

**Paolo Bertrando
Dario Toffanetti**

Historia de la terapia familiar

Los personajes y las ideas

ÍNDICE

PORTADA

SINOPSIS

PORTADILLA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

PRÓLOGO

NOTA AL LIBRO

1. 1900-1950: ARQUEOLOGÍA

LA ESCENA ESTADOUNIDENSE: PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA

Desde comienzos de siglo hasta la Segunda Guerra Mundial

El periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial

PSICOANÁLISIS: LO DICHO Y LO NO DICHO

Los maestros

Tres versiones del psicoanálisis

Las relaciones objetales

El apego

Los neofreudianos

CIBERNÉTICA: LA METÁFORA COMUNICATIVA

LA TERAPIA FAMILIAR Y LA SOCIEDAD ESTADOUNIDENSE

2. 1950-1960: INVESTIGACIONES

CONTEXTO

Psicología y psiquiatría

Otras profesiones

Modelos

MITOS DEL ORIGEN

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

- Terapias psicoanalíticas
- Terapias intergeneracionales
- TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS
 - Las investigaciones sobre la esquizofrenia y la familia
 - Terapias sistémicas
 - Terapias estratégicas
 - Terapias experienciales
- PROFESIÓN

3. 1960-1970: DESARROLLO

CONTEXTO

- Psicología y psiquiatría
- Teorías
- Modelos

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

- Terapias psicoanalíticas
- Terapias intergeneracionales

TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS

- Terapias sistémicas
- Terapias estratégicas
- Terapias estructurales

TERAPIAS EXPERIENCIALES

TERAPIAS MULTIFAMILIARES

- Terapia multifamiliar
- Terapias de redes sociales

PROFESIÓN

4. 1970-1980: TÉCNICAS

CONTEXTO

- Psicología y psiquiatría
- Teorías
- Modelos

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

- Terapias psicoanalíticas
- Terapias intergeneracionales

TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS

- Terapias estratégicas
- Terapias estructurales

Terapias sistémicas
TERAPIAS EXPERIENCIALES
TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES
Terapias comportamentales
PROFESIÓN
Estados Unidos
Europa: terapia privada, terapia pública

5. 1980-1990: COMPLEJIDAD

CONTEXTO

Psicología y psiquiatría
Teorías
Modelos

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapias psicoanalíticas

TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS

Terapias estratégicas
Terapias estructurales
Terapias sistémicas

TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES

Intervenciones psicoeducativas

TERAPIAS FEMINISTAS

TERAPIAS INTEGRATIVAS

PROFESIÓN

6. 1990-2000: MODERNIDAD Y POSMODERNIDAD

CONTEXTO

Psicología y psiquiatría
Teorías
Modelos

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapia del apego

TERAPIAS ESTRATÉGICAS Y SISTÉMICAS

Terapias estratégicas
Terapias sistémicas

TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES

Intervenciones psicoeducativas

TERAPIAS POSMODERNAS

Terapias narrativas

White y Epston: la terapia como narración

Terapias conversacionales

PROFESIÓN

Economía

Identidad

BIBLIOGRAFÍA

NOTAS

CRÉDITOS

Gracias por adquirir este eBook

Visita Planetadelibros.com y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones
Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora

Descubre

Comparte

SINOPSIS

Adéntrate en la historia de la filosofía y descubre por qué su estudio es uno de los más fascinantes. Con Nemrod Carrasco nos trasladaremos a los orígenes de la filosofía para conocer de primera mano a Aristófanes, Platón o Aristóteles; nos introduciremos en el mundo de Matrix a través de los filósofos gnósticos; aprenderemos a enfocar con las gafas verdes de Kant; y descubriremos que la filosofía, el capitalismo y el amor van de la mano de Marx.

Repleto de anécdotas y curiosidades, *Viaje al centro de la filosofía* nos iniciará en esta gran disciplina y descubriremos que, sin ella, vivir se vuelve menos apasionante.

Paolo Bertrando y Dario Toffanetti

Historia de la terapia familiar

Los personajes y las ideas



A Marisa y Beniamino Bertrando
A Francesca y Marco Toffanetti

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Maurizio Andolfi la amplia información extraída de su experiencia personal y profesional que nos han suministrado.

Teresa Arcelloni nos ha proporcionado abundante información sobre Alemania, Gran Bretaña, Escandinavia, Polonia y Grecia, además de una indispensable competencia lingüística y técnica. Roberto Sartori ha colaborado en el apartado de la posmodernidad y Fabio Ferrari en el del construccionismo social y la terapia narrativa. David Pocock nos ha proporcionado datos acerca de la terapia familiar en Gran Bretaña y en el ámbito europeo, mientras que Maureen Crago nos abrió los lejanos horizontes de la terapia familiar en Australia y en Nueva Zelanda. Paolo Saccani nos aportó sus conocimientos sobre la terapia familiar psicoanalítica francesa y alemana.

Agradecemos además a Juan Luis Linares su contribución a la edición española de este libro, con un texto en el que relata la historia de la terapia familiar en España y su participación en el proceso como terapeuta de la familia.

PRÓLOGO[1]

La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla.

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

Parafraseando al extraordinario escritor colombiano, se podría afirmar que la historia no existe hasta que alguien la cuenta. Pues bien, la terapia familiar tiene muchos relatos de historias e infinitas posibilidades de ser relatada. Siendo una disciplina intermedia entre diversas culturas (la psicológica, la asistencial, la psiquiátrica, la social) formada por diferentes escuelas y científicos, convendría hablar, más que de «terapia familiar», de «terapias familiares», ya que cada modelo tiene su propia coherencia y su propia historia. Del mismo modo, se aprecia que libros fundamentales como *Fundamentos de la terapia familiar* de Lynn Hoffman (1981) o el extenso *Handbook of Family Therapy* de Gurman y Kniskern (1981) no intentan siquiera dar una definición del concepto de «terapia familiar». En este sentido, Steve de Shazer (1991) afirma que cada autor da su significado personal a la expresión, significado que por lo general no coincide con el de otros autores:

La propia dificultad del concepto «terapia familiar» radica en que no es fácil distinguir la «terapia familiar» de lo que no es propiamente terapia familiar; así, el concepto pierde la capacidad de diferenciación que marca la diferencia.

Mi aproximación al concepto de «terapia familiar» resultará adecuada tan sólo en el caso de que ustedes, los lectores, hayan podido comprender qué tienen en común todos los ejemplos expuestos, y, por tanto, puedan aplicar el concepto de «terapia familiar» a un nuevo ejemplo; estarían así en condiciones de decir lo que está «dentro» o «fuera» de la definición del concepto [...]. Esta situación pone de manifiesto cuando menos un importante aspecto: evita que cualquier escuela pueda proclamarse como la representante de la «verdadera» terapia familiar (Steve de Shazer, 1991, págs. 14-15).

La opción que han elegido Paolo Bertrando y Dario Toffanetti consiste en relatar la historia de la terapia familiar relacionándola en cada momento con los diferentes investigadores y, sobre todo, con el contexto de cada uno de los lugares en que se ha venido desarrollando. Una aproximación que procura conectar las diversas etapas de esta disciplina plural con los procesos sociales que ocurren en los países donde trabajaban los maestros y donde surgieron las primeras escuelas que irían dando forma a esta historia. Por ello, a lo largo de cada capítulo se pueden apreciar asociaciones entre un Estados

Unidos centrado con extremo interés en la familia nuclear y una Europa que resurge después de haber sufrido la guerra mundial. Este enfoque histórico ayuda también a explicar cómo la terapia familiar, con muchos puntos de origen, muchos desarrollos, a veces inconexos o totalmente independientes unos de otros, nace en diferentes lugares al mismo tiempo partiendo de bases muy dispares: el psicoanálisis (algunos teóricos ortodoxos, otros más inquietos o directamente críticos); los estudios experimentales de la familia; los antropólogos, los teóricos de la comunicación, y más tarde los terapeutas del comportamiento y los psicólogos cognitivos, entre otros. Por ello, reducir la terapia familiar a la mera suma de tantas terapias familiares sería injusto, además de equivocado. Hablar de historia de la terapia familiar significa retomar innumerables hilos para hilvanarlos y al mismo tiempo hacer visibles sus complejas articulaciones.

Quizá no podemos hablar nunca, a pesar de las numerosas teorías «integralistas» que se han propuesto, de la terapia familiar como unidad. Sin embargo, interrogarse sobre su origen y su desarrollo puede ayudarnos a entender hasta qué punto la terapia familiar tiene su propia dignidad y su propia especificidad como disciplina, y para ello es importante delinear sus límites. Si la terapia familiar es el conjunto de modelos de intervención que tratan de ayudar a las familias, es necesario explicar las relaciones (y diferencias) que se establecen con una serie de profesiones que aparentemente tienen los mismos objetivos. Diferenciarla de las psicoterapias individuales o de grupo no es difícil, pero las cosas se complican si se piensa en profesiones no necesariamente terapéuticas, como la terapia de pareja, la consultoría matrimonial o familiar, las terapias del divorcio y la mediación familiar. No es la naturaleza terapéutica de la terapia familiar la que exalta las diferencias sino su otra cara, su naturaleza «social».

En términos histórico-cronológicos, por ejemplo, la consultoría prematrimonial es una de las más antiguas intervenciones «terapéuticas» en la dimensión familiar: el primer programa de este tipo fue propuesto en 1932 por Emily Mudd (Bagarozzi, 1986), y consistía esencialmente en «enseñar» a los jóvenes que tenían intención de casarse una serie de pautas para convivir armónicamente. Una intervención que podríamos catalogar como orientada a la prevención, diferente de la terapia familiar, cuyo objetivo es directamente curativo (en el doble sentido de «curar» y «cuidar»). La mediación familiar evidencia aún más la finalidad no terapéutica del trabajo con las parejas: «Tiene el objetivo de permitir, por ejemplo, que la ruptura de una pareja no sea asumida necesariamente como una pérdida, ofreciendo a los padres la posibilidad de precisar sus deseos, sus posiciones como padre y madre, junto a sus derechos y deberes» (Babu, 1998, pág. 19). El mediador familiar está considerado como un mediador, no como un terapeuta.

Una característica común a todos estos ámbitos es el ocuparse fundamentalmente de lo que se podría definir como «problemas familiares», deteniéndose justamente antes de

entrar en el campo de la llamada «patología». De ésta se ha ocupado históricamente la psiquiatría. Pero la psiquiatría, ¿se ha ocupado alguna vez de la familia? Evidentemente sí, aunque generalmente con la idea de un *individui folli*, es decir, como concepto individualizante de la patología. En cambio, en la óptica sistémica original de la terapia familiar, no existen (en el sentido de que no son concebibles) patologías individuales: cada patología, problemática o problema, es una patología, problemática o problema del sistema, que después será visto como sistema familiar, algunas veces incluso como sistema ampliado.

La ambigüedad y la dificultad de distinguir la terapia familiar de las profesiones similares, no obstante, tiene orígenes precisos, que se delinearán más claramente a medida que se expongan las complejas vicisitudes de la profesión de terapeuta familiar.

Algunos episodios de la historia de la terapia familiar versan sobre los importantes pasos que se han dado en la búsqueda de un discurso más amplio, cuando la terapia entra en ámbitos prohibidos, en los paisajes desérticos y fríos de los servicios sociales públicos, ofreciéndose como la mirada de una intervención alternativa. Ahora, con el paso de los años, la inserción en esos contextos constituye otro interesante momento que debe ser reseñado en este recuento histórico.

Bertrando y Toffanetti presentan una historia de la terapia familiar que va más allá de las simples historias de personajes carismáticos (como se ha hecho frecuentemente: una *hagiografía*, o biografías plagadas de elogios). Inevitablemente, la historia de la terapia familiar en sus primeras etapas tiende a ser la historia de sus protagonistas, pero en esta ocasión a medida que se aleja de las fases iniciales, el relato se inclina más por la historia de las escuelas, hasta llegar a ser, en el periodo más cercano a nuestra época, sobre todo la historia de la profesión. Existen pocos textos sobre la historia de la terapia familiar, y los que hay tienden a ser breves: meras introducciones en manuales o bien capítulos de libros,[2] nada que ver con las numerosas y largas historias del psicoanálisis. Si el encuentro de un paciente con un analista tendencialmente taciturno lleva por naturaleza al paciente a autorrelatarse, el encuentro de una familia —es decir, de un grupo— con uno o varios terapeutas tendencialmente activos e intervencionistas fijará como punto esencial el presente del aquí y ahora en un diálogo.[3]

Ante las diversas alternativas que se ofrecen a la hora de recoger los infinitos hilos de esta red de acontecimientos en el campo de la terapia familiar, Bertrando y Toffanetti afirman en el prólogo de su libro:

Hemos preferido abordar conjuntamente las ideas, las personas, las escuelas y las profesiones: quizá no de manera suficientemente profunda en ninguno de estos apartados; sin embargo, hemos procurado seguir un orden, hallar un cierto hilo conductor. La idea unificadora (que no podía faltar) consiste en entender cómo surgen y evolucionan las distintas formas de terapia familiar, cómo se insertan en un clima cultural, a qué exigencias responden y qué exigencias, a su vez, surgen de ellas. Entender, en otras palabras, el sentido de las distintas perspectivas de la terapia familiar a partir de las cuales podrá intuirse quizás el sentido de la terapia familiar como tal.

Para comprender la complejidad de estos cincuenta años de existencia de la terapia familiar, lo mejor era buscar, junto a las conexiones verticales (que forman la historia de los distintos enfoques), las conexiones horizontales (que definen el sistema en cada momento de su historia). Por ello hemos subdividido nuestra historia en periodos, siguiendo a las diversas escuelas dentro de esos periodos. Salvo el primero, que trata sobre la primera mitad del siglo XX, cada capítulo está dedicado a una década, desde 1950 hasta el año 2000. En cada uno de ellos hemos procurado presentar el panorama de la escena psicológica y psiquiátrica del periodo, y aportar datos sobre la historia de la profesión, esto es, qué significaba ser terapeuta familiar en esa determinada década. Ésta es solamente una de las posibles historias de la terapia familiar (de las terapias familiares), pero creemos que esta estructura nos permite expresar claramente lo que queríamos decir (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Cada capítulo se subdivide a su vez en los siguientes apartados:

- Una sección introductoria, dedicada al contexto de la terapia en la década. Una concisa descripción de los hechos principales del periodo y una exposición de las ideas predominantes en la psiquiatría y en la psicología, y por ende de las principales teorías de referencia para los terapeutas familiares y los modelos terapéuticos más importantes.
- Varios epígrafes donde se describen las terapias existentes y activas en la década, las distintas terapias de inspiración psicoanalítica y las terapias intergeneracionales, reagrupadas por su énfasis común en el pasado y en la dialéctica entre el individuo y el sistema familiar.
- A continuación se exponen las terapias definidas con el término general de «sistémicas», en las que la atención se centra en las relaciones más que en los individuos, y se fija en el aquí y el ahora más que en el pasado. Así, tales terapias comprenden, además de las sistémicas en sentido estricto, las distintas terapias estratégicas y la terapia estructural.
- Son tratadas aparte las distintas terapias de base humanista y experiencial, difícilmente sistematizables, justamente por la importancia atribuida a la singularidad de la experiencia de los clientes y también a la especificidad de los métodos del terapeuta.
- El grupo de las terapias comportamentales, presentes a partir del capítulo 4, comprende, además de las terapias de inspiración cognitivo-comportamental, los distintos tratamientos psicoeducativos.
- En varias décadas, se añaden apartados específicos: un apartado dedicado a los pioneros incomprensidos (en el capítulo 2); otro dedicado a las terapias suprafamiliares (en el capítulo 3); otro dedicado a las terapias integrativas y a la terapia feminista (en el capítulo 5).
- En el capítulo 6 aparece un nuevo grupo, definido como posmodernismo. Se trata de las terapias narrativas y conversacionales, unidas por la importancia atribuida al lenguaje, por la conciencia del rol político del terapeuta y por el relativismo de los sistemas de conocimiento.

