece como particularmente adecuada en los casos en que es necesario reforzar la identificación masculina del hijo o disminuir la distancia percibida por el padre. Este tipo de convocación ha tomado para nosotros últimamente un sentido muy significativo.

Convocatoria individual. Resulta de máxima utilidad cuando el terapeuta desea crear una alianza particular con un miembro de la familia (por ejemplo, en pacientes con un diagnóstico de psicosis) que tiene dificultad en crear un verdadero lazo en presencia del resto de la familia.

LOS PRINCIPIOS BASE

Como ya ha sido mencionado, desde 1975 en adelante, hipotetización, circularidad y neutralidad han asumido una posición central en la conducción de la sesión (Selvini-Palazzoli y cols., 1980). De éstos, como veremos más adelante, el principio de neutralidad ha tenido una evolución como consecuencia de la aparición del constructivismo y la cibernética de segundo orden.

La hipótesis tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y del observar: *“La hipótesis, en sí misma, no es ni verdadera, ni falsa, sino más o menos útil”* (Selvini-Palazzoli y cols., 1980). Es importante que la hipótesis no sea **reificada**. En los últimos años, algunos grupos que en el pasado

se inspiraron en el modelo de Milán y recientemente han optado por el modelo narrativo construccionista (Anderson y Goolishian, 1992; Andersen, 1992; Hoffman, 1994) han sostenido la oportunidad de renunciar a las hipótesis, para evitar contaminar la historia del cliente con ideas, tipologías, o conocimientos traídos por el terapeuta.

A nuestro entender, las hipótesis permanecen como un instrumento útil en la conducción de la sesión, en cuanto permiten al terapeuta conectar las informaciones, los significados, las acciones que surgen en el diálogo, según las coordenadas del tiempo y el espacio, con otros puntos de referencia eventuales, como aquéllos descritos en la sección anterior. De frente a la pregunta: ¿A quién pertenece la hipótesis? ¿Al terapeuta, al cliente o a ambos?, hemos respondido:

“Las hipótesis surgen de la interacción recursiva entre terapeuta y cliente. En este sentido, ser verdaderamente ‘batesonianos’ comporta la atribución de las hipótesis ni al terapeuta ni al cliente, sino a ambos (...). En los años 1970 la hipótesis había sido puesta en la mente del terapeuta, mientras que actualmente se coloca sin duda alguna en el contexto de la interacción” (Boscolo y Bertrando, 1993).

Una hipótesis es calificada como sistémica si considera a todos los componentes del sistema en juego y propone una explicación de sus relaciones, que no es ni verdadera ni falsa: es un instrumento de investigación. El terapeuta evalúa la plausibilidad de las propias hipótesis en base a las retroalimentaciones verbales y no verbales del cliente. La **circularidad** es, de hecho, el principio a través del cual el terapeuta confía en estas retroalimentaciones para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas hipótesis. Vale la pena recordar la definición original de este concepto: *“Por circularidad, entendemos la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones (...) y las informaciones solicitadas en términos de relaciones, es decir, en términos de diferencia y cambio” (Selvini-Palazzoli y cols., 1980).* Es importante cambiar continuamente las propias hipótesis, para evitar caer en la trampa de la “hipótesis verdadera”, que introduciría una mayor rigidez y cerraría el discurso.

El tercer principio en la conducción de la sesión, la **neutralidad**, ha sido más fuertemente criticado que los otros dos. El terapeuta asumiendo una posición de neutralidad, evita ser parcial con un cliente o con las personas con las cuales establece contacto, evita adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evita privilegiar un determinado curso de acción para un cliente. Naturalmente, mantener una posición de neutralidad no es fácil. Por definición, como es imposible no comunicar, según el primer axioma de la comunicación humana (Watzlawick y cols., 1967), del mismo modo es imposible ser neutral en el momento de esta acción. Por ejemplo, en un determinado momento el terapeuta, para no perder su propia espontaneidad y evitar paralizarse en un trabajo mental y poder seguir haciendo lo que está haciendo en este momento, puede ponerse a favor de un específico cliente. Solamente después de una reflexión posterior se podrá enjuiciar si se mantuvo neutral o no. A veces, en el trabajo con el equipo terapéutico, es éste quien señala al terapeuta eventuales situaciones de pérdida de la neutralidad. También puede suceder que en el intervalo entre una sesión y otra, el terapeuta se dé cuenta que ha cometido un “error” respecto a la neutralidad; esto le permitirá estar más atento a sus efectos. A partir de lo que ya se ha dicho, surge una visión sincrónica que conduce a una posición de no neutralidad; es el tiempo, por ende la visión diacrónica, la que permite mantener la neutralidad.

Con el desarrollo de las teorías sistémicas, ha sido necesario revisar la noción de neutralidad. El concepto de neutralidad, así como había sido concebido en los años '70 en un contexto de cibernética de primer orden, suponía una separación entre observador y observado. Por lo tanto sería posible para el terapeuta ponerse en un nivel “meta” respecto de sus clientes. Luego, con la adopción de la cibernética de segundo orden, cambiaron las cartas en juego. Es imposible la separación, el sistema debe incluir observador y observado, por lo cual el terapeuta no puede ser verdaderamente “neutral”, ya que siendo parte y participante, no puede ser neutral respecto a sí mismo, a sus propios prejuicios, a sus propias ideas. Lo mismo vale también para el equipo terapéutico, que tiene un punto de vista más abstracto –además porque es múltiple– respecto al punto de vista del terapeuta en sesión, sin embargo, no puede no ser influenciado por sus propias premisas.