- La conclusión de cada capítulo está dedicada a las vicisitudes de la profesión de terapeuta familiar. No existe, por razones que esperamos hayan quedado claras, un verdadero final del libro. No tendría sentido un final, a menos que se considere la terapia familiar como una experiencia concluida (lo cual no es cierto).

La terapia familiar se encuentra a la búsqueda de recursos que permitan convertirla en un método alternativo aceptado, no sólo en el contexto privado sino además en los servicios públicos, hoy en día generalmente dominios de la medicina y la psiquiatría. Una afirmación de la disciplina como la de hace treinta años, con la certeza de que la efectividad, la claridad y la novedad de la intervención harán posible el salto a las ideologías dominantes del momento, que frecuentemente no han sido partidarias de una visión sistémica.

El texto, en este sentido, hace una interesante contribución, ofreciendo una herramienta útil para la formación. En realidad es otra forma de afirmación, ya que la formación en terapia familiar está ligada al ambiente académico-universitario, dentro del área de las ciencias sociales, quedando recluida en una especialización de posgrado. Pero lo que se requiere es una apertura para que sea reconocida por las disciplinas sociales que se imparten en las universidades y para llegar a la comunidad y participar en el tejido social.

Mediante un lenguaje claro y específico, el texto resulta adecuado tanto para quienes están comenzando en esta no tan joven disciplina como para quienes ya forman parte de esta historia. Esperamos hacerla crecer, habiendo partido desde el fértil contexto italiano[4] y llegando ahora al contexto hispanohablante que, con sus nuevas raíces, busca otras fuentes y otros senderos, según indique la historia.

FELIPE GÁLVEZ SÁNCHEZ

NOTA AL LIBRO

La idea de este libro nació mientras trabajaba en la edición italiana de *Handbook of Family Therapy* de Gurman y Kniskern. Comencé así a pensar en un libro complementario: si *Handbook* ofrecía una panorámica de las líneas de la terapia, el hipotético nuevo libro debía trazar el desarrollo y las recíprocas conexiones de las mismas líneas iluminando sus articulaciones.

Inicialmente me concentré en recoger noticias relativas a los autores, pero de inmediato me di cuenta de que tratar la historia de la disciplina de este modo habría sido, además de incorrecto, insuficiente: hacía perder de vista las conexiones con la sociedad, la economía, la psiquiatría y la psicología de los distintos periodos históricos, conexiones que han hecho de la terapia familiar lo que es actualmente.

En este punto me di cuenta de que no podía continuar solo. Dario Toffanetti aceptó entonces involucrarse en la búsqueda de material nuevo y en la reelaboración del ya existente. Su trabajo ha permitido además dirigir el libro hacia una historia de las ideas, corrigiendo los excesos anecdóticos y dejándome al mismo tiempo más libre para dedicarme al trabajo de fondo.

Respecto a nuestras respectivas contribuciones, soy personalmente responsable del carácter y de la estructura general del libro y del capítulo 1 (a excepción del largo párrafo dedicado al psicoanálisis), además de las secciones sobre las terapias estratégicas, sistémicas, comportamentales, psicoeducativas y de redes sociales, y de gran parte de los párrafos sobre la profesión. Dario Toffanetti se ha encargado específicamente de todas las partes sobre la terapia psicoanalítica, aquellas dedicadas a la terapia conversacional, feministas e integrativas y de algunos párrafos sobre la profesión. Juntos hemos discutido las cuestiones sobre el contexto y la escuela de Milán, que por cierto nos conciernen como referencia muy cercana.

El trabajo de relectura y comparación articulada se ha efectuado con todos los capítulos, desde el inicio de nuestra colaboración hasta la última revisión antes de entregarlo a la imprenta. Así, este libro, en su forma actual, ha de ser considerado fruto de nuestra colaboración y de una continua reelaboración y corrección recíproca.

PAOLO BERTRANDO
Milán, noviembre de 2000

1. 1900-1950: ARQUEOLOGÍA

La terapia familiar nace poco después del año 1950; es indudable que se trata de una disciplina nueva. Sus precursores no dejan de subrayar la novedad y la diferencia respecto a cada una de las prácticas terapéuticas ya existentes.

Ahora bien, la terapia familiar no surge de la nada. La consultoría matrimonial, la terapia sexual y la asistencia social quizá no la anticipaban, como sostienen Broderick y Schrader (1991), pero ciertamente contribuyen a extender la idea de que se puede intervenir en la familia y que puede valer la pena hacerlo. En la continuidad que representa la tradición de la consultoría y la asistencia social se inserta una discontinuidad: hablar de *sanar* a la familia, en lugar de *aconsejar* a la familia, marca un cambio de gran relevancia. A partir de este punto, la terapia familiar nace adoptando múltiples formas, con algunos elementos comunes y numerosas divergencias que por diversas razones anticipan su futura evolución. Por tanto, comprender el nacimiento de la terapia familiar significa encontrar un nexo entre la continuidad en la que se sitúa, la discontinuidad que ella misma representa y las numerosas, pero no infinitas, formas que asume.

Para entender la continuidad, la discontinuidad y la forma es necesario observar los tres ámbitos individualmente, pero también sus conexiones: la cultura psicológica y psiquiátrica estadounidense en la primera mitad del siglo XX; las vicisitudes del psicoanálisis en el periodo posterior a la muerte de Freud; el nacimiento y el desarrollo inicial de la teoría de sistemas y de la cibernética. Todo ello en el contexto de la agitada sociedad estadounidense del periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial.

LA ESCENA ESTADOUNIDENSE: PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA

Hacia finales del siglo XIX, Estados Unidos es un país que ha sufrido rápidas transformaciones, cada vez más laico e industrial, aunque subsisten amplias áreas de predominio religioso y agrícola. La América de los pioneros se convierte en la América del siglo XX, rica, poderosa y dinámica. La revolución se extiende a los individuos: el modo de concebir al individuo cambia radicalmente. Hasta ese momento, en un país imbuido de ética protestante, el individuo era un *ciudadano* responsable, cargado de deberes y derechos de los que rendía cuentas ante la comunidad. Pero tal individuo se transforma luego en un *sujeto* encerrado en sí mismo y en su propia particularidad, aislado frente a la omniabarcadora sociedad.

Mientras que el «sujeto» cambia el modo de ser de Estados Unidos, la familia se ve favorecida en todas sus formas. Durante la primera década del siglo, por ejemplo, gracias a la presión de los reformadores progresistas se invierte la antigua política aplicada a los niños provenientes de familias gravemente inadaptadas y «disfuncionales» que abogaba por enviarlos a instituciones privadas: se trata de que permanezcan con sus familias y que éstas reciban una pequeña ayuda del gobierno como forma de asistencia social (Katz, 1986). Destaca igualmente en estos años la relevancia que adquiere la asistencia social estadounidense, una de las primeras corrientes de trabajo social y psicológico sobre la familia (Broderick y Schrader, 1991).

Diversos críticos (Rieff, 1966; Cushman, 1995) afirman que en este declive de la participación ciudadana radica una de las causas de la necesidad de la terapia. Surge la tendencia a considerar los problemas de los individuos y de las familias como problemas de *higiene social*, sujetos a una intervención de tipo terapéutico o preventivo. Este énfasis sobre la prevención, desconocido en Europa, sienta las bases de movimientos como los de la higiene[1] mental social o la salud mental matrimonial y de exitosos programas sociales como el «enriquecimiento matrimonial». De este ámbito parten otros antecedentes no terapéuticos de intervención familiar, en concreto la consultoría matrimonial.

Por otra parte, la sociedad se ha convertido en una sociedad de consumo que ante todo exige a sus habitantes producir y comprar. Incluso los conflictos existenciales pasarán a formar parte del circuito comercial. Entre los productos que los estadounidenses pueden consumir se encuentran también las distintas terapias (Cushman, 1995): es el «triunfo de lo terapéutico» (Rieff, 1966).

El ámbito terapéutico, por supuesto, aún no se ha impuesto en Europa (estamos en los años formativos de Freud). Sin embargo, desde hace tiempo las teorías divergen a la hora de caracterizar al americano. A partir de la primera mitad del siglo XIX obtuvo un gran éxito en Estados Unidos la teoría del «magnetismo animal» de Franz Anton

Mesmer, científico considerado como el gran antecesor de la hipnosis a finales del siglo XVIII. En 1836 un discípulo de Mesmer, Charles Poyen, extiende en Estados Unidos el mesmerismo. En la versión americana, la apelación de Mesmer a un magnetismo universal se transforma en la aproximación a las «fuerzas internas» que pueden sanar las enfermedades.

He aquí el punto esencial de la *Weltanschauung* estadounidense sobre el cual se asienta la concepción terapéutica de los primeros años del siglo: cada persona es buena en sí misma, con una potencialidad que debe ser liberada, de tal modo que pueda entrar en relación con su autenticidad, que no se identifica en absoluto con su apariencia social. La terapia se identifica con una serie de técnicas y estrategias que permiten que los recursos ocultos de la persona salgan a la luz.[2] El optimismo y el pragmatismo que caracterizan a los seguidores de Mesmer pasan desde mediados del siglo XX a la Christian Science de Dorothea Dix, que combina el mesmerismo con el discurso carismático, la liberación psíquica con la salvación de las almas, el optimismo terapéutico con el optimismo protestante, la catarsis con el éxtasis místico. Terapia y religiosidad se mezclan iluminando el carácter positivo de los mesmeristas con una luz mesiánica: basta con pensar en positivo (*think positive!*) y además el mundo terrenal y ultraterrenal está al alcance de la mano.

Las características que desde el mesmerismo pasan a la Christian Science son, en síntesis, las siguientes: un optimismo global que se expresa a través del pensamiento positivo y del liberacionismo; su carácter completamente apolítico; una visión del yo que distingue entre un «yo falso» público y un «yo verdadero» privado, que debe ser «liberado» para obtener la felicidad y la plena realización; la idea de que la abundancia y la prosperidad, en el sentido material, son necesariamente resultado de la «cura»; un fundamento cognitivo según el cual las ideas equivocadas son las que generan las enfermedades y basta con corregir tales ideas para conseguir que las enfermedades se atenúen y ocasionalmente desaparezcan.

De este modo, los años en que triunfa la teoría terapéutica se encuentran con un Estados Unidos pronto a recoger nuevos estímulos, un país que ya tiene una peculiar visión de lo que debería ser la terapia. Basándonos en las categorías de Cushman (1995), podríamos decir que si Europa, geográficamente limitada, superpoblada y con un precario equilibrio demográfico, genera una terapia de *control* y Freud es el máximo ejemplo de ello, en Estados Unidos, país muy extenso y geográficamente con escasa población, se concibe la terapia sobre todo como *liberación* de las ilimitadas reservas de energía, bondad y autenticidad escondidas bajo la superficie. No existe el «mal» psicológico en sí mismo, concepción que contrasta con la idea freudiana de que los instintos deben ser en cierto modo dominados, so pena de extinción de la especie humana.

Obviamente, de todo este movimiento no queda constancia en la psicología y la psiquiatría oficiales, que se rigen por el acostumbrado ideal de rigor científico. Sin embargo, el *Zeitgeist* tiene una manera sutil de introducirse en las disciplinas, como bien sabía Foucault (1966). El elemento más interesante al respecto reside en que el Estados Unidos de comienzos de siglo siente un gran deseo, un hambre de lo «terapéutico». Y, más aún, de un género particular de terapia, abierta, optimista, liberadora. Con el paso del tiempo la psiquiatría podrá permanecer incólume.

Desde comienzos de siglo hasta la Segunda Guerra Mundial

La historia de la psiquiatría y la psicología (estadounidense y no estadounidense) presenta una evolución cíclica en la que se alternan concepciones opuestas porque los principios de base son irrenunciables. El péndulo oscila de la biología al ambiente, de la naturaleza a la cultura. Jeffrey Coller (1994) ha analizado todos los discursos de los presidentes de la American Psychological Association en sus primeros ciento cincuenta años. El desarrollo cíclico parece evidente: los psiquiatras se acercan cada vez más a la biología, al psicoanálisis o a la genética, y siempre con una ingenuidad increíble. Como si las «nuevas» concepciones fueran siempre descubrimientos inauditos y no retorno a antiguas concepciones de hace veinte o treinta años.

La psicología también experimenta oscilaciones similares; cada nueva generación da por sentado lo que para la época precedente fue una adquisición difícil. En 1910, por ejemplo, se asume que el ser humano es único y a la vez diferente del resto del mundo animal, concepción que supone una gran conquista puesto que se aprecia la continuidad del hombre respecto a los demás animales; sin embargo, en 1940 los psicólogos consideran al hombre fundamentalmente como un animal; lo novedoso será considerarlo como ser único e irrepetible.

Pese a las oscilaciones, la psicología estadounidense mantiene inalterada su identidad: desde sus inicios, podríamos decir que desde finales del siglo XIX, es una psicología aplicada y eminentemente *práctica*, a diferencia de la psicología académica y experimental, representada por la escuela alemana de Wundt. Los *Principles of Psychology* (1890) de William James (que pronto pasarán a la filosofía, fundando el pragmatismo) son el primer ejemplo importante de esta concepción, ricos en sugerencias para cambiar la vida que constituyen un verdadero método pedagógico. A su vez, Lightner Witmer, fundador de la psicología clínica, considera su trabajo sobre el ámbito psicológico clínico esencialmente como una forma de pedagogía. Para ambos se trataba de «enseñar» la forma «correcta» de enfrentarse a las tareas vitales cotidianas (Reisman, 1991).

A partir de 1913 la psicología académica estadounidense comienza a identificarse con la perspectiva comportamental. En ese año John Watson publica un artículo fundamental, «Psychology as the behaviorist views it» (Watson, 1913). La renuncia al mentalismo, la limitación del campo de estudio a los comportamientos visibles, el uso de experimentos de laboratorio y de un método extraído de las ciencias exactas, la importancia concedida al aprendizaje, marcan profundamente la forma de enseñar y practicar la psicología, primero en Estados Unidos y después en todo el mundo. En poco tiempo la perspectiva comportamental es considerada como la más pragmática de las orientaciones psicológicas.

El marcado carácter práctico de la ideología estadounidense dirige y orienta también la actividad clínica y, específicamente, la psiquiátrica. Como en gran parte del mundo occidental, en Estados Unidos prácticamente toda la psiquiatría de finales del XIX se basa en el hospital psiquiátrico, considerado como la mejor respuesta a todos los trastornos mentales (Zilboorg, 1941). Pero a comienzos del siglo XX, la situación empieza a cambiar. Surgen los primeros centros psiquiátricos en el seno de los hospitales generales bajo el estímulo de psiquiatras eminentes como Adolf Meyer, director de la Henry Phipps Psychiatric Clinic, de cariz similar a la Johns Hopkins School of Medicine.

Poco a poco, en el periodo que va desde principios de siglo hasta la Segunda Guerra Mundial, la firme creencia en las causas orgánicas y hereditarias de los trastornos mentales, desde la psicosis a las deficiencias en la inteligencia, es sustituida por una fe análoga en las causas ambientales. Cada vez son más los antropólogos culturales que se ocupan de la psicología, cuestionando los fundamentos biológicos e instintivos que todos los teóricos de la medicina y la psicología, desde Freud a Watson, postulan como base del comportamiento humano. Edward Sapir y George Herbert Mead en Chicago, así como Ruth Benedict, Margaret Mead y el Gregory Bateson en Nueva York, demuestran que muchos comportamientos «innatos» (por ejemplo, la diferencia entre «lo masculino» y «lo femenino» que analiza Mead, 1934) son diferentes según las diversas culturas. Lógicamente, esta evolución incide también en la perspectiva comportamental, que destaca la importancia del aprendizaje.