Las críticas al concepto de neutralidad provienen además de parte de aquéllos, especialmente los movimientos feministas, que lo consideraban el fruto de una posición conservadora y no política de parte de

los terapeutas sistémicos, posición que corría el riesgo, según ellos, de legitimar las situaciones de violencia o abuso (Dell, 1987). Es por ello que Cecchin (1987), en su revisión del concepto de neutralidad, propone el concepto de "curiosidad", un término que ha tenido un notable éxito.

El término neutralidad era usado originalmente para expresar la voluntad de no asumir conscientemente ninguna posición como más correcta que otra. En este sentido, la neutralidad servía a orientar al terapeuta hacia una epistemología sistémica (...). Con el fin de evitar caer en la trampa de una excesiva simplificación del concepto de neutralidad propongo describirla como una posición de curiosidad en la mente del terapeuta. La curiosidad lleva a experimentar e inventar puntos de vista y movimientos estratégicos, y éstos generan a su vez curiosidad. En este estilo recursivo, neutralidad y curiosidad se pueden contextualizar recíprocamente, en el intento de producir diferencias, con la consecuencia de un no-apego a ninguna posición en particular (Cecchin, 1987).

Varias ideas fueron propuestas para integrar o corregir el concepto de neutralidad, entre las cuales destaca aquélla de la **multiparcialidad** (Hoffman, 1988); nosotros, hoy, preferimos pensar en una tendencia hacia la neutralidad, tendencia que debe ser una especie de ideal para el terapeuta y para el equipo terapéutico, pero que es, por definición, inalcanzable. Se entiende, que en algunos casos particulares, es preferible salir de la posición de neutralidad, por ejemplo si se descubren abusos físicos o sexuales, además de psicológicos.

LAS TÉCNICAS

Para el terapeuta sistémico de Milán, la técnica esencial está constituida por las **preguntas**. El terapeuta hace preguntas en vez de dar respuestas (ateniéndose una vez más a la exhortación de Bateson, 1972). La pregunta, a diferencia de la afirmación o la interpretación, entrega al otro la tarea de atribuir los significados de cuánto ha sido dicho, reduciendo por naturaleza el tono autoritario o paternalista que está frecuentemente presente en la conversación terapéutica. Entre las preguntas, son de particular importancia y significado para nosotros las **preguntas circulares**.

El concepto de preguntas circulares ha sido confundido frecuentemente con el concepto de circularidad expuesto anteriormente. Las preguntas circulares fueron definidas originariamente considerando que, en el contexto de terapia familiar, el terapeuta hacía preguntas por turno a cada uno de los miembros de la familia respecto al comportamiento de dos o más familiares. El terapeuta buscaba construir un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas (ya sea a través de las ideas como a través de los comportamientos), la manera más eficaz de crear este mapa parecía ser el poner en juego preguntas que pudieran evidenciar diferencias. Estas preguntas habían sido creadas para obtener informaciones más que datos: Bateson, de hecho, afirmaba que una información es "*una diferencia que hace la diferencia*", es decir, una relación y esto lo distingue de un dato.

Para profundizar aún más este proceso, se puede decir que la información que obtiene el terapeuta con las preguntas circulares es recursiva: ya sea para los clientes o para el mismo terapeuta, quienes a través de estas preguntas, escuchan y cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la información que ofrece el otro. Las preguntas circulares traen consigo noticias de diferencias, nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas conexiones pueden contribuir a cambiar la epistemología, en otras palabras, las premisas personales, los asuntos inconscientes (Bateson, 1972) de los miembros de la familia.

Las preguntas circulares fueron propuestas inicialmente en el artículo "*Hipotetización, circularidad y neutralidad*", en el cual son también descritos algunos tipos de preguntas particularmente útiles para evidenciar diferencias en el transcurso de la sesión terapéutica: preguntas triádicas, en las cuales se pide a una persona que comente la relación entre otros dos miembros de la familia (por ejemplo: "*¿Qué hace el papá cuando su hijo la critica?*"); preguntas sobre los cambios en el comportamiento antes o después de un evento específico (por ejemplo: "*¿Su hija dejó de comer antes o después de la muerte de la abuela?*"); preguntas sobre circunstancias hipotéticas (por ejemplo: "*¿Qué harían sus hijos si sus padres se separaran?*"); y por último las preguntas que buscan establecer un orden o una escala respecto a un

comportamiento particular o a una interacción (por ejemplo: “¿Quién logra aliviar de mejor manera el humor de la madre?”).

Recientemente, otros tipos de preguntas se han revelado como particularmente interesantes para producir cambios en el sistema de premisas de los clientes. Éstas son las **preguntas orientadas al futuro** (Penn, 1985) y las **preguntas hipotéticas** (Boscolo y Bertrando, 1993). Ambas son categorías de preguntas centradas en el tiempo.

Penn (1985) ha propuesto el término *feed-forward* (recíproco al de retroalimentación) para indicar el proceso que ha surgido con las preguntas orientadas al futuro, es decir, la construcción de nuevas posibilidades de relación, de nuevos “mapas”. Las preguntas sobre el futuro son preguntas del todo abiertas, sin restricciones y condicionamientos (salvo aquellos datos de la realidad actual) que exploran el horizonte temporal del sistema y sus miembros, y sus eventuales diferencias. Por ejemplo: “¿Cómo será vuestra vida dentro de diez años? ¿Hasta cuándo la situación se mantendrá inmóvil? ¿Cuándo será madura vuestra hija como para irse de la casa? ¿Cuándo aceptarán sus padres que usted pueda irse de la casa?”. Y así sucesivamente. Las preguntas tienen por lo tanto una doble función, indagar la capacidad de los clientes en el proyectarse al futuro sin restricciones y al mismo tiempo los estimulan a ver la posibilidad de reinventar este futuro.