Conviene remarcar que estos extendidos cambios de enfoque fueron provocados por investigaciones o por resultados experimentales de carácter positivo que los justificaban. En otras palabras, no existía un cuerpo sustancial de pruebas que demostrase que el ambiente fuera más significativo que la herencia para la inteligencia o la psicopatología. Se trataba de un cambio básico en la interpretación de los resultados y de las observaciones. [...] Centrarse en explicaciones adquiridas o ambientales tiene el efecto de difundir el optimismo en la materia, desde el momento en que los factores generales eran considerados virtualmente inmutables (Reisman, 1991, pág. 149).

La asimilación de la psicología y la psicoterapia con la medicina hace surgir una concepción tecnológica de la psicoterapia ciertamente muy alejada de las complejas teorías freudianas. La terapia es vista como un conjunto de procedimientos técnicos

dirigidos hacia la consecución de un fin. Al mismo tiempo, se asocia la objetivación de la mente (concebida como un órgano) y de sus trastornos a la visión tecnológica al conceder valor a la práctica psicoterapéutica. La terapia se convierte definitivamente en una *mercancía* y pasa a formar parte del gran circuito comercial de Estados Unidos en el siglo XX.

En 1908 aparece un libro que será muy importante para la reformulación de las concepciones psiquiátricas en Estados Unidos: *A Mind That Found Itself*, la autobiografía de Clifford Beers (1907), libro que obtuvo un gran éxito. Beers es un antiguo enfermo psiquiátrico (según las clasificaciones usuales, sería presumiblemente etiquetado como bipolar) que, tras varios periodos de hospitalización en los que se eliminó totalmente su sintomatología, elige dedicar su vida a cambiar las condiciones de los enfermos mentales y de los pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos.

El libro demuestra que un paciente puede llegar a desempeñar habilidades sociales adecuadas y denuncia las condiciones en que se hallan los grandes hospitales psiquiátricos de la época; ejerce una gran influencia en la opinión pública, hasta el punto de que impulsa los nacientes movimientos de asistencia en el seno de la comunidad. El primero y el más importante de ellos, ligado estrechamente a la vida y la obra de Beers, es precisamente el movimiento en pro de la higiene mental (Mental Hygiene Movement). Interesado desde sus inicios en la mejora de los hospitales psiquiátricos, pronto amplía sus objetivos originales, pasando a ocuparse no sólo de la prevención sino también de *todos* los trastornos psíquicos.

Los defensores de tal movimiento afirman que es esencial realizar un trabajo preventivo en las escuelas, pues están convencidos de que esta forma de proceder puede incidir en los trastornos psiquiátricos.^[3] Los especialistas y el público en general tienden a considerar muchas prácticas «terapéuticas» como casos concretos de educación y a concebir las campañas de educación de masas como formas de prevención de los trastornos psíquicos.

El movimiento [en pro de la higiene mental] concedía gran importancia a las prácticas *preventivas* en materia de higiene mental, asimilando la mente a otros órganos del cuerpo y la psicoterapia a las prácticas higiénicas cotidianas. [...] Basta decir que el siglo XX comenzaba a situar los problemas psicológicos en *el interior* del individuo, a considerar que eran de naturaleza *médica* y susceptibles de prevención mediante una práctica higiénica que conduciría necesariamente a la salud y a la felicidad (Cushman, 1995, pág. 71).

Después de la Primera Guerra Mundial, el National Committe on Mental Hygiene favorece la fundación de las Child Guidance Clinics (clínicas de seguimiento infantil), cuyo objetivo es sustancialmente la «prevención secundaria» de enfermedades y trastornos mentales: se trata de identificar a los niños con factor de riesgo e intervenir con objeto de reducir los índices de patología en la edad adulta. La primera Child Guidance Clinic integrada en el sistema judicial es el Juvenil Psychopathic Institute, fundado en

1909 por la asistente social Julia Lathrop y dirigido por el psiquiatra William Healy y la psicóloga Augusta Bronner (Vanderboos y otros, 1992).

Las Child Guidance Clinics se convierten en los centros donde los asistentes sociales trabajan directamente sobre las cuestiones terapéuticas y donde pueden unir su tarea a la de psiquiatras y psicólogos. De hecho, la asistencia social, muy activa en Estados Unidos desde finales del siglo XIX, ha focalizado su atención desde tiempo atrás en la familia más que en el individuo. Pero en esa época, para influir sobre las clínicas familiares, los asistentes sociales deben necesariamente asociarse con los médicos y psicólogos, es decir, con profesionales que se consideran (o son considerados) como pertenecientes a una escala superior a ellos.

Las Child Guidance Clinics se transforman en instituciones mixtas, a caballo entre la pedagogía y la terapia. Los métodos anamnésicos son análogos a los psiquiátricos, aunque ampliados con una cuidadosa investigación centrada en la familia y el ambiente escolar, mientras que las intervenciones son sobre todo de carácter pedagógico. Si de un psiquiatra se espera que se responsabilice plenamente del tratamiento adecuado, del psicólogo se espera que trabaje con los test, y del asistente social que se ocupe de la entrevista inicial, de la anamnesis y en consecuencia del trabajo con los padres. Este interés por el ambiente pesa mucho en las orientaciones de Lightner Witmer (Reisman, 1991).

Los problemas de la infancia comienzan a ser vistos *en su contexto*; por vez primera, los psiquiatras y los psicoanalistas se arriesgan a seguir a la madre y al hijo paralelamente, aunque por separado (del padre no se habla casi nunca, lo cual dice mucho de la cultura de este periodo). Las primeras terapias de la familia, y sobre todo la opinión pública, heredan de estos movimientos la idea de que la madre es *responsable* de la salud mental del hijo.[4]

La diferencia respecto a la prevención primaria en las escuelas es evidente: en el caso de las Child Guidance Clinics no se trata de actuar en la escuela o en la familia en general con métodos pedagógicos, sino sobre una familia concreta en la que se presenta el problema y con métodos terapéuticos. En este sentido la Child Guidance Clinic, incluso cuando incentiva fundamentalmente técnicas de tratamiento individual, abre el camino a la terapia familiar. Por diversas razones, el optimismo preventivo de la Child Guidance no se verá confirmado en los estudios experimentales: esta situación obligará a redimensionar el movimiento y su influencia sobre la psiquiatría en general. Pero las Child Guidance Clinics seguirán funcionando y formarán a algunos de los primeros terapeutas familiares importantes, entre ellos Ackerman, Whitaker y Minuchin.

Hacia la misma época tiene lugar el renacimiento de otra corriente, el movimiento de la educación en pro de la vida matrimonial, auspiciado sobre todo por Ernest Groves. Se trata fundamentalmente de cursos universitarios que intentan difundir entre los

estudiantes una correcta vida matrimonial y una «salud» sexual adecuada. El interés por la formación matrimonial y familiar lleva en poco tiempo a la constitución de una asociación profesional (el National Council of Family Relations, fundado en 1938), que constituye otro antecedente de la profesión de terapeuta familiar.

Durante el mismo periodo el psicoanálisis comienza a difundirse entre los psiquiatras norteamericanos. Tradicionalmente, su influencia sobre el tratamiento de pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos es mínima. Sin embargo, el psicoanálisis es la teoría de referencia para la mayoría de los psiquiatras, y las técnicas psicoanalíticas son ampliamente utilizadas en la formación de profesionales de la enfermería (Psiquiatric Services, 1994). La situación cambia con la fundación de las clínicas psicoanalíticas. Se trata en realidad de una modificación de las clínicas ya existentes, en particular la Chestnut Lodge y la Menninger Clinic, que utilizan principalmente técnicas análogas a las de los «tratamientos morales» de la locura, utilizadas desde principios del siglo XIX: ambientes dignos, personal amistoso y preparado, programas religiosos, recreativos y de trabajo (Vanderboos y otros, 1992).

En los años cuarenta ambas clínicas sufren un cambio al recibir a numerosos psicoanalistas, algunos de ellos llegados recientemente de Europa. Frieda Fromm-Reichman y Harry Sullivan son los científicos de mayor relieve en la Chestnut Lodge, mientras que en la Menninger Clinic, bajo la guía de los hermanos Karl y William Menninger, se crean nuevas baterías de test gracias a la obra del analista húngaro David Rapaport. Estas y otras clínicas del ramo sientan las bases de un tratamiento psicoterapéutico que se pretende «resolutivo» también para la psicosis, como será precisamente el caso de la primera terapia familiar.

En el marco de esta proliferación de lo «terapéutico», los psicólogos desempeñan un papel bastante marginal. El hecho es que, hasta la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos (cuando no se limitan o están limitados exclusivamente a la realización de test) siguen siendo considerados *educadores* que aplican a sus pacientes distintos métodos de condicionamiento y aprendizaje. Existe ciertamente una razón profesional que explica por qué los psicólogos que trabajan en ambientes más o menos clínicos son presentados como educadores: la terapia está de hecho reservada a los médicos; no obstante, el mismo Freud (1926) expresa su opinión contraria a esta limitación.^[5] El campo de la educación, en sus variadas formas, permite a otros profesionales (psicólogos clínicos, pero también asistentes sociales, médicos de diversas especializaciones, sacerdotes, hombres de leyes) actuar dentro de los límites de la terapia sin desafiar abiertamente a la poderosa corporación médica.

En 1924, gracias a la labor organizativa de Karl Menninger, nace la American Orthopsychiatric Association. Basándose, como muchas iniciativas de la época, en la idea de una «corrección» didáctica de los problemas psíquicos, esta asociación es la primera

en abrir sus puertas a todas las profesiones que se basan en el asesoramiento: desde 1926 acepta como miembros titulares no sólo a psiquiatras, sino también a psicólogos y asistentes sociales. Disciplina radicalmente estadounidense en cuanto a la importancia concedida a la higiene mental y familiar, con la que comparte más de un presupuesto, la ortopsiquiatría aparecerá como un terreno fértil para las ideas de los terapeutas familiares, que presentan numerosos trabajos importantes en los congresos de la asociación.

Un momento importante en la evolución de la psicología clínica estadounidense es la fundación de los centros universitarios de consultoría destinada a los estudiantes. No sólo son los primeros centros donde los psicólogos clínicos se dedican a distintas tareas de evaluación y test, sino que también allí comienzan a prosperar los modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis. Se trata de las primeras terapias comportamentales, y especialmente de la terapia «centrada en el cliente» de Carl Rogers, que concede gran importancia a los recursos y al crecimiento del individuo, y que es además compatible con otros modelos comportamentales que continúan dominando en la psicología universitaria; considera que su objetivo es sobre todo remover los obstáculos que dificultan el crecimiento de los individuos, quienes son vistos fundamentalmente como seres «sanos», siguiendo el aceptado prejuicio estadounidense (Vanderboos y otros, 1992).

El último antecedente de importancia de las terapias familiares es la consultoría matrimonial, especialidad creada poco después del año 1930 por Paul Popenoe, Emily Mudd y el matrimonio Stone. En 1942 nace la American Association of Marriage Counselors (AAMC), reorganizada más tarde, en 1945, con Ernest Groves como primer presidente (Nichols, 1992). En los años siguientes, la AMMC desempeñará un papel importante en el movimiento de la terapia familiar. Por el momento, no obstante, ni tal organización ni los propios profesionales que trabajan en la consultoría matrimonial tendrán directamente mucho que ver con la terapia familiar propiamente dicha. Los fundadores de la terapia familiar no extraerán ninguna concepción ni experiencia alguna de los pioneros de la consultoría matrimonial y prematrimonial: sus bases son completamente distintas.

Arriesgándonos a sintetizar, se podría decir que hacia la época de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría y la psicología clínica estadounidenses han desarrollado ya una orientación peculiar. En primer lugar, pueden ser definidas como ciencias *pragmáticas*, con finalidades prácticas más que académicas: su objetivo es encontrar una solución operativa para resolver los problemas de la existencia (desde el malestar a la patología) de un modo socialmente deseable. No existen prejuicios cualificativos acerca de la cuestión normalidad/patología: es sólo un problema de cantidad. Todas las personas, incluso las que requieren psicoterapia, son consideradas fundamentalmente *sanas* o al menos

«curables». No tienen una estructura inconsciente inmodificable, pero en ellas se halla el germen de su propia realización. Ésta es una idea profundamente norteamericana, por su tesis liberacionista, que aparece también en el psicoanálisis europeo con la psicología «religiosa» de Jung y la psicología «política» de Reich (véase Rieff, 1966).^[6]

Por este motivo la terapia presenta aspectos profundamente *pedagógicos*: dado que los individuos están sanos, las dificultades surgen cuando deben enfrentarse a problemas externos a ellos; si pudieran contar con una formación adecuada, afrontarían mejor las dificultades y se dedicarían a actividades mejores para ellos mismos y para la sociedad. La *prevención* es una consecuencia de la actitud expuesta anteriormente: es considerada muy importante y eficaz, ya sea en el plano social, familiar o psiquiátrico.

Numerosos autores (Cushman, 1995) ven en estas orientaciones la dificultad (o incapacidad) estadounidense de interpretar los problemas sociales en clave política. La salud mental y la salud mental familiar, o más en general, la pasión de los norteamericanos por «lo terapéutico», serían entonces factores equivalentes a los movimientos socialistas y comunistas de la Europa de la época. Partiendo de los mismos problemas se plantean soluciones opuestas: para los movimientos políticos el objetivo es la renovación de la sociedad (reformas o revoluciones) y las medidas preventivas son frenos sociales (como los derechos sindicales), mientras que para los movimientos terapéuticos el objetivo es una renovación de los individuos o de las familias (la terapia), y la prevención se basa en amortiguadores individuales o microsociales (precisamente la salud mental y la salud mental familiar). Se trata por supuesto de una lectura histórica general, con las posibles y consecuentes limitaciones que se derivan. No obstante, refleja un aspecto importante sobre el modo de afrontar los problemas sociales en el mundo estadounidense, que se transmitirá directamente a la terapia familiar.

El periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial

La Segunda Guerra Mundial constituye un momento crucial para la psiquiatría y la psicología clínica. Se presentan distintas situaciones de emergencia concatenadas: la cantidad de médicos y psiquiatras disponibles resulta insuficiente, tanto para cubrir las necesidades de los hospitales que ya había en sus propios países como para curar la enorme cantidad de trastornos postraumáticos que llegaban del frente. Se hace por tanto necesario renovar todo el *corpus* de los tratamientos psiquiátricos de tal modo que puedan adaptarse a otros contextos; por otra parte, a los psicólogos y asistentes sociales se les asignan finalmente puestos de verdadera responsabilidad.

Una influencia más sutil de la guerra sobre el pensamiento psiquiátrico, especialmente en Estados Unidos, se aprecia en el debate acerca de las convicciones dominantes sobre

la fortaleza del individuo y sus decisiones (Bloch y Rambo, 1995). La inevitable destrucción bélica demuestra de forma terminante que la autodeterminación significa poco en ciertos casos y que el individuo está determinado, al menos en parte, por el contexto.

Al término de la guerra se descubre que una enorme cantidad de veteranos tiene problemas psicológicos o psiquiátricos. La institución que se hace cargo de ellos, la Veterans Administration, atiende en sus propios hospitales a 44.000 «pacientes neuropsiquiátricos». Como consecuencia, los hospitales de la Veterans Administration se convierten en los principales centros de trabajo para psicólogos y psiquiatras; en algunos de ellos trabajarán los primeros terapeutas de la familia (Miller, 1946).

Ya en 1939 la American Psychological Association tenía alrededor de 2.200 miembros, casi todos ellos considerados, a su pesar, meros aplicadores de test. Después de la guerra no sólo se incrementa el número de miembros de la asociación, sino que además los psicólogos consiguen finalmente su ansiado reconocimiento como terapeutas, produciéndose así un gran aumento en el número de profesionales de esta área. Surgen nuevos métodos de tratamiento: por un lado aparecen las terapias de grupo, especialmente gracias a la incansable actividad de Jacob Moreno; por otro, diversos psicoanalistas comienzan a plantearse el problema de la creciente duración del psicoanálisis. Nacen así las primeras terapias breves psicoanalíticas, que se concentran en la realidad de la vida cotidiana en lugar de en el inconsciente, y que establecen unos objetivos claros y limitados que deben alcanzarse (Alexander y French, 1946). Entretanto, gana popularidad la terapia no directiva de Rogers (1951), que, como en el caso de las terapias analíticas breves, se centra en la relación terapéutica más que en las interpretaciones, y en el presente más que en el pasado, logrando así que el cliente confíe en su capacidad para mejorar por sí mismo.