Las preguntas hipotéticas pueden ser dirigidas también al pasado y al presente. Éstas introducen, con una lógica de norma, diferentes “mundos posibles”. Por ejemplo, las preguntas hipotéticas relativas al pasado contribuyen a la posibilidad de un presente diferente del actual en uno de los mundos posibles: “¿Qué cosa sucedería ahora si el pasado que ha tenido hubiera sido diferente? ¿Si hubieran decidido divorciarse hace tres años atrás, dónde estaría ahora su esposa? ¿Si se hubieran trasladado a vivir lejos de sus suegros, qué tipo de relación tendrían ahora con ellos?”, y así sucesivamente. Después de una serie de preguntas de este tipo, que permiten el surgimiento de un nuevo mundo posible, el entrevistador puede aprovecharse de esto y pasar del modo condicional al modo indicativo para conferirle una posible “realidad”.

Las preguntas hipotéticas orientadas al futuro introducen una restricción en las posibilidades futuras. Es decir, ponen a los interlocutores de frente a un mundo posible supeditado a vínculos explícitos por parte del equipo terapéutico. El terapeuta introduce en las preguntas, las hipótesis sobre uno o más futuros posibles y ofrece estas hipótesis como estímulo para los clientes, desafiando de este modo sus premisas. Por ejemplo: “Si usted decidiera no comportarse más como una anoréxica, ¿cómo piensa que reaccionarían sus padres?; si ustedes se divorciaran, ¿qué harían sus hijos?; si el padre decidiera ocuparse más de la madre que de los hijos, ¿usted como se comportaría?”, y así sucesivamente.

RITUALES

Como evolución de prácticas de prescripción y rituales típicos de las terapias estratégicas y sistémico-estratégicas (Haley, 1976; Segal, 1991), los rituales y las prescripciones ritualizadas son técnicas creadas por los terapeutas de Milán. Un objetivo del ritual sería evidenciar el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento, en vez de una reformulación hablada con un posible *insight*. El valor de ritualizar el comportamiento prescrito es el crear para la familia un nuevo contexto, de orden superior a aquello de la simple prescripción verbal del terapeuta.

Las características del ritual terapéutico pueden ser sintetizadas (Boscolo y Bertrando, 1993) de la siguiente manera:

- Pone a la familia en la condición de tener que comportarse en forma distinta a la manera que los ha llevado al sufrimiento y a los síntomas (pasar del “pensar” al “hacer”).
- Pone a todos los miembros de la familia al mismo nivel en el acto de realizar el ritual. Esto crea una experiencia colectiva que puede dar nuevas perspectivas compartidas.
- Favorece la armonización de los tiempos individuales y colectivos, a veces incluso introduciendo secuencias de comportamiento que habían sido canceladas.

- No transporta literalmente contenidos; el objetivo en el formular un ritual está en el actuar sobre los procesos: cuenta más la forma que el contenido del ritual. Por esto el ritual debe ser críptico, de tal modo que la familia pueda atribuirle sus significados.
- Es notoriamente distinto de la vida cotidiana de los clientes. Por ello, es necesario que se prohíba hablar entre ellos de lo que sucedió en el curso del ritual, sino hasta cuando estén de nuevo en la próxima sesión.

Los rituales especifican ya sea los aspectos formales como los de contenido y por lo tanto son únicos e irrepetibles. La prescripción ritualizada, en cambio, especifica los aspectos formales de la prescripción pero no el contenido, proporciona de esta manera una estructura formal utilizable con muchas familias en muchas circunstancias diferentes. El artículo *“Una prescripción ritualizada en la terapia familiar: Días pares, días impares”* (Selvini-Palazzoli y cols., 1977), describe una prescripción adaptada a los casos en los cuales el conflicto entre los padres hace ingobernable la relación con los hijos. Con ello, alternadamente en los días de la semana, sólo uno de los padres decide cómo tratar a un niño problemático, mientras que el otro padre actúa como si no estuviera presente, al día siguiente se intercambian los roles, y así sucesivamente. Esto puede tener el efecto de crear nuevos patrones transaccionales entre los miembros de la familia, contrariando algunas costumbres de comportamiento que se han vuelto rígidas con el tiempo.

CONVERSACIÓN

Todo lo que ha sido dicho hasta ahora no debe inducir a pensar que la terapia sistémica sea un juego rígido de preguntas y respuestas, eventualmente seguidas de una prescripción o un ritual. Si las preguntas y respuestas eran la esencia de la terapia en los tiempos de *“Paradoja y contraparadoja”* (Selvini-Palazzoli y cols., 1975) y de *“Milan Systemic Family Therapy”* (Boscolo y cols., 1987), más tarde la sesión se enriqueció con nuevos elementos. Los conceptos se hicieron cada vez más complejos, gracias además, al interés y contribución de los autores por las nuevas perspectivas que se abrieron con las investigaciones sobre el lenguaje y la importancia de la narrativa. Actualmente términos como diálogo, conversación, discurso terapéutico, con los diferentes significados atribuidos por varios autores (Lai, 1985; Anderson y Goolishian, 1992; Hoffman, 1988), coinciden en la visión de la relación terapéutica como una danza interactiva en los cuales los interlocutores se van turnando en el alternar y dar forma al discurso.