Quizás el factor más importante que evidencia cómo cambia el modo de entender la psiquiatría en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial es el movimiento de desinstitucionalización, que rápidamente conduce al progresivo desmantelamiento del antiguo hospital psiquiátrico en todo Occidente. Investigaciones exhaustivas (véanse Wing, 1978; Warner, 1986) muestran que inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial tuvo lugar un cambio sustancial en las orientaciones de la psiquiatría, adelantándose en diez años a la adopción de fármacos antipsicóticos.

Entre las razones que explican esta precoz desinstitucionalización se halla la estrictamente económica: los pacientes que sufren de trastornos psiquiátricos graves (esto es, «los enfermos mentales») son considerados inútiles por la sociedad, al tiempo que el mercado laboral exige mano de obra a bajo precio (Warner, 1986). Tras la Segunda Guerra Mundial, la necesidad de mano de obra en todo el mundo es enorme; de ahí que sea rentable económicamente emplear a personas que aportan una eficiencia mínima —

esto es, los pacientes psiquiátricos—, en lugar de mantenerlas internadas en instituciones y por tanto acarreando gastos al Estado. A su vez, esta orientación facilita el uso de técnicas de rehabilitación en el seno de la comunidad. Tal fenómeno favorece a todas las teorías que sitúan al individuo en su contexto.

En Estados Unidos, el National Mental Health Act de 1946, que renueva la disciplina psiquiátrica, lleva en 1949 a la fundación del National Institute Of Mental Health (NIMH) de Washington, organismo que contribuye tanto a la formulación de las pautas que regirán las profesiones psicológicas y psiquiátricas como a la financiación de programas sobre la naturaleza de los trastornos mentales y su tratamiento, en particular de las psicoterapias. El NIMH de Washington se muestra totalmente abierto a los nuevos métodos de investigación y de terapia. Allí trabajarán, entre otros, los jóvenes Lyman Wynne y Murray Bowen.

La situación de la psiquiatría en Estados Unidos hacia el año 1950 se podría sintetizar del modo siguiente. En esa época se sabe ciertamente bastante poco de la etiología de los trastornos psiquiátricos, pero circulan muchas ideas sobre la posibilidad de la génesis ambiental, perspectiva que es fomentada durante la primera mitad del siglo. Crece por tanto el optimismo sobre la posibilidad de curar de modo eficaz los trastornos mentales, incluidos los más graves, y también la tendencia a la desinstitucionalización. Los movimientos de la Child Guidance, la higiene mental y la higiene mental familiar siguen desarrollando su actividad y ejercen una gran influencia sobre la sociedad y sobre la psiquiatría en particular, mientras que la intervención sobre la familia está ya, en cierta medida, legitimada, aunque marginalmente debido a la presencia de la asistencia social y de la consultoría familiar.

En este escenario es donde se insertan las dos fuentes principales que darán forma a la futura terapia familiar: el psicoanálisis (en concreto, ciertas escuelas psicoanalíticas) y la cibernética. Ambas serán determinantes: la cibernética de manera evidente, y hasta ruidosa; el psicoanálisis de forma más solapada, y en ocasiones aparentemente en contraposición.

PSICOANÁLISIS: LO DICHO Y LO NO DICHO

Las relaciones entre psicoanálisis y terapia familiar son, desde el principio, complicadas y controvertidas. Junto a los terapeutas familiares que no acostumbran a denominarse con orgullo psicoanalistas, se encuentra una mayoría de terapeutas que proclama su propia dualidad. De todos modos, el psicoanálisis es para la terapia familiar el terreno de cultivo, la condición necesaria de su existencia. A lo largo de su historia, el movimiento psicoanalítico ha producido más ideas que formas prácticas de trabajo, las cuales se acercan a lo que actualmente entendemos por terapia familiar. Los representantes más significativos en este sentido son los que defienden la teoría de las relaciones objetales, desde la teoría del apego de John Bowlby a la psiquiatría interpersonal de Harry Stack Sullivan. En todos ellos aparece, ya sea con carácter central o periférico dentro de la ortodoxia psicoanalítica, la convicción de que el elemento instintivo postulado por Freud no es prioritario y que se puede redefinir la teoría psicoanalítica con arreglo a criterios de orden relacional.

Los maestros

Que en el psicoanálisis existe un núcleo relacional, e incluso familiar, es evidente desde el momento en el que Sigmund Freud formula su idea del complejo de Edipo, prototipo de todo triángulo familiar:

Según mis ya numerosas experiencias, los padres desempeñan el papel principal en la vida psíquica infantil de todos los futuros psiconeuróticos: el amor por uno de los progenitores y el odio por el otro forman parte de la reserva inalienable de impulsos psíquicos que se forman en este periodo. [...] El rey Edipo, que mató a su padre Layo y desposó a su madre Yocasta, no es sino el cumplimiento del deseo de nuestra infancia (Freud, 1899, págs. 242-244).

El hecho es que, desde sus comienzos, el interés de Freud se centra no en el triángulo familiar, sino en las *consecuencias* que éste conlleva para la psique del individuo. La teoría freudiana se asienta sobre una base interpersonal e interaccionista, pero pronto renuncia a ambas. Falta, por tanto, el elemento decisivo que definirá de forma inequívoca a la terapia familiar. El complejo de Edipo es la interiorización de una relación tal como ha sido percibida en el pasado; el triángulo perverso de Haley (1959) es una modalidad relacional visible y descriptible por un observador externo en el momento en que sucede.

También las normas técnicas se resienten de las consecuencias de la elección individual. Confiando exclusivamente en la relación dual entre analista y analizado, Freud prescinde de toda forma de análisis simultáneo[7] de los familiares o cónyuges del individuo analizado, considerándola inútil (Freud, 1912), o incluso un foco de resistencias

(Freud, 1915-1917). Aun así, el mismo Freud no es —como frecuentemente le sucede— inmune a las contradicciones. Al menos en una ocasión, históricamente documentada, analiza simultáneamente a dos cónyuges, James y Alix Strachey, quienes más tarde fueron los traductores ingleses y responsables de la Standard Edition de sus obras. Algunos consideran el *caso clínico del pequeño Hans* (Freud, 1908) como una terapia familiar *ante litteram*. Pero Freud habría estimado incorrecta tal interpretación, y el trabajo realizado con los Strachey sería para él un mero caso singular. En sus ideas y en su práctica psicoanalítica no hay ningún elemento que prefigure expresamente la terapia familiar. Para hallar un pensamiento que en cierto modo le es próximo hay que interpelar a los profesionales clínicos que en aquellos años estaban más o menos cercanos al grupo freudiano.

En este sentido, la figura más interesante entre los psicoanalistas de la edad de oro es sin duda Alfred Adler, el portavoz más significativo de la tensión política y social que anida en la Viena *fin de siècle* de los Habsburgo. Adler, nacido en el seno de una familia burguesa al igual que Freud, se decanta muy pronto por las clases sociales desfavorecidas y por la práctica y la realidad de la psicoterapia en lugar de los símbolos y la lectura intrapsíquica. Aun compartiendo los mismos orígenes sociales, para Freud el ascenso social es un imperativo absoluto, mientras que para Adler seguir ligado a su propia clase es un valor importante al que no desea renunciar: vive en una casa pequeña y modesta, sin sirvientes, sin responsabilidades universitarias a su cargo, pero es un hombre muy cordial y se muestra abierto a la difusión de las ideas, ya sean suyas o de otros.

Su premisa de fondo es que la vida lleva consigo inevitables definiciones de poder y que es profundamente mistificador fingir que no existen. Adler se concentra en el sistema de axiomas que fundan su psicología individual. La palabra clave para comprenderla es *Menschenkenntnis*, es decir, «comprensión práctica e instintiva del hombre». Sus axiomas hacen referencia a la unidad del ser humano, a su ser interno y no dividido en partes como la psicología freudiana parece sostener, la unidad de la persona con la armonía cósmica universal, la interacción del individuo con su ambiente.

La teoría adleriana es optimista en materia social, compartiendo y participando activamente en la comunidad; la persona es un todo unitario y no un ser dividido en su interior; la teoría evolutiva considera que el niño se percibe a sí mismo como un ser *inferior* cuando se compara con los adultos. La psicología individual es mucho menos individual de lo que se piensa. Para Adler la persona se realiza en la confrontación con el otro, no en sí y por sí misma.

Concretamente, el ambiente familiar aparece como el auténtico y más adecuado centro de desarrollo (o factor de riesgo, como se diría en el lenguaje de años más tarde) de la neurosis. Para el niño, desarrollar síntomas es un modo de responder a los estímulos que proceden de progenitores frustrantes o hiperprotectores, y, al mismo

tiempo, una forma de pedirles ayuda (Adler, 1928-1929). En 1922 Adler comienza a impartir seminarios en los que entrevista a niños problemáticos junto a sus padres, ante una audiencia formada por profesores. Una consecuencia totalmente inesperada de este trabajo, que debía ser sólo demostrativo, fue el efecto terapéutico de las entrevistas. Según el propio Adler, esto era debido precisamente a la forma como se desarrollaba el seminario: los niños, entrevistados en público junto a sus familias, comprenden que los miembros de la comunidad son quienes se harán cargo de sus problemas (Reisman, 1991). No resulta sorprendente por tanto que los primeros psicoanalistas que buscan integrar los elementos de la terapia familiar en su propia práctica sean adlerianos.

En el mismo periodo surge una nueva práctica psicoterapéutica, la psicoterapia de grupo, sobre todo en la obra de Jacob Levy Moreno (1966), un psiquiatra de origen rumano que emigra a Viena y que experimenta con distintas técnicas hasta conquistar la fama gracias al psicodrama. Moreno usa el psicodrama también para trabajar con parejas y con varios miembros de una misma familia (Moreno, 1934). El *Stegreiftheater*, fundado por Moreno en 1921, asume como base programática la representación de las situaciones cotidianas vividas por los protagonistas. El principio terapéutico básico se apoya en la idea de que la escenificación ante un público de nuestra propia existencia problemática, de las ansiedades y los conflictos más o menos conscientes, lleva a una liberación (*catharsis*) de las pasiones que implica tanto a los protagonistas de la representación como a los espectadores.

Como muchos de sus colegas de origen judío, Moreno emigra a Nueva York hacia 1930, donde conquista una buena posición. También el estadounidense Slavson y el alemán Paul Schilder contribuyen a la difusión de los métodos grupales, que aportan un contrapeso a la relación diádica íntima favorecida previamente por el psicoanálisis ortodoxo (Reisman, 1991).

Tres versiones del psicoanálisis

Además de las contribuciones de los maestros en *strictu senso*, figuran las de aquellos que se esfuerzan por trasladar los métodos psicoanalíticos al novedoso escenario de la terapia familiar o de pareja, pero los investigadores que trabajan antes de la guerra aportan, en conjunto, apenas unos trazos, señales débiles. En 1921, Flugel publica *Psicoanálisis de la familia*, donde cuestiona el análisis individual aplicado a varios miembros de la misma familia. La primera exposición sobre el tratamiento psicoanalítico de una pareja de cónyuges fue presentada por una analista de Nueva York, Clarence Oberndorf, en un congreso de la American Psychiatric Association celebrado en 1931. En el artículo escrito a partir de esa ponencia se describe el análisis secuencial (por tanto,

no conjunto) de cinco parejas (Oberndorf, 1938). A la misma época pertenecen también el primer artículo importante de Nathan Ackerman, «The unity of the family» (1938), y el libro de Richardson, *Patients Have Families* (1945). En 1948, Bela Mittlemann, del Instituto Psicoanalítico de Nueva York, publica los primeros relatos de terapias «conyugales conjuntas» realizadas en Estados Unidos.

Broderick y Schrader (1991) recuerdan que el IX Congreso internacional de psicoanálisis, celebrado en la ciudad suiza de Nyon en 1936, tenía como tema central «La neurosis familiar y las familias neuróticas». Se expusieron algunos casos de intentos de terapia psicoanalítica familiar o de pareja que tuvieron éxito, pero que no lograron conquistar a más seguidores.

En definitiva, el cuadro que surge (evidentemente visto *a posteriori*) parece indicar que los elementos potenciales para desarrollar una terapia familiar a partir del tronco común del psicoanálisis existían ya antes de la guerra, sobre todo en el acogedor ámbito estadounidense. Las razones que explican que tal desarrollo no tuviese lugar son probablemente más profundas que el mero anatema freudiano y sus vínculos con la profesión. Puede que antes de la guerra, la cultura y la sociedad sencillamente no estuvieran preparadas para recibir la terapia familiar. Volveremos a este punto más adelante.

Hacia 1940, la floreciente comunidad psicoanalítica austríaca, alemana y húngara, donde habían surgido las autoridades más competentes en la materia, había sido destruida por el nazismo. Como tantos otros intelectuales judíos, los psicoanalistas acudieron en masa a Estados Unidos, donde les recibe una psicología y (sobre todo) una psiquiatría ya imbuida de teorías analíticas. Gracias a esta diáspora se crea en Estados Unidos una formidable colonia de analistas, ubicada en la costa oriental, que influye fuertemente en el pensamiento psiquiátrico del periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial. Fue así como Estados Unidos se convirtió definitivamente en la patria del psicoanálisis de raíz freudiana. El camino teórico de los herederos de Freud fue accidentado, marcado en aquellos años por una proliferación de modelos y de prácticas cada vez más diferenciadas. Como todas las obras de los padres fundadores, la de Freud también se prestaba a muchas lecturas: en ella conviven elementos terapéuticos, mesiánicos y subversivos. Los seguidores (y también los adversarios) de Freud se alinearon en diversos frentes de este amplio pensamiento, acentuando en ocasiones algún aspecto concreto. En el mundo anglosajón, lo que más interesa sigue siendo el elemento terapéutico, la versión más moderada, *adaptativa* de la teoría freudiana: donde antes estaba el ello, ahora deberá estar el yo.[8]

Coadyuva también a esta lectura la traducción freudiana de James Strachey para la Standard Edition, que ofrece a la cultura anglosajona un Freud traducido al estilo «científico», menos complejo, agotador y literario que el original. Una versión similar

pasará a la terapia familiar.

Por tanto, en los años cincuenta podemos diferenciar las tres vías principales del psicoanálisis, cuyo recorrido se enlaza de diversos modos con el de los terapeutas familiares.

- Las teorías de las relaciones objetales, evolución de las investigaciones de Melanie Klein, que dota al inconsciente de una serie siempre más rica de instancias interiores. En aquella época, Klein era sin lugar a dudas la analista más creativa e innovadora.
- El psicoanálisis «ortodoxo» de Anna Freud, que emprende un camino cada vez más «científico», y que con Bowlby y su teoría del apego llega a dialogar con la biología y la etología.
- El culturalismo neofreudiano, que prospera en Estados Unidos merced a las obras de Erich Fromm, Karen Horney y Harry Stack Sullivan. Es una versión del psicoanálisis que se caracteriza por su enorme optimismo y por la sobresaliente atención conferida a las interacciones, aspecto llevado al extremo en la obra de Sullivan.

Será el enlace de estas tres tradiciones, cada una a su vez anclada en un pensamiento freudiano que se mantiene en el trasfondo (y menos proclive a las implicaciones más inquietantes), lo que influirá directamente sobre la terapia familiar. En ciertas ocasiones, el diálogo y la línea de sucesión pasan a primer plano, como en el culturalismo de Sullivan; en otras, se trata de teorías más tangenciales e indirectas, como las de Bowlby. Las relaciones objetales se quedarán generalmente al margen, mientras que la influencia de la psicología del yo será más sutil y encubierta.