Un modelo en el cual nos hemos inspirado recientemente, en el describir el pensar y el hacer del terapeuta en el transcurso de la sesión, proviene de la crítica literaria y del análisis del texto, que es **deconstruido** y reconstruido según la sensibilidad, la cultura, el conocimiento y los prejuicios del lector. Las razones por lo cual lo consideramos un modelo adecuado es que efectivamente pareciera describir adecuadamente el proceso que ocurre en el diálogo terapéutico, el cual puede ser visto como una continua **deconstrucción** y reconstrucción de historias. Podemos distinguir un proceso de **microdeconstrucción/reconstrucción** que se verifica al interior de un número limitado de intercambios (turnos de palabra) entre el terapeuta y el cliente, y un proceso de **macroreconstrucción** que sucede, de vez en cuando (por lo general al final de la sesión), en la reconstrucción de varios “trozos” que surgieron de la **deconstrucción** precedente.

Con este modelo podemos describir de manera sencilla el trabajo que el terapeuta hace con la hipotetización y las preguntas circulares. En el proceso de hipotetización, el terapeuta conecta los elementos emergentes en el diálogo formulando una hipótesis (construcción) y verifica la plausibilidad de la hipótesis a través de las preguntas circulares, que provocan respuestas de las cuales emergen otros nuevos elementos (**deconstrucción**), que a su vez, llevarán a otras nuevas hipótesis, y así sucesivamente. Naturalmente, como ha sido dicho, la sesión no es hecha solamente de preguntas circulares: el terapeuta usa el silencio, los sonidos o las palabras de duda y de disenso, las afirmaciones, las metáforas, las anécdotas, las preguntas lineales, las preguntas diádicas. En los turnos de la palabra, con cierta frecuencia, puede recurrir a microreformulaciones (*reframing*), que resumen parcialmente lo que ha sido dicho por el cliente, pero de un modo diferente, que considera las ideas del terapeuta en el momento, observando al mismo tiempo el efecto sobre el cliente, en el sentido de cerciorarse si ha sido aceptado como reformulación.

Un modo particular de trabajar sobre el lenguaje es practicado por nosotros a través de lo que hemos definido como **palabras claves** (Boscolo y cols., 1991). Se trata de algunas palabras dotadas de un elevado grado de polisemia, que dan al terapeuta la posibilidad de evocar en la manera más eficaz dos o más significados atinentes a la misma palabra. Siendo una palabra **polisémica** (muchos sentidos), a veces ambigua, la palabra clave puede evocar escenarios complejos en la relación entre los clientes y las personas significativas y reactivar vivencias de ansiedad o dramáticas removidas desde la conciencia del sujeto. Al mismo tiempo, la palabra clave tiene además un poder de redefinición, su amplio campo semántico permite la conexión con dominios lingüísticos diferentes: por ejemplo, el uso de la palabra “protesta” en vez de la palabra “retiro psicótico” (Boscolo y Bertrando, 1996).

NARRATIVA

Recientemente, nuestra técnica se ha enriquecido con un nuevo campo de interés, el de la narrativa y las historias de los clientes. A fines de 1980, se abrió camino entre los terapeutas sistémicos por un creciente interés por la narrativa, estrictamente ligado al pensamiento posmoderno y al construccionismo social; inicialmente limitado a la escuela australiana y de Nueva Zelanda de Michael White y David Epston (Epston, 1989; White y Epston, 1991), la definición de **terapia narrativa** ha tendido a sobreponerse, llegando casi a sustituir a la de **terapia sistémica**.

La introducción de un variado y complejo *corpus* de ideas narrativas al interior de la terapia sistémica ha tenido consecuencias múltiples sobre la teoría y sobre la praxis sistémica. Antes que nada, la atención a todo lo que los clientes traen a la terapia, más allá de las hipótesis y las interpretaciones: el mundo de los clientes y sus palabras, que pueden ser escuchadas como tal, “antes” de la intervención y las teorías. Es así que los terapeutas de hoy (independientemente de su orientación teórica) han adquirido una posición menos jerárquica, casi paritaria, en relación a aquéllos a quienes atienden. Entre otras contribuciones, una mayor atención a la creación de mundos posibles, una libertad de imaginar posibilidades nuevas que, o estaban en un segundo plano en las terapias tradicionales o bien que eran del todo desconocidas; desde aquí surge la atención a restituir a cada uno la capacidad de “ser autor de la propia vida” (*re-authoring*).

Además de la atención por las historias de los clientes, una visión narrativa nos permite, actualmente, usar también la capacidad narrativa del terapeuta. A veces puede resultar útil, con ciertos clientes que parecieran ser menos capaces de narrarse a sí mismos, donde es el terapeuta quien cuenta historias. El hecho de encontrarse de frente a un “terapeuta narrador” le quita el autismo, poniéndolo en una posición de escucha (de una persona dispuesta a escuchar a otro). De este modo, el cliente puede escoger, entre muchas narraciones ofrecidas por el terapeuta, aquélla que efectivamente pueda servirle más, dejando de lado el resto.

MODALIDAD DE TRATAMIENTO

Después de haber descrito las aventuras y evolución de nuestra teoría de referencia, del método, de los principios para la conducción de una sesión y de las técnicas de intervención, nos acercamos ahora a la descripción del proceso terapéutico. En este sentido, quisiéramos anticipar al lector que no sólo esta descripción del proceso terapéutico es extremadamente esquemática, sino que además las informaciones previas que se refieren a la teoría y el método no son suficientes para dar una idea concreta de cómo orientarse entre tantas dificultades, sorpresas y dilemas presentes en la actividad clínica.

Antes de describir las diferentes fases de la terapia, nos ocuparemos de la primera sesión, que es de particular importancia y que –en cierto sentido– se diferencia de las otras. Es una sesión de evaluación, de consulta, cuyo objetivo es determinar si existe o no una indicación de terapia, y con ello, evaluar cuál terapia sería más apropiada.

Siendo nuestro Centro una entidad que trabaja en terapia sistémica familiar, se pide a la persona que toma contacto, ya desde el inicio, que venga al primer encuentro con toda la familia o al menos con su cónyuge, en el caso de una eventual terapia de pareja. A veces, la persona que toma contacto rechaza la

invitación a compartir con la familia o con la pareja y pide asistir al primer encuentro solo. Naturalmente su petición es escuchada. Por lo tanto, en la primera sesión puede estar presente la persona que ha solicitado el encuentro, que no siempre es el “paciente índice”, la familia con o sin el paciente índice, o la pareja de padres o cónyuges. En el primer caso, se puede tratar de una persona que quiere ser ayudada a resolver un problema propio o que viene en “avanzada” para conocer quienes serán los terapeutas que eventualmente se harán cargo de otro miembro de la familia (el paciente índice) con una terapia. Puede verificarse a veces una situación casi opuesta: la familia acepta asistir a la primera sesión, pero en el momento del contrato se retrae y pide que la terapia sea realizada solamente con el paciente índice. De todos modos, en la primera sesión, independiente de las personas que estén presentes, se realiza un análisis preciso del envío, de la motivación y del hacerse cargo.

La primera sesión generalmente es más larga que las otras; puede llegar a durar incluso dos horas, mientras que las restantes duran por lo general una hora y media. En ella son examinados los sistemas significativos y cómo se han desarrollado en el tiempo en relación al problema presentado. Consideremos aquí que el proceso evaluativo (o diagnóstico) no es distinto a la terapia: en el momento en que pedimos información, damos también información.

Cuando entramos en la sesión, tenemos a disposición una ficha telefónica, una especie de formulario que ha sido llenado por un encargado (no terapeuta) al momento del primer contacto. Esta ficha contiene las informaciones de base sobre el envío (es decir, quién los ha enviado a la terapia), sobre los miembros de la familia y sobre el problema presentado. El terapeuta tiene dos interrogantes fundamentales que deberá dilucidar: qué ha llevado a esta persona a buscar ayuda en este momento y por qué ha venido a buscarla aquí. La respuesta a la primera pregunta podrá aparecer –aunque no siempre– en el transcurso de la sesión, después de explorar la historia de los clientes y del contexto en el que viven; la respuesta a la segunda aparece a través de un análisis del tema del envío.

La primera pregunta, por lo general, es: “¿Qué los ha traído hasta acá?”, o bien: “¿Qué desearían contarnos?”. En este primer contacto, el terapeuta no pregunta, como se hace tradicionalmente, cuál es el problema, porque haciéndolo podría contribuir a una distinción de tipo sano/patológico y, aceptando implícitamente la idea de la presencia de un problema, definiría evidentemente los objetivos futuros. Éste es ya un primer ejemplo de **despatologización** del lenguaje terapéutico. Serán los clientes quienes describirán las razones y los problemas que han provocado este encuentro.

La primera parte de la sesión de hecho es dedicada a la recolección de información relativa a los problemas presentados. Nos interesamos de su urgencia e influencia, de las circunstancias y del momento en el cual han aparecido, de sus oscilaciones y cambios en relación al lugar, al tiempo y a las personas presentes o ausentes a los cuales el problema está asociado. Nos interesamos además de los intentos hechos por la solución de los problemas y de los efectos de estos intentos.

El trabajo más significativo, sin embargo, concierne a la exploración de los significados dados por varios miembros presentes de la familia y eventualmente de aquellos terceros **presentificados** en la sesión, en el “por qué” y en el “cómo” de los problemas. Se exploran además los efectos de los problemas sobre las relaciones al interior de la familia y con otros sistemas de referencia: hostilidad, conflictos, consenso, disenso, etc. Estos datos son recogidos a través de una serie de preguntas, que se refieren a las experiencias, a las descripciones, a las explicaciones de los clientes y de las demás personas significativas a las cuales han sido asociadas.

Después de haber explorado los problemas presentados en el tiempo presente, el contexto en el cual actualmente los clientes viven, nos interesamos en el pasado, en la búsqueda de conexiones o continuidad con la vida presente. Una de las características de la exploración del terapeuta es el extender el contexto de la indagación, en esta fase de la sesión, a los eventos y a los significados del presente y del pasado, y a sus posibles conexiones. Como ya hemos descrito, buscamos, especialmente con las preguntas hipotéticas, evocar posibles pasados que estén favoreciendo la emergencia de posibles presentes (y futuros), abriendo nuevas perspectivas evolutivas.

En la siguiente fase de la sesión, surgirán eventualmente uno o más temas significativos, que permitirán dar una respuesta al primero de los interrogantes del terapeuta. En lo que respecta al segundo interrogante, se examina profundamente la razón del envío, la historia de la relación con la persona que ha hecho el envío o derivación (sobre todo si se trata de otro profesional de la salud mental), también eventuales contactos con otros expertos, de los cuales es muy útil conocer eventuales diagnósticos, terapias realizadas anteriormente y especialmente la relación establecida con la familia. Estas informaciones son importantísimas para hacerse una idea de las modalidades relacionales de la familia y en definitiva, de las posibilidades de introducir algún aspecto de novedad y evitar dar respuestas o soluciones ya dadas.