Las relaciones objetales

Melanie Klein (1928, 1932, 1937) es la primera que desafía la teoría de la estructura de la personalidad formulada por Freud, al observar que los niños muestran una gran facilidad para establecer relaciones, mucho mayor de lo que el propio Freud habría pensado (Sutherland, 1980), aunque sigue insistiendo en la base instintiva del desarrollo. Según Klein, las relaciones con los objetos derivan de las fantasías que aparecen en la relación primaria con la madre, o, más específicamente, con su pecho, y se manifiestan en la fuerza del instinto en dicha situación.

Sin embargo, dentro de un marco individualista e intrapsíquico, muchos conceptos de Melanie Klein parecen ideados precisamente para describir acontecimientos de la vida

relacional. Entre ellos, los más importantes son las identificaciones proyectivas e introyectivas. Según la descripción de Segal (1964), la identificación introyectiva tiene lugar cuando el objeto se introyecta en el yo, el cual se identifica entonces con algunas de sus características o con todas. La identificación proyectiva, en cambio, «es el resultado de la proyección de partes del yo en un objeto, pero también puede derivar en que el yo se identifique con el objeto de su proyección». La identificación proyectiva patológica «resulta de la desintegración minuciosa del yo o de partes del yo, que luego se proyectan en el objeto y se desintegran» (Segal, en Greenberg y Mitchell, 1983).

La evolución en años posteriores de los conceptos propuestos por Melanie Klein constituye lo que se ha denominado «teoría de las relaciones objetales». Varias concepciones reunidas bajo este epígrafe fueron desarrolladas independientemente, sobre todo por Balint, Winnicott, Fairbairn y Guntrip, quienes, por su premisa de base, fueron denominados como «los teóricos británicos de las relaciones objetales» (Sutherland, 1980).

La teoría de las relaciones objetales afirma que el niño, desde su nacimiento, está en condiciones de mantener una relación activa con su compañero más cercano: es, por tanto, un compañero activo que busca el desarrollo de relaciones con la madre respondiendo y modificando incluso la modalidad de relación con ésta. Es en el seno de esta relación donde se colman las necesidades de nutrición, calor, juego y aceptación.

En términos de «relaciones objetales» la palabra «objeto» no tiene como referencia sencillamente a otra persona, ni siquiera la memoria de una persona o de una experiencia. El «objeto interno» es una estructura mental del yo que se puede definir como una composición de experiencias introyectadas con los significantes adquiridos en el curso del desarrollo. La premisa de base de tal teoría es que en todo individuo hay un mundo externo formado por las relaciones que mantiene con los demás y un mundo interno poblado por los objetos constituidos a partir de las experiencias que ha tenido en el curso de su vida. Bajo esta óptica, el mundo interno se constituye después de las experiencias con el mundo externo.

Cushman (1995) subraya, sin embargo, que las relaciones objetales ven la importancia del mundo externo en el *constituirse* de la vida psíquica, pero terminan por reconducir la dialéctica relevante para el trabajo analítico solamente al mundo interno, poblado por numerosas instancias intrapsíquicas y fantasías inconscientes (cuyo número crecerá posteriormente, con la progresiva complejidad de la teoría). El «aquí y ahora» del ambiente externo es menos importante que el «allá y entonces», constantemente puesto en escena en el teatro intrapsíquico y más tarde retomado y modulado en la relación dual con el analista.

Así, la teoría y la praxis de las relaciones objetales no pueden, por su misma estructura, favorecer el surgimiento de una terapia eminentemente ambiental y exterior

como es la terapia familiar. Por otra parte, el aspecto interactivo de dicha teoría no cesará de atraer a terapeutas cada vez más insatisfechos por la creciente simplificación y esquematismo de numerosas teorías de la familia.

El apego

John Bowlby aparece en escena en un momento cumbre de la historia y del movimiento psicoanalítico. En la disputa entre Klein y Freud, Bowlby intenta adoptar la posición de mediador mediante la «objetividad científica» de su teoría del apego, convencido de que es inoportuno desperdiciar energías e ideas en conflictos carentes de futuro. Bowlby agrega, con su temperamento irreverente y bastante rebelde, que cree en la eficacia práctica del psicoanálisis, pero al mismo tiempo duda de sus fundamentos teóricos y los pone en discusión de manera radical. La asociación psicoanalítica británica, sin embargo, responde con un progresivo alejamiento, una cortés frialdad ante su teoría y sus pretensiones científicas, consideradas además ingenuas. Se consuma así la ruptura entre el *establishment* psicoanalítico y Bowlby, que pronto abandona la lucha y se concentra en sus investigaciones, privando así al psicoanálisis inglés de su rigor y de su curiosidad científica (Holmes, 1992).

La cuestión clave de la que parte Bowlby para desarrollar su teoría es la separación del niño de la madre: Bowlby había observado empíricamente que, si el vínculo primario sufre alguna lesión, las consecuencias emotivas resultan particularmente significativas en la formación del carácter del adulto. Bowlby afirma que el apego del niño respecto a la madre es un instinto *sui generis*. En este sentido, considera que la teoría del *imprinting* de Lorenz (1949) es una prueba de la existencia en el ámbito filogenético de un instinto idéntico tanto en los animales como en el hombre: el interés de Bowlby por la verificación científica de las teorías psicológicas le llevará a buscar un modelo epigenético del desarrollo de la persona que proponga, en vez de la linealidad secuencial en fases y estadios, el crecimiento de las líneas de desarrollo, donde el resultado depende de la interacción entre el individuo y su ambiente.

En concreto, la importancia que Bowlby atribuye al *contexto* del desarrollo y a las interacciones que lo determinan le lleva a interesarse teóricamente por la familia; al mismo tiempo, su trabajo como analista infantil hace que le resulte muy cercana la práctica clínica familiar. Es significativo, a este respecto, el artículo que publica en 1949, titulado «The study and reduction of group tensions in the family», donde se expone el caso de un joven a quien trató Bowlby, sin éxito, durante dos años. El analista decide entonces organizar una sesión familiar:

Al cabo de noventa minutos, el ambiente cambió de forma ciertamente impresionante y todos comenzaron a

mostrar simpatía por la situación de los otros, [...] y se mostraron dispuestos a cooperar sinceramente en la búsqueda de nuevas técnicas para vivir juntos, [...] y [admitieron] que la forma como habían afrontado ese problema en el pasado era errónea (Bowlby, 1949, pág. 12).

Sorprendentemente, el artículo concluye con un epígrafe titulado «Reacciones circulares en la familia y en los otros sistemas sociales», en el que Bowlby propone una visión netamente sistémica de la terapia en relación con contextos más amplios.

Pese a estos éxitos iniciales, Bowlby abandona bastante pronto la experimentación dentro de la terapia familiar en la Tavistock Clinic, y su práctica continúa en la línea tradicional y diádica del psicoanálisis. Probablemente el motivo se halla en algunas características de la teoría del apego, tal como la propuso en su versión original. Al igual que otros teóricos de las relaciones objetales, Bowlby se muestra abierto a una visión relacional, pero limita drásticamente el campo a las relaciones madre-hijo. Además, estudia los modelos *internos* del apego, es decir, las estructuras intrapsíquicas derivadas de las relaciones de apego; será sobre estas estructuras interiores donde concentren su atención los terapeutas que, después de él, intentarán aplicar la teoría del apego a la práctica clínica. Como sucedía en las relaciones objetales, también en el caso del apego la fidelidad a la matriz intrapsíquica del psicoanálisis impide un contacto directo con las primeras terapias familiares. Pero, paradójicamente, Bowlby aborda uno de los mitos de los orígenes de la terapia familiar, aun cuando sea de forma tangencial y casual (según se verá en el capítulo 2).

Los neofreudianos

Mientras el psicoanálisis inglés recoge sus importantes frutos teóricos el mundo estadounidense ofrece sus primeros elementos propios, insertando en el tronco de una teoría cada vez más terapéutica y normativa las características que ya habíamos encontrado en el optimismo y el liberalismo:

Lentamente, en el transcurso de las primeras décadas del siglo XX, la cultura estadounidense empezó a apropiarse del psicoanálisis y a cambiarlo para adaptarlo a sus propias necesidades, introduciendo sutilmente (pero con profundas consecuencias) un sentido liberal y normativo en la teoría de Freud, subversiva y dominante (Cushman, 1995, pág. 148).

De este modo, los analistas más representativos de Estados Unidos en el periodo posbélico defienden el optimismo, una visión positiva y una tendencia a la integración social en la que no quedan huellas del lado oscuro e inquietante de la experiencia analítica original. Hasta que finalmente también Estados Unidos crea su propia escuela original, que toma el nombre de «culturalismo neofreudiano». Sus representantes más insignes

(Karen Horney, Frieda Fromm-Reichman, Erich Fromm y Harry Stack Sullivan) muestran un compartido interés por la cultura y los factores sociales, que determinan los trastornos psíquicos, y centrándose consecuentemente en el aspecto ambiental de la psicoterapia. En lugar de tomar como punto de partida las raíces innatas e inmodificables del comportamiento humano (las pulsiones de Freud), los neofreudianos consideran imposible establecer qué es un desarrollo o una psiquis «normal»: lo que una cultura considera sano puede ser considerado neurótico en otra. Otro principio común es la desexualización del complejo de Edipo, transformado ahora en un deseo de cercanía y de intimidad. El culturalismo neofreudiano orienta el clima cultural del psicoanálisis norteamericano hacia el interés por el ambiente y de hecho forma a muchos de los analistas que se convertirán en terapeutas familiares. Posteriormente, algunas figuras desempeñarán un papel particularmente relevante en este sentido: Horney, Fromm-Reichmann y Sullivan.

Karen Horney, investigadora berlinesa que emigró a Estados Unidos, es una de las primeras en sostener que la neurosis depende de «dificultades en las relaciones interhumanas» (Horney, 1937). La dialéctica que propone Horney es nueva: es la específica cultura dominante, con su realidad histórica, la que desvía y coarta las potencialidades del individuo. Curar la neurosis significa entonces —a diferencia de lo que afirmaba Freud— incentivar en grado máximo la autorrealización del individuo y no la represión de sus instintos, aunque ello conlleve situarle en confrontación con la sociedad. En otras áreas de su investigación Horney se anticipa a su tiempo: es la primera mujer psicoanalista que se ocupa de lo que significa en terapia el sexo femenino: la envidia del pene no es tanto envidia de la sexualidad masculina sino de la posición de poder que el hombre ostenta en la sociedad (Russo y O'Connell, 1992). En suma, Horney es quizá la primera investigadora de la corriente que aborda el problema del *gender*.

La influencia que ejerce Frieda Fromm-Reichmann, la conspicua analista de esquizofrénicos en Chestnut Lodge, es más práctica que teórica. Confiando en la posibilidad de recuperación de los psicóticos, hasta el extremo de que una de sus colaboradoras sostendrá que el auténtico elemento curativo de sus terapias reside en su extraordinaria fuerza de voluntad (Russo y O'Connell, 1992), adopta en sus terapias algunos procedimientos que la acercan a la vida cotidiana más que al extraño mundo del análisis ortodoxo: elimina el diván, disminuye el número de sesiones, procura aplacar las regresiones de los pacientes, a los que considera personas en su edad anagráfica y no niños sometidos a necesidades infantiles. Al mismo tiempo, sostiene que las relaciones familiares en la temprana infancia desempeñan un papel fundamental en la génesis de la esquizofrenia.

Es ella quien crea el desafortunado término de «madre esquizofrenógena» (Fromm-

Reichmann, 1948), que posteriormente será tildado de pecado original de los terapeutas de la familia, como si la terapia familiar de la esquizofrenia consistiera en la búsqueda de padres «esquizofrenógenos», a quienes se considera responsables de las enfermedades de los hijos.[9] Fromm-Reichmann es además una terapeuta eficaz, cuyos éxitos favorecerán el desarrollo de los programas de investigación sobre la terapia de esquizofrénicos, que a su vez darán lugar a gran parte de los primeros modelos de terapia familiar.

Sin embargo, para encontrar una concepción radicalmente interactiva entre la personalidad y la terapia, hemos de acercarnos a Harry Stack Sullivan.[10] De origen irlandés y personalidad difícil —esquivo y extravagante, pero también formal y sarcástico—, Sullivan es el auténtico *trait d'union* entre las corrientes de la psiquiatría y el psicoanálisis más atentas al contexto político y social y las primeras terapias de la familia.

Aun siendo un buen conocedor de Freud y del psicoanálisis, Sullivan no oculta sus divergencias teóricas. Tras colaborar durante un tiempo con el psiquiatra culturalista Adolf Meyer, empieza a concebir a las personas no como individuos sino como redes de relaciones interpersonales; la propia personalidad individual no es más que «la configuración relativamente estable de las situaciones interpersonales que caracterizan a la vida humana». Probablemente no es ajena a la evolución de su pensamiento la situación económica en el periodo de entreguerras, permeada por una ansiedad y una inquietud difusas que culminan con el crac de 1929 y la posterior depresión. Como persona que ha vivido desde su infancia una situación incierta e inestable, Sullivan no logra ver la psique y la personalidad como algo estable y aislado, terreno de choque entre instancias interiores derivadas de pulsiones arcaicas de origen biológico. Tenderá siempre a unir al individuo con su contexto, subrayando la decisiva importancia de este último en la formulación de problemas y soluciones.

En su teoría del desarrollo infantil, influida por las concepciones de los antropólogos Edward Sapir y George Herbert Mead, retrata al niño como un ser que crece enfrentándose al cambio de las situaciones sociales a medida que va madurando. Sullivan reformula los «estadios» freudianos, que ya no están sencillamente ligados a las zonas erógenas sino sobre todo a las relaciones interpersonales típicas de cada momento del desarrollo, no sólo del niño sino de la familia y del ambiente más próximo.

Como consecuencia de tal idea, la temprana infancia deja de ser el único origen de la personalidad: durante la adolescencia y también en la edad adulta la persona sigue formándose en el flujo constante de sus relaciones interpersonales (Sullivan, 1953). Para Sullivan, la individualidad no es objeto de investigación científica. Son las *interacciones* de cada individuo con los demás, terapeutas y estudiosos incluidos, las que pueden ser investigadas (Sullivan, 1953). La individualidad personal no es más que un mito, afirma Sullivan en su notable artículo «The illusion of personal individuality»:

No podrá haber ningún gran progreso en esta área de estudios hasta que no se entienda que su campo de observación reside en la esfera de las acciones recíprocas entre los individuos, y por tanto en lo que se comunican entre sí respecto a sus acciones. Una vez asumido este punto, carece de justificación toda alusión a la personalidad individual, inalterable y única. Por lo que sé, cada ser humano tiene tantas personalidades como relaciones interpersonales (Sullivan, 1950, págs. 220-221).

Sullivan, al igual que Fromm-Reichmann, formula y pone en práctica la idea de que es posible tratar mediante la psicoterapia incluso trastornos graves como la esquizofrenia. Hacia 1925 funda en el Sheppard-Pratt Hospital un centro en el que los pacientes son cuidadosamente tratados paso a paso por enfermeros no profesionales que están bajo su directa supervisión, convencido de que un ambiente humano adecuado es más importante que los cuidados de especialistas para mejorar el pronóstico de los esquizofrénicos. Don Jackson, uno de los fundadores de la terapia familiar, comenzará su propia andadura justamente partiendo del método de terapia propuesto por Sullivan para curar la esquizofrenia. Y no es éste el único camino a través del que el trabajo de Sullivan ejercerá una notable influencia sobre el nacimiento de la terapia familiar. Gracias a Sapir y a su presencia en el inquieto panorama intelectual de Nueva York en la época de entreguerras, Sullivan mantiene diferentes contactos con el grupo de cibernéticos, mientras que con su revista *Psychiatric* contribuye en gran medida a la introducción en psiquiatría de temas relacionales y culturales:

A diferencia de Klein, Sullivan situaba la interacción social en el espacio *entre* las personas. [...] En la teoría de Sullivan el yo era un proceso, o bien un sistema. Además, Sullivan no concebía que lo que denominaba sistema del yo fuera algo que debiera ser reforzado; al contrario, según él, eso obstaculizaba una correcta percepción y un funcionamiento normal. El objetivo prioritario de la psicoterapia, por tanto, no era construir o reparar el yo, sino deconstruir el sistema del yo (Cushman, 1995, pág. 160).

La teoría de Sullivan es indudablemente el punto en que el pensamiento psiquiátrico y psicoanalítico se aproximan más a la terapia familiar. Sin embargo, para derivar en terapia familiar, la concepción interpersonal resulta, por un lado, excesivamente contextual, y por otro, escasamente contextual. Es excesivamente contextual en los aspectos teóricos, por la importancia concedida a la sociedad y al contexto cultural y político en el que se inscribe la «personalidad» (Sullivan tiene posiciones políticas bastante definidas). Y en el plano técnico, en compensación, el culturalismo es *demasiado poco* contextual; aun cuando abre el campo a la relación y a la visión relacional, mantiene en el centro al individuo: las relaciones son importantes porque dan forma a la personalidad individual; el analista, con su perspectiva relacional, puede tener en cuenta el mundo interpersonal de su paciente, pero la relación curativa será siempre la que se establece entre paciente e individuo.

En síntesis, las diferentes teorías del psicoanálisis no son suficientes para desarrollar la terapia familiar. Una terapia dirigida a la familia —a una entidad supraindividual—

como «paciente» necesita una concepción y un lenguaje descriptivo nuevo, que consienta en leer la enfermedad mental en términos de relaciones. La mayor aportación procede en esta ocasión de un campo externo a la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis: de la disciplina que nace precisamente en aquellos años con el nombre de «cibernética».

CIBERNÉTICA: LA METÁFORA COMUNICATIVA[11]

El concepto de sistema surge en la biología y la fisiología en época bastante temprana. Bateson (en Brand, 1976) atribuye las primeras ideas sistémicas a Wallace, contemporáneo de Darwin, y las primeras formulaciones cibernéticas a las ecuaciones con las que Clerk Maxwell había descrito en 1868 cómo funcionaban los reguladores de las máquinas a vapor. En 1879, el fisiólogo Claude Bernard planteó la idea del *milieu interne* del organismo para referirse a las condiciones que se mantienen constantes en todo organismo vivo, independientemente de las variaciones del entorno. Cannon (1932) define la «homeostasis» como el conjunto de procesos que permiten al organismo conservar la estabilidad de su ambiente interno.

En esa misma época, Ludwing von Bertalanffy (1934) concibe su teoría general de sistemas: una teoría general de la organización aplicable en cuanto a sus principios a cualquier tipo de sistema, independientemente de los materiales constitutivos que tenga. Según Bertalanffy, se puede describir formalmente cualquier sistema: el sistema es un todo que se comporta de forma diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse.

Al mismo tiempo, el neurofisiólogo Warren McCulloch (un raro ejemplo de científico interdisciplinar, que comenzó estudiando teología y filosofía, pasando después a la psicología y en consecuencia a la neurología y la psiquiatría) empieza a estudiar la transmisión de los impulsos en el sistema nervioso central. Hacia 1940 trabaja con Walter Pitts, un singular lógico y matemático, junto al que comprueba que el lenguaje utilizado para describir la interacción entre las neuronas, ampliamente investigado, es el lenguaje de la lógica formal y del álgebra booleana. McCulloch y Pitts (1943) elaboran su célebre teoría de las redes nerviosas, en la que demuestran cómo las sencillas conexiones sinápticas de las neuronas bastan para realizar y distinguir funciones lógicas complejas.

El lenguaje formal de McCulloch y Pitts es el que estaban desarrollando también los matemáticos John von Neumann y Norbert Wiener en sus investigaciones sobre el sistema de control automático en las armas y sobre la idea de computación digital, que reciben un formidable impulso gracias al esfuerzo bélico realizado por Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial. Wiener y Von Neumann figuran entre los matemáticos más eminentes de la época, dos genios que en algunos aspectos son antagónicos. De sus opuestas concepciones derivará la naciente cibernética con un carácter dual: ciencia de la autoorganización y al mismo tiempo ciencia del control.

Norbert Wiener es un intelectual atípico, un judío sin patria criado en el ambiente liberal de Nueva Inglaterra, y un materialista interesado en las incertidumbres del mundo. Durante la guerra diseña un sistema de control automático para un arma de defensa

antiaérea en el que empleaba mecanismos de retroalimentación negativa. De aquí derivan sus ideas sobre la teleología en el ser vivo, expuestas en el célebre artículo «Behavior, purpose and teleology» (Rosenblueth y otros, 1943). Liberal desde el punto de vista político, Wiener se convirtió en pacifista tras el lanzamiento de la bomba de Hiroshima, rechazando cualquier implicación con la tecnología militar. Su cibernética es una ciencia abierta al ser vivo, un estudio de la autoorganización, del control en cuanto autocontrol, como se pone de manifiesto incluso en el título de su libro, *The Human Use of Human Beings* (1951).

John von Neumann es un hombre integrado en la sociedad, un hombre acaudalado que ha alcanzado el éxito. Judío al igual que Wiener, aunque asimilado, Janos Neumann nació en Budapest; cuando emigra a Estados Unidos americaniza su nombre convirtiéndolo en John (o Johnny, como es conocido en su círculo íntimo) y allí llegará a ser un consejero muy respetado por las autoridades, tanto militares y políticas como financieras. Formalista convencido que investiga las estructuras lógicas, sostiene que es posible aplicar la lógica formal al ámbito de la vida y de las decisiones (a él se debe la afortunada teoría matemática de los juegos de suma cero; véase Von Neumann y Morgenstern, 1944). Afín al poder, en política se declara conservador; al término de la Segunda Guerra Mundial, figura entre los principales artífices de la bomba de hidrógeno. Su cibernética, la que con los años evolucionará hacia la informática, es una ciencia del control externo e impuesto. Aunque no es el inventor del ordenador, fue él quien formuló la idea de que las válvulas eléctricas, como las neuronas en la teoría de McCulloch y Pitts, también pueden reconocer las funciones booleanas en base 2 y reproducir bien la capacidad de cálculo, bien la lógica humana. El primer computador digital moderno, ENIAC, nace gracias a la implicación activa y directa de Von Neumann.

Pese a las diferencias que separan a Wiener y Von Neumann, ambos matemáticos comparten el interés por las nuevas teorías, además de su confianza en la ciencia y especialmente en el formalismo matemático.

Los orígenes de la cibernética tal como la conocemos se sitúan en una serie de conferencias interdisciplinarias auspiciadas por la Josiah Macy Foundation, institución que dirige McCulloch, a las que se denomina Macy Conference. La idea de combinar los nuevos descubrimientos de las matemáticas, la ingeniería y la fisiología con teorías propias de áreas tradicionalmente consideradas humanistas es formulada principalmente por dos antropólogos y por un economista dedicado a tareas filantrópicas: Gregory Bateson, Margaret Mead y Lawrence Frank.

Intelectual dúctil y proteico, Gregory Bateson es el perfecto descendiente de la *upper middle class* intelectual británica de comienzos de siglo. Hijo de William Bateson, el científico que había acuñado el término «genética» y que lo había introducido en el lenguaje científico, recibió el nombre de Gregory en honor a Gregor Mendel. En su

juventud estudió filosofía, acercándose al empirismo crítico de Bertrand Russell y Alfred North Whitehead. Dotado del espíritu del gran diletante inglés, no logra delimitar su área de interés, en parte porque en sus primeros estudios universitarios estuvo profundamente influenciado por su padre, científico brillante pero autoritario que, tras la muerte de sus dos primeros hijos, se vio obligado a elegir a Gregory como heredero del espíritu científico de la familia.

Bateson comienza su carrera científica con la publicación de un artículo de zoología escrito en colaboración con su padre (Bateson y Bateson, 1925), y la continúa con un viaje a las Galápagos, siguiendo el ejemplo de Darwin. Desilusionado y aburrido de la biología, cuando regresa a su país escoge como profesión la antropología, dedicándose al estudio de las estructuras tribales de los iatmul, asentados junto al río Sepik, en Nueva Guinea. Al describir un ritual iatmul, el *naven* (Bateson, 1936-1958), sale a la luz su primigenia sorpresa ante los métodos explicativos que utiliza la antropología: Bateson comienza a concebir la relación entre la sociedad y el individuo de una forma circular y recíproca, al tiempo que aumenta su interés por el modo como se articulan las diferencias dinámicas entre los grupos dentro de la sociedad. Entretanto, conoce a Margaret Mead, al principio una colega de trabajo y más tarde su esposa.

Acompañado de Margaret Mead, Bateson se traslada a Nueva York, donde deambula por diferentes disciplinas, formando a reputados profesionales que adquirirán gran relevancia en años posteriores. Allí conocerá a algunos de los más fecundos pensadores que trabajan en el campo de la psicología y la psiquiatría, entre ellos Kurt Lewin (que estaba trabajando en la teoría de los campos psicológicos), Harry Sullivan (quien, como ya se ha dicho, es uno de los primeros psiquiatras que integra conceptos sociológicos en sus concepciones clínicas) y Milton Erickson (hipnotizador y terapeuta al que Bateson y Mead consultan para poder explicar el significado del trance ritual en Bali). Al mismo tiempo, Bateson mantiene firmes lazos con el círculo de McCulloch y Wiener.

Margaret Mead emprende un camino paralelo, aunque diferente, al de su marido. Tan perseverante y tenaz como errático e inestable era Bateson, Mead es ya una reputada antropóloga, especialmente por su trabajo sobre las diferencias sexuales en Nueva Guinea, que además ha conseguido hacer accesible al gran público gracias al buen estilo de que hace gala en su libro (Mead, 1934). En esa época entablará contacto asimismo con Frank, militante convencido del movimiento por la salud mental.

Lo que diferencia a Mead y Frank frente a Bateson es el compromiso social. A Bateson no le interesa la sociedad y se muestra contrario a la idea de la influencia que ejerce ésta (quizá también por haber experimentado en carne propia las profundas y severas influencias de su padre); por contra, Mead, pero sobre todo Frank, se implican en la sociedad. En la línea del pragmatismo de James y Dewey, están convencidos de que es posible *mejorar la sociedad interviniendo sobre el individuo*. Aquí la cibernética

de Mead encuentra las ideas pedagógicas del movimiento por la higiene social, de las que Frank ha sido un activo defensor: y aquí se halla quizás uno de los fundamentos de la terapia familiar, una teoría situada a mitad de camino entre el individuo y la sociedad.

Aunque al principio Bateson no mostraba interés alguno por la psiquiatría ni por la psicoterapia, en ese mismo periodo se somete por primera vez a una psicoterapia analítica (con la analista jungiana Elisabeth Hellersberg) para superar una «depresión endógena» (Bateson, en Lipset, 1980, pág. 184). La familiarización con los problemas psicológicos, junto a su formación de antropólogo, le permitirá vislumbrar en la cibernética la posibilidad que sencillamente Wiener y McCulloch no están en condiciones de captar; aun cuando él mismo todavía no se dé cuenta.

El acontecimiento que a todos los efectos puede ser considerado claramente como el prólogo de las Macy Conference, hecho del que lamentablemente no quedan testimonios escritos, tuvo lugar en el New York Institute of Psychoanalysis en 1941. El acto fue organizado por Bateson y Mead, y consistió en la presentación, por parte de Milton Erickson, de uno de sus casos de hipnosis ante un auditorio compuesto por Frank, Freemont-Smith, Warren McCulloch, el psicoanalista Lawrence Kubie y el neurofisiólogo Arturo Rosenblueth.

Poco después de aquel encuentro, Estados Unidos entra en guerra. Bateson sigue manteniendo correspondencia con McCulloch, pero desde Ceilán donde se encontraba cuando estalló el conflicto bélico. Apenas terminada la guerra, retoma el contacto con Freemont-Smith. Entretanto, Norbert Wiener entabla a su vez contacto con McCulloch.

Finalmente, gracias al esfuerzo conjunto de Bateson, McCulloch y Frank, se decide que la Macy Foundation financie una serie de conferencias que girarán en torno al desarrollo de un nuevo lenguaje interdisciplinar que pueda describir fenómenos tan diferentes como la transmisión de información mediante señales eléctricas, la neurofisiología, la posibilidad de diseñar máquinas de cálculo y sistemas artificiales capaces de autorregularse.

La idea era reunir a un grupo de modestas proporciones —no más de veinte investigadores procedentes de distintas áreas— para realizar una serie de exposiciones, coloquios y almuerzos durante dos días consecutivos, de tal modo que fuera posible debatir a fondo sobre las respectivas divergencias y progresar en el desarrollo de las propias ideas siguiendo las mismas líneas de pensamiento (Wiener, 1948, pág. 41).

Así, en 1946 comienzan las verdaderas Macy Conference. Se trataba de encuentros informales en los que participaba una serie de personajes ilustres y curiosos por las novedades: además de Bateson y Mead, McCulloch y Pitts, Rosenblueth y Kubie, Wiener y Von Neumann, asistían el matemático Leonard Savage, el ingeniero electrónico William Bigelow, los psicólogos Molly Harrower, Kurt Lewin y Heinrich Kluever. Otros, como el teórico de sistemas Heinz von Foerster, se unieron poco después, mientras que algunos otros participaban esporádicamente (para la lista completa de participantes, véase

Heims, 1991). La estructura de las conferencias era muy peculiar: se organizaban sólo debates libres, en los que los participantes podían lanzar y retomar ideas siempre nuevas sin la preocupación de ser «comprendidos» o de defender sus propias teorías.

El joven Heinz von Foerster, ingeniero recién llegado al término de la guerra de la destruida Viena, se encargará de llevar las actas de las conferencias, que comienzan a ser transcritas precisamente a partir de 1949. Ese mismo año se adopta oficialmente el término «cibernética» para denominar la nueva disciplina, término propuesto por Wiener (1948) a partir de una palabra griega que significa «timonel».[12]

Un resumen de la primera conferencia, organizada los días 8 y 9 de marzo de 1946 en Nueva York, puede dar una idea mejor de los contenidos que abordaban tales encuentros. En la mañana del día 8 hablan Von Neumann, que describe la estructura básica de los computadores digitales, y el neuroanatomista Rafael Lorente de Nò, que presenta las analogías entre dicha máquina y la transmisión de los impulsos nerviosos, tema sobre el que estaba trabajando. Por la tarde, Wiener habla de máquinas teleológicas y de la retroalimentación negativa, mientras que Rosenblueth se ocupa de los mecanismos homeostáticos y del comportamiento finalístico de los organismos. Durante la segunda jornada, McCulloch y Pitts exponen su propio trabajo sobre la lógica de las redes neuronales; Bateson y Mead tratan el tema de la carencia de principios fundantes científicamente correctos en las ciencias sociales y de la posibilidad de utilizar la retroalimentación negativa y la homeostasis como modelo explicativo de los fenómenos sociales, utilizando como ejemplo las observaciones de Bateson en Nueva Guinea. El filósofo Filmer Northrop especula sobre la posibilidad de obtener una ética de las ciencias naturales; la psicóloga Molly Harrower habla de las diferencias perceptivas entre las personas normales y las personas que han tenido lesiones cerebrales; el analista Kubie habla de neurosis (en concreto, sobre la neurosis obsesivo-compulsiva), mientras el psicólogo de la *Gestalt* Heinrich Kluever expone cómo la mente humana, a través de mecanismos de retroalimentación, ajusta las percepciones para mantener constante no sólo su ambiente interno sino también el ambiente exterior. Según Steve Heims (1991), las teorías expuestas en aquel primer encuentro no sólo dieron forma a todas las conferencias posteriores, sino que también sentaron las bases del problema para las siguientes generaciones de cibernéticos que llegan hasta la actualidad.