Cuando la sesión está ya por terminar, se introduce generalmente la idea del futuro. Se pueden formular preguntas como por ejemplo: *“¿Qué esperan ustedes de este encuentro? ¿Qué esperan que pueda ocurrir después de todos estos encuentros? ¿Qué desearían que cambiara en vuestras vidas?”*, o bien, *“¿Cuál sería para ustedes el mínimo suficiente que debiera cambiar? ¿En qué creen ustedes que yo los puedo ayudar?”*, etc. Si formulan además preguntas hipotéticas sobre el futuro: *“Supongamos que improvisadamente desaparecen todos vuestros problemas. ¿Qué cambiaría fundamentalmente en vuestra vida? ¿Qué efecto tendría esto en los otros?”*, etcétera.

Al finalizar la sesión abandonamos un poco nuestra cautela y damos nuestro parecer respecto de la situación. En el caso de que consideremos que exista una indicación como para sugerir la terapia, lo comunicamos y, si los clientes aceptan, hacemos lo que se llama el contrato terapéutico. Para alcanzar esta decisión, en general es suficiente la primera sesión. En otros casos, puede ser necesario una segunda sesión de consulta.

Insistimos en que la primera sesión no es solamente diagnóstica, sino que además es terapéutica, ya que evaluación y terapia son parte de un proceso recursivo. El terapeuta tiene la posibilidad de hacerse una idea más o menos profunda del caso, en el sentido de la gravedad de las dificultades presentadas, pero sobre todo de los recursos y potencialidades de los clientes. Aún manteniendo siempre una cierta distancia de las ideas que se han formulado sobre el caso, la misma que se busca mantener en relación a las hipótesis, el terapeuta hace una conjetura sobre cuál podría ser la evolución de la terapia en el sentido de su duración. Obviamente, no siempre se adivina, pero generalmente se llega bastante cerca con la intuición. Aunque si conscientemente buscamos mantener distancia de las ideas que tenemos sobre los clientes y de nuestras propias impresiones, éstas no pueden no tener una influencia sobre el cliente mismo y, al mismo tiempo, son estas retroalimentaciones de la familia las que modifican las expectativas del terapeuta. Este anillo recursivo responde a uno de los prejuicios que nosotros, como terapeutas sistémicos, hemos desarrollado en el tiempo: el optimismo terapéutico.

Las sesiones siguientes tienen, con sus debidas diferencias, un andar bastante similar una con otra. Se comienza con pedir a los clientes presentes qué tienen para contar **hoy**, desde el inicio de la sesión el terapeuta se pone en una actitud de escucha que permite el surgimiento de reflexiones, emociones y fantasías relativas a la sesión anterior y a la relación terapéutica, junto con los eventos de la vida presente. Con el proseguir de la sesión, el terapeuta empieza a ser más activo y explora junto a los clientes uno o más temas de particular importancia. Frecuentemente, ya cuando la sesión está por finalizar, se introduce el futuro, a través de preguntas, metáforas, anécdotas, etc., y, a veces, se comunica un mensaje, a través de una metáfora o a través de una historia, que reconstruye los elementos de la sesión de tal modo que se puedan generar nuevas visiones. El mensaje es generalmente construido a partir de elementos emergentes en la exploración de un tema que aparece como fundamental.

Muchos enfoques terapéuticos distinguen la terapia en diferentes fases. Nosotros podríamos distinguir una fase inicial, en la cual surgen los temas más significativos de la vida de los clientes, que serán enfrentados en la fase central, para pasar más tarde a la fase final, en la cual el tema principal es la separación. En este sentido, el macrocosmos de la terapia refleja el microcosmos de la sesión: así como es posible dividir una sesión en fases (fase inicial, de apertura, fase central y fase conclusiva), de la misma forma una análoga subdivisión es válida para la terapia en su totalidad, aunque nuestra experiencia indica que no es siempre posible subdividir la terapia en “fases” bien delimitadas, como sucede en otros enfoques.

APLICABILIDAD DEL TRATAMIENTO

A nuestro entender, no existen tipologías de familias o de clientes para los cuales la **terapia sistémica de Milán** sea no-aconsejable *a priori*. Existen eso sí, diferencias respecto a la indicación de una terapia sistémica familiar o individual. En este sentido, podemos mencionar los siguientes casos:

- La terapia familiar es aún indicada primordialmente para todos aquellos casos en los cuales los pacientes no dan señales de independencia de la familia de origen, como los casos de psicosis, de personalidad infantil, de relaciones simbióticas, etc. Los niños o preadolescentes son también derivados a una terapia familiar o a veces a una intervención con los padres, para evitar la **patologización**.
- Análogamente, la terapia de pareja es indicada para los casos en los cuales los problemas a resolver son claramente referibles a problemáticas de pareja y no involucran significativamente otros miembros de la familia.
- Una terapia sistémica individual es, en cambio, indicada para adolescentes o jóvenes adultos que, al terminar una terapia familiar o de pareja en la cual están más o menos resueltos los límites intrafamiliares, parecen poder beneficiarse de una intervención sobre la persona, para enfrentar las dificultades en la vida externa a la familia y los dilemas relativos a la proyección de su futuro.
- Análogamente, proponemos una terapia individual a los cónyuges que piden una terapia de pareja rechazada desde la primera sesión por el otro cónyuge, o bien en los casos en los cuales los otros familiares abiertamente rechazan estar presente, presentando dificultades ineludibles de tipo económico o logístico.
- En definitiva, además de los casos expuestos anteriormente de terapia individual de “segunda elección” (debido a la imposibilidad de una terapia familiar o de pareja), hemos encontrado también casos de “primera elección”, en los cuales desde el inicio proponemos una terapia individual. Estos últimos casos de adolescentes y adultos de todas las edades que se presentan en nuestro Centro con una sintomatología más variada y que, nos parecen en una fase más o menos avanzada de desvincularse del sistema familiar.

La investigación sobre el modelo de Milán

Los primeros estudios empíricos sobre el modelo de Milán han sido más bien episódicos y anecdóticos. Por ejemplo, la investigación de Tomm (Tomm, 1985) sobre más de 1.000 familias seguidas en Calgary, Canadá, no da ningún detalle y además da por sentado, más que demostrar, que el modelo de Milán es superior a intervenciones “más directivas”.

Sucesivamente, algunos investigadores se apoyaron en nuestro modelo siguiendo un enfoque principalmente cuantitativo. Bennun (1986 y 1988), ha comparado el modelo de Milán con la terapia cognitivo-comportamental respecto a tres variables: cambio en los síntomas del paciente, funcionamiento familiar global y satisfacción de los miembros de la familia. Ambos modelos no difieren respecto a la eficacia de los síntomas y a la satisfacción, pero el modelo de Milán era superior respecto a la eficacia sobre el funcionamiento familiar. Coleman y cols. (1983), en cambio, han observado que el modelo de Milán tenía efectos positivos sólo sobre el 40% de las familias, mientras que la terapia “estratégico-estructural” alcanzaba el 80% de eficacia.

Manor (1989) indagó sobre la percepción por parte de los asistentes sociales de la eficacia de la **terapia sistémica de Milán** en la reducción del riesgo en familias multiproblemáticas, observando que el tratamiento –asociado, o necesariamente asociado, a un tratamiento no ambulatorio– llevaba a una menor evaluación de riesgo percibido. Simpson (1991) ha observado que la **terapia sistémica de Milán**, aplicada a los problemas de la infancia, tenía sobre los síntomas del niño la misma eficacia que la terapia individual estándar, pero, una vez más, que tenía un buen efecto sobre las percepciones de funcionamiento familiar por parte de los otros miembros de la familia, que a su vez tenía un efecto positivo sobre los síntomas. En el estudio de Fitzpatrick y cols. (1990), que asociaba el modelo con una “terapia

familiar estándar”, ambos grupos de familias referían una buena eficacia percibida en tres cuartas partes del total de los casos.

Green y Herget (1989a, 1989b, 1991) han referido que una sola consulta realizada usando el modelo de Milán sobre familias ya en tratamiento con otros enfoques y considerados “difíciles” por los terapeutas a cargo, tenía efectos positivos sobre la percepción de los miembros de la familia. Esta percepción se mantenía estable también incluso después de tres años de pasada la consulta. Al contrario, Mashal y cols. (1989) han observado que, en lo que respecta al 56% de los padres, el 89% de los pacientes había mostrado mejoramientos después de una terapia familiar bajo el modelo de Milán; el 68% de los padres y el 59% de las madres habían buscado otros tratamientos después de la conclusión de la terapia. Según los autores, aquello se debía al formato de la intervención, que convertía a los terapeutas en demasiado lejanos y al equipo detrás del espejo aparte de lejano, en amenazador. Es interesante que Green y Herget hubieran visto en este mismo elemento, la presencia de un equipo detrás del espejo, como uno de los elementos claves del éxito de sus terapias: es evidente que las interpretaciones que diferentes equipos de investigación dan al modelo de Milán son profundamente diversas, y que muchos investigadores no italianos, formados sobre todo a través de cursos breves de no más de dos semanas, no aplican el modelo exactamente como es aplicado en el Centro de Milán y en los Centros directamente asociados.

Podemos por lo tanto estar de acuerdo con Alan Carr, cuando declara, en su revisión de diez estudios experimentales sobre el modelo sistémico de Milán:

“En el curso de la revisión, me acerqué al Centro Milanés como si fuera una intervención terapéutica homogénea y uniforme. No lo es. En todos los estudios aquí evaluados, ha sido evaluado el proceso del resultado del modelo practicado por los clínicos con diferentes niveles de experiencia, en diferentes contextos culturales, en diferentes momentos de la evolución del modelo. En ninguno de los estudios se intentó garantizar que la cualidad de la terapia sería uniforme en todos los casos” (Carr, 1991).

Probablemente la dificultad de obtener una adecuada estandarización de las técnicas sistémicas de Milán ha conducido a la ausencia de estudios experimentales en la última década. La conclusión de Carr favorece de todas formas al modelo:

*“Los datos indican que la **terapia sistémica de Milán** puede llevar a un cambio sintomático en una porcentual entre los dos tercios y los tres cuartos de los casos, y a un cambio sistémico en la mitad de los casos seguidos”* (Carr, 1991).