Según la definición de Wiener, su creador, la cibernética es «el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina». Posteriormente, Bateson la definió como «la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información» (1979, pág. 299). En síntesis, es el estudio de la autorregulación tal como se da, bien en los sistemas naturales (por ejemplo, la regulación homeostática del cuerpo), bien en los sistemas artificiales (por ejemplo, el termostato que regula la calefacción). Wiener es quien formula el concepto *de feedback* (retroalimentación). Se trata de la característica

que presentan las unidades que forman un sistema cibernético en cuanto que no son meros emisores o centros de una comunicación, sino que dan y reciben siempre un mensaje de respuesta relacionado con el mensaje emitido o recibido. El mensaje, por tanto, regresa siempre al emisor, modificándolo. Se puede distinguir una retroalimentación positiva (cuyo objetivo es hacer que el sistema continúe en la dirección del movimiento precedente, aumentando su inestabilidad) de una negativa (en la que el mensaje sobre el éxito del funcionamiento precedente es usado para ajustar el mecanismo que regula el funcionamiento futuro, llevando el sistema hacia la estabilidad).

Para comprender el juego circular de información que se establece basta con sustituir la noción de causalidad lineal (una causa determina un efecto) por la de *causalidad circular*: una parte del sistema causa una modificación en otra parte del mismo, que a su vez reacciona modificando la primera y así sucesivamente. El concepto de retroalimentación permite idear y diseñar mecanismos orientados a un fin sin necesidad de tener en cuenta la teleología: los sistemas de control automático del tiro concebidos por Wiener parecen autocorregirse ante un objetivo determinado, pero en realidad responden simplemente al esquema del propio proyecto. La retroalimentación y la recursividad, análogamente, pueden ser usadas para plantear explicaciones del comportamiento humano que desbordan el estrecho marco del enfoque comportamental, todavía imperante en la psicología académica, sin caer tampoco en la introspección defendida por James.

Bajo la influencia dominante de los antropólogos Bateson y Mead, es casi inevitable que el punto focal de la línea «humanista» de las conferencias sean no los individuos sino los sistemas sociales, de los que forman parte los individuos. Bateson, por ejemplo, emplea la cibernética para exponer los fenómenos que había observado en los iatmul de Nueva Guinea, pero no sabía explicar cómo aquellos fenómenos potencialmente disgregadores para la sociedad no llegaron a destruirla. La retroalimentación negativa, con su capacidad de reducir a cero las desviaciones, proporciona finalmente una descripción formal de los procesos que reducen los efectos amplificadores de la retroalimentación positiva.

Las Macy Conference crean, por tanto, los fundamentos de una ciencia interdisciplinar de la comunicación y la información. El lenguaje cibernético se caracteriza por su elevado grado de abstracción y formalización, objetivo perseguido y planteado por sus fundadores. Un lenguaje más concreto haría difícil transferir las descripciones de una categoría de sistemas a otra. Tal carácter abstracto, sin embargo, obstaculiza la asimilación de la teoría por parte de los profesionales clínicos, quienes en su mayoría, al menos al principio, se sienten ajenos al espíritu de la cibernética, caracterizada como disciplina científica, antihumanista, intelectual, lógica, ahistórica (en cuanto que se proyecta hacia el futuro y la renovación, en vez de hacia la comprensión del pasado), y al

mismo tiempo abierta a la novedad y a la diversidad, siempre presta a dar la vuelta a los puntos de vista.

Gracias a la cibernética es posible liberarse del influyente legado de las teorías freudianas para centrarse esencialmente en la información y la retroalimentación. El formalismo de la teoría cibernética permite a la institución clínica considerar que el comportamiento de los miembros de la familia depende de cómo se articula la relación con los demás, de forma que los terapeutas conceden más atención al ambiente donde se halla el individuo que a este mismo, y tratan de indagar el significado de las acciones en el contexto que le rodea: así se pasa de lo *intrapsíquico* a lo *relacional*. En definitiva, pierde importancia la pregunta por el *por qué* de los acontecimientos (búsqueda de causas en el pasado) respecto al *cómo* suceden (búsqueda de modelos de comunicación en el presente).

La cibernética que Bateson introducirá en la terapia familiar será la de Wiener, si bien privada del formalismo matemático e interpretada en clave antropológica. Precisamente a través de Wiener, que había colaborado con Bertrand Russell en 1913, Bateson profundiza en las paradojas del filósofo inglés. Bateson comparte con Wiener su visión holística e interdisciplinar: todo está conectado con todo y, por tanto, los límites usuales entre las disciplinas deben ser superados. Más allá de las diferencias en los campos de estudio (matemática e ingeniería, estudio de los animales, de la máquina y del hombre), lo que cuenta son los modelos, las formas, que son abstractas y por tanto transferibles de un dominio a otro.

Sin embargo, en la cibernética de la terapia familiar influirán también las ideas de Von Neumann (por ejemplo, su teoría de juegos). Irán tomando cuerpo poco a poco, en parte porque se adaptan mejor al modo de pensar de los terapeutas, en parte por el apoyo práctico que supone la aparición del ordenador, que inevitablemente hará prevalecer el modo de pensar de sus creadores. Las ideas de Jay Haley sobre la familia en cuanto entidad de poder y sobre la terapia como estrategia experimentarán una evolución similar.

Aun cuando aceptan las ideas cibernéticas, los terapeutas familiares tienen dificultades en comprender el verdadero sentido de la interdisciplinariedad que caracteriza a las Macy Conference. De ahí que empleen la cibernética, con todos sus correlatos matemáticos y de ingeniería, como una metáfora. Por tanto, en la cibernética se originará una de las dificultades expresivas de la terapia familiar: la tendencia a utilizar metáforas extraídas de otras disciplinas. Desconfiando de la psicología, que se enfrenta a la psiquiatría, y manteniendo a menudo relaciones difíciles con el psicoanálisis, la terapia familiar tendrá siempre la necesidad de un punto de apoyo colocado *fuera* de ella; y es frecuente que los terapeutas familiares confundan la interdisciplinariedad de los primeros cibernéticos con la asunción parcial de teorías distantes e irreducibles a la realidad familiar. Paulatinamente, la terapia familiar se irá basando más en metáforas extraídas de

la ciencia de la información, de las matemáticas, de la crítica literaria. Y así, paradójicamente, la terapia familiar se funda sobre la base de cualquier teoría salvo la propia teoría de la familia.

LA TERAPIA FAMILIAR Y LA SOCIEDAD ESTADOUNIDENSE

Si recapitulamos las observaciones de las páginas anteriores, es relativamente fácil sintetizar las condiciones que hacen posible que la terapia familiar se origine en Estados Unidos alrededor de los años cincuenta y que explican por qué nace justamente en esa época y no veinte años antes. Sin embargo, tales condiciones no explican por qué nace en Estados Unidos y no en otro lugar. En el fondo, la psiquiatría inglesa ha desarrollado, en esos años, una psiquiatría de la comunidad, de la comunidad terapéutica, y de teorías y terapias de grupo por lo que se refiere a la psiquiatría norteamericana. El movimiento psicoanalítico inglés es fuerte y no faltan los valientes analistas capaces de desafiar las convenciones: Bowlby experimenta con sesiones familiares antes que cualquier otro analista estadounidense. Pero la terapia familiar surge (como disciplina independiente) en el Reino Unido muchos años después que en Estados Unidos, donde los terapeutas ya se han convertido en una profesión reconocida. Evidentemente, debe de haber sucedido algo que hizo posible que en Estados Unidos se diera un ambiente ideal para el desarrollo de la terapia familiar.[\[13\]](#)

Probemos a seguir otro tipo de razonamiento: ¿a qué familias se aplica originalmente la terapia familiar? No a todas. Si se leen las obras de los primeros autores es evidente que sólo se toman en consideración (al menos hasta los trabajos de Minuchin en la década de 1960) típicas familias nucleares, que son reconocidas en todo el mundo como el estereotipo norteamericano de las películas y telefilmes populares: es la familia tópica. La época que abordamos aquí es aquella en la que la familia estadounidense media asume una forma que se transforma después en símbolo y en arquetipo de lo que debe ser la familia, la familia «normal». Se puede entonces conjeturar que el nacimiento de la terapia familiar y el tipo de familia sobre la que inicialmente actúa están estrechamente ligadas. Se podría considerar la terapia familiar como el intento, por parte de una sociedad inquieta (véase el profundo análisis de Coontz, 1992), de protegerse frente a la disgregación, buscando perpetuar el modo de convivencia supuestamente ideal, pero ya no a través de la sanción social sino mediante la curación. Y así, la curación en primer lugar de las familias de los esquizofrénicos para dar sentido a esas vidas familiares podría ser una suerte de cura simbólica para todo el cuerpo social.

En los años siguientes, los terapeutas de la familia negarán tajantemente la distinción entre «normalidad» y «patología», pero esto no significa que la terapia familiar, en el momento de su nacimiento, presentara todos los caracteres de una mínima ingeniería social —un modo de reconducir la familia a una pretendida normalidad—. Tampoco la cibernética es ajena a esta tendencia normalizadora. Los fundadores de la cibernética se definen unánimemente como «científicos»: la mayor parte de ellos, independientemente de su campo de investigación, se muestra optimista en cuanto a la posibilidad de

desarrollar la tecnología para mejorar al mismo tiempo la sociedad (con la excepción de Bateson, más escéptico a este respecto). Pero tal progreso no puede proceder del ámbito político: en Estados Unidos la política está sometida a la amenaza del radicalismo y el filocomunismo, y, por otro lado, no es ni ha sido nunca, como hemos visto, la respuesta a los problemas sociales.

Se llega por tanto a pensar en mejorar la sociedad mejorando el ámbito microsocioal. Éste es quizás el motivo fundamental de la aparición, a partir del pensamiento cibernético, de la terapia familiar: un modo de operar sobre los problemas que hasta ese momento habían sido vistos exclusivamente en su dimensión política (impracticable por la guerra fría) o bien estrechamente individual (poco coherente con la característica comunicativa de la cibernética).

Existe otro factor importante que favorece a Estados Unidos como patria de la terapia familiar y reside justamente en su modo de vida, en comparación con los del resto del mundo, sobre todo de Europa. Estados Unidos no sólo simboliza al Occidente victorioso que ha derrotado al ejército de Hitler, sino que además es el país que más hospitalario ha sido con los grandes pensadores expulsados de la Europa continental, sometida por el nazismo. La enorme prosperidad (derivada también de la guerra, que tanto ha hecho por la industria estadounidense), junto a la riqueza de posibilidades que ofrece una economía fuerte, atrae más tarde a los hombres de talento que hasta entonces permanecían aún en Europa.

Es en Estados Unidos donde surge una nueva característica de la vida cotidiana: la continua presencia de diversas tecnologías que, como bien ha notado McLuhan (1964), modifican definitivamente nuestra percepción de la vida, y que Kenneth Gergen (1991) definirá como *tecnologías de la saturación social*. En Estados Unidos es fácil comunicarse con quien se desee, mientras que en Europa, aún en ruinas, persisten las dificultades. Se puede viajar, trasladarse a cualquier lugar, reunirse con otros y mantener contactos personales, mientras que en el resto del mundo los contactos a distancia dependen todavía de medios menos inmediatos como las cartas.

Los experimentos de los primeros terapeutas de la familia, en vez de quedar confinados en sus propias instituciones o en el área limítrofe, como sucedía al fin y al cabo con las investigaciones de Bowlby, pueden ser comunicados, bien a todo el gremio, bien a los colegas interesados en ensayar los mismos métodos.

Los fundadores de la terapia familiar atribuirán, en sus escritos autobiográficos, una gran importancia a los congresos, a los seminarios y a los encuentros informales con otros terapeutas, los cuales les permiten debatir acerca de sus métodos y técnicas. Los terapeutas que no logran entrar en ese circuito quedarán aislados y sin posibilidad de influir en su área de investigación.

Además de los avances tecnológicos aplicados a la comunicación directa, están

también los de la reproducción: el uso de grabadoras, vídeos y espejos unidireccionales, entre otros, singulariza a la terapia familiar frente a la terapia tradicional. En vez de ser un arte que se aprende paulatinamente, escuchando y leyendo, la terapia familiar se puede aprender con rapidez usando sobre todo las demostraciones directas y los vídeos. Estos medios, no obstante, configurarán a su vez la disciplina, caracterizada por el avance tecnológico, con cambios rápidos e impredecibles y escasa tendencia a la conservación. Esto convierte a la terapia familiar en un área abierta a lo nuevo, dispuesta a incorporar la novedad a toda costa, incluso en menoscabo de la memoria histórica o con el riesgo de «redescubrir» muchas veces ideas ya viejas.

Para concluir, podríamos dar una idea del clima cultural estadounidense que no sólo ha dado lugar a la terapia familiar sino que también la ha configurado en cuanto disciplina resumiendo algunas características derivadas (parcialmente al menos) de las influencias mencionadas en este capítulo.

La terapia familiar adquiere su *optimismo* característico del movimiento Child Guidance, así como de la Christian Science, y por supuesto de la propia idiosincrasia norteamericana. Del psicoanálisis neofreudiano incorpora la atención al *contexto* y la visión «cómica», según la cual todas las dificultades son en cierto modo superables. Del movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, la idea de la terapia *ambiental*. De la cibernética, la *visión sistémica*, pero también la tendencia a recurrir a metáforas tomadas de otras disciplinas. Del clima social norteamericano, su carácter *apolítico* y la imposibilidad de transformarlo en crítica social. De las tecnologías existentes, la tendencia a la rapidísima difusión de lo *nuevo* y al *cambio* veloz e inesperado. Son características que, como veremos, la terapia de la familia conservará siempre en sus fundamentos, aun cuando en apariencia evolucione de manera totalmente novedosa.

2. 1950-1960: INVESTIGACIONES

CONTEXTO

Es una década de conflictos y enfrentamientos políticos y sociales. Las áreas de influencia de Estados Unidos y la Unión Soviética están más delimitadas y son excluyentes, puesto que cada Estado soberano se ve obligado a optar por una de las dos potencias. El mundo se divide en dos. Si en toda Europa comunistas y socialistas se enfrentan acerbamente a la derecha, en Estados Unidos el anticomunismo deviene en necesidad y la comisión del senador Joseph McCarthy comienza su trabajo. Así, durante la década de 1950, Estados Unidos presenta curiosamente dos frentes: por un lado, intelectuales y marginados se rebelan frente al desinterés de las masas; por otro, la vida del ciudadano medio goza de una prosperidad hasta entonces desconocida, auspiciada por las grandes conquistas «científicas». El conformismo marca la vida de la *american middle class* de la era de Eisenhower; sin embargo, la «ciencia» es cada vez más apreciada y venerada.

«Ciencia» es en ese periodo sinónimo de tecnología, es decir, la posibilidad de diseñar continuamente nuevas aplicaciones que pronto son introducidas en todos los hogares y que por tanto pueden ser compradas y vendidas. La ciencia se transforma en el vehículo principal de la nueva ideología del consumo, alimentada también por una serie de nuevas normas sociales. En esta década Estados Unidos experimenta una transformación radical: el país que medio siglo antes era rural ahora es un país que produce y consume sin descanso, en una espiral imparable. A tal proceso contribuye en gran medida la Unión Soviética. El ingente gasto en armamento, impulsado por el clima de la guerra fría y la rivalidad nuclear, es una de las principales causas estructurales de la expansión económica, como había ya sucedido en el periodo bélico y posbélico.

En la década de 1950 la idea de intimidad doméstica alcanza su punto álgido, idea que había surgido al comienzo de la época victoriana y que había suplantado a otras formas de vida familiar más abiertas hacia el exterior (Perrot, 1986). El gobierno favorece especialmente a las familias de los ex combatientes y a los jóvenes en general, concediéndoles préstamos para adquisición de vivienda a interés muy bajo y numerosas oportunidades para cursar estudios profesionales y carreras universitarias, aunque reservadas casi exclusivamente a los hombres; las mujeres, que habían entrado masivamente en el mercado de trabajo durante la guerra, fueron despedidas enseguida: ésta es la única década del siglo en la que la ocupación femenina decrece en términos absolutos.