Bibliografía

- American Psychiatric Association. DSM IV. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 4^{ta} ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Andersen T. Reflection on reflecting with families. En: McNamee S, Gergen KJ. Therapy as social construction. London: Sage, 1992; 54-68.
- Anderson H, Goolishian H. The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En: McNamee S, Gergen KJ. Therapy as social construction. London: Sage, 1992; 25-39.
- Anderson H, Goolishian H, Winderman L. Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. J Strategic Systemic Ther 1986; 5:1-14.
- Bateson G. Steps to an ecology of mind. San Francisco: Chandler Publishing Company, 1972.
- Bateson G. Mind and nature: A necessary unit. New York: EP Dutton, 1979.
- Bennun I. Evaluating family therapy: A comparison of the Milan and problem solving approaches. J Fam Ther 1986; 8:225-42.
- Bennun I. Treating the system or the symptom: Investigating family therapy for alcohol problems. Beh Psychotherapy 1988; 16:165-76.
- Bertrando P. Text and context. Narrative, postmodernism and cybernetics. J Fam Ther 2000; 22(1):83-103.
- Bertrando P, Toffanetti D. Storia della terapia familiare. Barcelona: Paidós Iberica, 2004.
- Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P. Milan systemic family therapy. Conversations in theory and practice. New York: Basic Books, 1987.

- Boscolo L, Bertrando P, Fiocco PM, Palvarini RM, Pereira J. Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia. *Terapia Familiare* 1991; 37:41-53.
- Boscolo L, Bertrando P. I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
- Boscolo L, Cecchin G, Bertrando P. Centro milanese di terapia della famiglia. En: Gurman AS, Kniskern DP. *Manuale di terapia della famiglia* edizione italiana a cura di Paolo Bertrando. Torino: Bollati Boringhieri, 1995; 755-60.
- Boscolo L, Bertrando P. *Terapia sistemica individuale*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
- Bruner J. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- Campbell D, Draper R, Crutchley E. Milan systemic model. En: Gurman AS, Kniskern DP. *Handbook of family therapy*. Vol. II. New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Carr A. Milan systemic family therapy: A review of ten empirical investigations. *J Fam Ther* 1991; 13:237-63.
- Cecchin G. Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Fam Process* 1987; 26:405-13.
- de Saussure F. *Cours de linguistique générale*. Paris: Editions Payot, 1922.
- Dell PF. Violence and the systemic view. *Fam Process* 1989; 28:1-14.
- Doherty WJ. Family therapy goes post-modern. *Fam Ther Networker* 1991; 15(5):34-36.
- Epston D. *Collected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications, 1989.
- Fitzpatrick C, NicDhomnaill C, Power A. Therapy-views of families and therapists. *Newsletter of the Assoc Child Psychol Psychiatry* 1990; 12:9-12.
- Foucault M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard, 1966.
- Fruggeri L. Il coordinamenti interpersonale di azioni e significati nelle dinamiche di stabilizzazione. En: Bianciardi M, Telfener U. *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano: Franco Angeli, 1995.
- Gergen K. *The saturated self*. New York: Basic Books, 1991.
- Gergen K. *An invitation to social construction*. London: Sage, 1999.
- Green RJ, Herget M. Outcomes of systemic/strategic team consultation: I. Overview and one-month results. *Fam Process* 1989a; 28:37-58.
- Green RJ, Herget M. Outcomes of systemic/strategic team consultation: II. Three years follow-up and a theory of emergent design. *Fam Process* 1989b; 28:419-37.
- Green RJ, Herget M. Outcomes of systemic/strategic team consultation: III. The importance of therapist warmth and active structuring. *Fam Process* 1991; 30:321-36.
- Haley J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1963.
- Haley J. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- Hoffman L. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books, 1981.
- Hoffman L. A constructivist position for family therapy. En: Hoffman L. *Radical Constructivism, Autopoiesis and Psychotherapy*. A Special Issue *Irish J Psychol* 1988; 9(1):110-29.
- Hoffman L. A reflexive stance for family therapy. En: McNamee S, Gergen KJ. *Therapy as social construction*. London: Sage, 1992; 7-24.
- Lai G. *La conversazione felice*. Milano: Il Saggiatore, 1985.
- Manor O. Reducing risk through family work. *Soc Work Today* 1989; 21:29.
- Mashal M, Feldman RB, Sigal JJ. The unraveling of a treatment paradigm: A follow-up study of the Milan approach to family therapy. *Fam Process* 1989; 28:457-70.
- Maturana H, Varela F. *Autopoiesis and cognition*. En: Reidel D. *Xxxxxxxx xx xxxxxxxx*. Boston: Xxxxxxxx, 1980.
- Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- O'Hara M, Anderson WT. Welcome to the post-modern world. *Fam Ther Networker* 1991; 15(5):18-25.
- Penn P. Feed-forward. Future questions, future maps. *Fam Process* 1985; 24:299-310.
- Rosenau P. *Post-modernism and the social sciences*. Princeton: Princeton University Press, 1992.
- Segal L. Brief therapy: The MRI Model. En: Gurman AS, Kniskern DP. *Handbook of family therapy*. Vol II. New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli, 1975.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Family rituals: A powerful tool in family therapy. *Fam Process* 1977; 16:45-53.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing-circularity-neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Fam Process* 1980; 19:73-85.
- Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1988.

- Simpson L. The comparative efficacy of Milan family therapy for disturbed children and their families. *J Fam Ther* 1991; 13:267-84.
- Tomm K. Circular interviewing. A multifaceted clinical tool. En: Campbell D, Draper R. *Application of systemic family therapy: The Milan approach*. London: Grune & Stratton, 1985.
- Villegas M. Eclettismo o integración. Questioni epistemologiche. En: Lombardo GP, Malagoli Togliatti M. *Epistemología en psicología clínica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- von Foerster H. *Observing systems*. Seaside: Intersystems Publications, 1982.
- Watzlawick P, Jackson DD, Beavin J. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.
- White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton, 1991.