La década de 1950 fue un periodo especialmente favorable para la familia. Las tasas de divorcios y de hijos ilegítimos eran la mitad de las actuales (1992), el matrimonio contaba con aprobación unánime, la familia era considerada como la institución fundamental de la sociedad y el enorme aumento de la tasa de nacimientos en todas las clases sociales y grupos étnicos convirtió a Estados Unidos en una sociedad «de centralidad infantil». La tasa de nacimientos asciende de un mínimo del 18,4 por 1.000 durante la depresión a un máximo

de 25,3 por 1.000 en 1957 (Coontz, 1992, pág. 24).

También los valores de las familias que vivían en la década de 1950 eran nuevos. El énfasis en la creación de un mundo pleno de satisfacciones, diversión e imaginación en el seno de la familia nuclear no tenía precedentes (*ibid.*, pág. 27).

La familia estadounidense de clase media se aísla en los famosos barrios residenciales y adquiere las características que en años posteriores serán míticas: una familia cerrada, íntima, basada en la relación estrecha entre padres e hijos, aislada de las familias extensas así como del resto de la sociedad, y fundada además sobre una rígida división del trabajo entre el padre trabajador y la madre dedicada a la crianza de los hijos, que adoptan una posición totalmente pasiva.

Entretanto, la terapia familiar sigue siendo desconocida en Europa y en el resto del mundo; habrá que esperar aún algunos años.

Psicología y psiquiatría

El clima que impera en la psiquiatría de Estados Unidos es análogo al de la década anterior y esto hace posible, de forma aún más viva y optimista, el aumento de la psiquiatría de comunidades y la introducción de los primeros neurolépticos. En 1954 aparece la clorpromazina, el primer neuroléptico, y un año más tarde se aplica por vez primera. El resultado fue sorprendente: los «síntomas de agitación» desaparecían, pacientes hasta entonces inalcanzables eran ahora permeables a las terapias. Kenneth Appel, presidente de la American Psychiatric Association (APA), afirmaba en 1954:

La APA está promoviendo la psiquiatría extramuros con el fin de prevenir los ingresos en los hospitales generales, las clínicas para pacientes no hospitalizados, el uso de la terapia de grupo, los ambulatorios, los programas de trabajo, las organizaciones para atender a las familias, los centros de servicios para el cuidado y tratamiento de ancianos (en Collier, 1994, pág. 999).

Pero el gran auge de la psiquiatría de comunidades no se producirá en Estados Unidos sino en Europa, especialmente en Gran Bretaña y en los países escandinavos, con efectos inmediatos tanto en la vida cotidiana como en las orientaciones de las investigaciones. Uno de los proyectos de investigación que desarrolla la psiquiatría social inglesa tendrá efectos tardíos pero poderosos sobre la terapia familiar. Es el del antropólogo George Brown, que inicia un estudio con antiguos pacientes de hospitales psiquiátricos que se reintegraron a la vida normal (Brown, 1959). Brown creía que los antiguos pacientes lograrían vivir en comunidad en función del «apoyo social» que obtuvieran. Pero la realidad desmiente su hipótesis, ya que los pacientes que regresaban con sus familias eran los que *más fácilmente* recaían y volvían a ser internados. Tras una

serie de investigaciones, Brown formula el concepto de «emotividad expresa», que más tarde será adoptado por los terapeutas familiares.

Los cambios en las concepciones psiquiátricas y psicológicas incrementarán el interés terapéutico por la esquizofrenia. Sechehaye (1955) sugiere que es posible entrar en el mundo delirante de los pacientes psicóticos pero con drásticas modificaciones en el procedimiento terapéutico. En Estados Unidos, John Rosen propone algo similar con su «análisis directo». Los terapeutas más importantes, sin embargo, serán Harry Sullivan y Frieda Fromm-Reichmann, que defienden en cambio una terapia en la que se conduce a los pacientes a enfrentarse con la realidad, sobre todo en términos de la relación interpersonal con los demás.

La psicoterapia sigue enriqueciéndose con nuevas tendencias. Carl Rogers (1951) da forma definitiva a su terapia centrada en el cliente; Fromm-Reichmann y los restantes analistas interpersonales favorecen un psicoanálisis menos interpretativo; el psicodrama y la psicoterapia de grupo ganan terreno (Reisman, 1991); justo cuando comienza a perder importancia en el ámbito investigador y académico el enfoque comportamental obtiene sus primeros resultados terapéuticos con el trabajo de John Wolpe (1958) sobre la desensibilización. Aun cuando los éxitos de la farmacología y las dudas de Eysenck (1952) siembran algunas dudas, la psicoterapia sigue siendo un movimiento en auge.

Dentro de este crecimiento desordenado de la psicoterapia, el modelo psicoanalítico tiene carácter unificador. Los conceptos psicoanalíticos orientan también a la psiquiatría, aun cuando resulten extraños, o casi, a la psicología académica, ya que la psicoterapia (por no decir el psicoanálisis) sigue siendo un ámbito exclusivamente médico. De ahí que casi todos los fundadores de la terapia familiar tengan formación médica y psiquiátrica: entre los terapeutas familiares de renombre en aquellos primeros años sólo James Framo era psicólogo y Virginia Satir asistente social.

El contexto era, por tanto, el más apto para el surgimiento y desarrollo de una terapia anticonvencional. Todas las terapias de la familia que derivan de este contexto comparten algunas características básicas:

- En primer lugar, no son terapias «revolucionarias» ni expresión de una crítica social, pero se originan en la psiquiatría y en la psiquiatría infantil institucional.
- En segundo lugar, por lo general se trata de terapias eminentemente «científicas», que emplean un lenguaje de investigación y ofrecen resultados derivados de la investigación.
- Por último, todos los fundadores se caracterizan por su actitud heroica y mesiánica. Convencidos de haber descubierto la «verdadera» causa y las «verdaderas» dinámicas de muchos fenómenos patológicos, animados por la novedad de sus propios descubrimientos, presentan frecuentemente una confianza excesiva e

innumerables promesas que serán la base de futuras desilusiones.

Probablemente por este motivo, sobre todo por haber descubierto la causa de las patologías en la familia, los primeros terapeutas familiares muestran una actitud combativa hacia la familia, sutilmente hostil. La premisa común de todos ellos es que los pacientes deben ser salvados, rescatados, individuados, emancipados de las familias, o bien de sus familiares. Se siembran así las raíces de un conflicto destinado a salir a flote muy pronto, con resultados que no serán en absoluto positivos.

Otras profesiones

¿Cuál es la relación, en este clima, entre la naciente terapia familiar y las profesiones que ya se ocupaban de las familias y de la convivencia familiar? Ante tal interrogante caben dos tipos de respuestas, profundamente distintas. Por un lado, están quienes han escrito la historia de la terapia familiar partiendo de una perspectiva teórica, como es el caso de Jay Haley (1971b):

En la década de 1950 se impone la orientación social, [...] la teoría cibernética de los sistemas se introdujo en diversas áreas de las ciencias sociales, derivando en una creciente atención al contexto en que está inserta la persona y por sus relaciones con los demás (Haley, 1971b, pág. 340).

La terapia de la familia surge en el momento en que las ideas científicas abren una brecha en las teorías psiquiátricas y psicoterapéuticas, las cuales eran hasta entonces predominantemente individualistas, permitiendo, de esta manera, la creación de una terapia profundamente innovadora.

Muy distinta es la posición de los historiadores de la *profesión* de terapeuta familiar, que reconocen a ésta orígenes variados y bastante más remotos. Por ejemplo, para Broderick y Schrader (1991) los orígenes de la intervención sobre la familia se hallan en la asistencia social estadounidense de finales del siglo XIX. Según ellos, la terapia familiar y la de pareja en su versión completa derivan de la confluencia de cuatro movimientos distintos: la consultoría matrimonial, la terapia sexual, la terapia de pareja y, por último, la terapia familiar como tal. Cuando surge esta última, sin embargo, no se produce una fusión de disciplinas de cara a construir un nuevo campo. La terapia familiar nace originalmente de la psiquiatría y de la necesidad de dar una respuesta a problemas que, por su naturaleza, no logran encontrar solución en una óptica puramente individual: por ejemplo, el tratamiento de la esquizofrenia, enfermedad que precisamente había resultado casi impermeable a los métodos psicoanalíticos.

Para afrontar los problemas intratables, estos investigadores y profesionales clínicos

se basan en una serie de invenciones y descubrimientos en gran medida extraclínicos y crean un modelo totalmente nuevo. Tal modelo requiere ciertamente un cambio de *paradigma* en el sentido apuntado por Thomas Kuhn (1962). Este nuevo paradigma ha sido propuesto como clave de lectura para *todos* los problemas psiquiátricos y, según la mayoría de los autores, también los no psiquiátricos. Dicho cambio de paradigma se basa en la idea de que todos los problemas son de relación interindividual, y no podrán ser comprendidos si consideramos solamente al individuo; por tanto, es necesario cambiar profundamente el modo de ver los problemas.

Las nuevas terapias de la familia son radicalmente distintas de las viejas consultorías, que en cambio eran concebidas como *técnicas* ligadas a tratamientos aplicados a determinados *problemas familiares o de la pareja*, dejando a otros especialistas el tratamiento de los problemas individuales. Ningún consultor de pareja habría pensado jamás en ocuparse de la esquizofrenia, porque en aquella época se consideraba una patología individual que concernía solamente a la psiquiatría. En el momento en que surgen las terapias familiares (que podríamos definir por comodidad como «terapias familiares sistémicas» en su conjunto, aunque si bien es cierto que sólo algunas de ellas se referían expresamente a la cibernética o a la teoría de sistemas, todas ellas establecían como única unidad de análisis propia el «sistema familiar» y no el individuo), el asunto ya no es de naturaleza técnica: en tales terapias, las técnicas están al servicio de una concepción de las relaciones y de los problemas cualitativamente diferentes.

Paulatinamente, la consultoría y la asistencia social se van asociando a la terapia de pareja, y por tanto confluyen en la terapia familiar. La terapia familiar en cuanto *profesión* se deriva así de la confluencia del paradigma de los sistemas familiares con las distintas profesiones preexistentes y colaterales, de tal forma que el paradigma de partida en cierto modo se ha diluido.

En la historia de esta compleja articulación de profesiones nos limitaremos a la terapia familiar que se origina a finales de los años cuarenta por la discontinuidad de paradigmas, si bien trataremos de reflejar su continuidad respecto a otros modelos.

Modelos

A lo largo de la década de 1940, una década llena de investigaciones sobre la familia, de intentos más o menos improvisados por parte de investigadores y clínicos de trabajar con las familias de los pacientes, surgen las que durante mucho tiempo serán consideradas orientaciones principales de la terapia familiar. Como es habitual, abundan las ausencias, los creadores que, aun cuando sus terapias tenían, en teoría, la posibilidad de ser aceptadas, por distintos motivos quedan aislados y no hacen escuela. Así, en esta

década se realiza un proceso de selección que, más que a Darwin, recuerda a la selección bastante casual que sostienen las teorías de Stephen Jay Gould (1989).

En el proceso se aprecian algunas líneas generales:

- Los terapeutas que trabajan en la Child Guidance Clinic se orientan hacia la terapia familiar a partir de la psiquiatría infantil (Nathan Ackerman y Salvador Minuchin).
- Gran parte de las terapias intergeneracionales proceden del ámbito de la investigación sobre la esquizofrenia: Murray Bowen es ante todo un analista que trabaja con familias de esquizofrénicos, e igualmente Helm Stierlin, así como Ivan Boszormenyi-Nagy y su primer grupo de Filadelfia, o Carl Whitaker y sus colaboradores de Atlanta.
- De las investigaciones sobre la esquizofrenia que forman parte del proyecto dirigido por Gregory Bateson nace, gracias sobre todo al trabajo de Don Jackson, la primera «terapia familiar conjunta», sistémica y que busca aplicar a la terapia los conceptos del doble vínculo.

Además, gracias a Milton Erickson, entra en la terapia familiar la idea de estrategia terapéutica. No obstante, los primeros terapeutas familiares no tienen una actitud uniforme frente a la práctica terapéutica: algunos siguen muy ligados a las teorías psicoanalíticas, mientras otros se alejan de ellas más o menos espontáneamente. Los nuevos modelos no son aceptados por los psicoanalistas ortodoxos, e incluso suelen ser estigmatizados con evidente hostilidad, aun cuando algunos de ellos han evolucionado a partir de tendencias presentes en muchas corrientes del psicoanálisis.

Bowen se enfrentará a la comunidad psicoanalítica hasta el punto de que su teoría intergeneracional terminará adquiriendo un carácter muy distinto de las teorías psicoanalistas análogas. Nagy, por su parte, se limita a la teoría de las relaciones objetales, al menos en esta primera fase de su trabajo, al igual que Stierlin; y Whitaker, que incluso es amenazado por algunos colegas que rechazan sus métodos poco ortodoxos, crea su «no método» terapéutico.

MITOS DEL ORIGEN

Cada profesión tiene sus mitos sobre el origen, y la terapia familiar no es la excepción. El primero de ellos se refiere a John Bowlby y a su famoso artículo sobre las familias publicado en 1949. No existen pruebas de que los profesionales clínicos que trabajaban en Estados Unidos con familias se basaran en él. No obstante, dicho artículo ejerce una cierta influencia, aunque quizás un tanto tangencial y casual.

En agosto de 1951 el doctor John Bell, profesor de psicología en la Clark University de Worcester, pasa sus vacaciones en casa del doctor Jock Sutherland, director médico de la famosa Tavistock Clinic de Londres. Una tarde, mientras la señora Sutherland y la señora Bell preparaban el té y sus hijos jugaban en la habitación contigua, el médico inglés comenzó a hablar a su colega de la nueva línea de estudios que se ensayaba en su instituto.

«Quería hablarte del trabajo de uno de nuestros psiquiatras [Bowlby] —dijo el doctor Sutherland—. Ha comenzado a tratar en una misma sesión a toda la familia del paciente.» En ese momento entraron las dos mujeres con el té y la conversación derivó en otro tema. Pero unos días más tarde, mientras viajaba de regreso a Estados Unidos, Bell recordó la idea de «ver a toda la familia del paciente».

«Mucho tiempo después —declaró Bell hace unos meses—, supe que había malinterpretado las palabras de Sutherland. Jock hablaba en realidad de tratar a los miembros de la familia uno por uno, con algunos encuentros ocasionales con toda la familia. Pero yo entendí que su colega reunía a toda la familia en una sola sesión. Aquella idea me sorprendió; al fin y al cabo, que yo supiera, nadie había hecho algo similar, y ciertamente era una excelente idea. Así pues, decidí probarla yo mismo» (Silverman y Silverman, 1962, citado en Gurman y Kniskern, 1991, pág. 24).

En la primera terapia familiar realizada con el nuevo método, Bell obtiene resultados notables. Descubre que los problemas de comportamiento del paciente adquieren sentido si se insertan en la historia de su familia: el paciente es un hijo adoptado con una madre hostil y un padre que, en vez de enfrentar los problemas de la familia, se escuda en la bebida. Bell obtiene resultados tan extraordinarios con sus terapias que decidió presentarlos en un congreso celebrado el año 1953 y que publicó en 1961 con el título *Family Group Therapy*. Su método de tratamiento, que debe mucho a las técnicas de las terapias de grupo, consta de varias etapas: en primer lugar, se trata de hacer que los hijos hablen ante los padres, y después que lo hagan éstos ante sus hijos; en definitiva, hay que hacer trabajar directamente, con el apoyo del terapeuta, a la familia en su conjunto. Su trabajo, desarrollado en orgulloso aislamiento, no tiene sin embargo repercusión alguna en la práctica de sus colegas. John Elderkin Bell seguirá marginado hasta 1967, cuando es nombrado director del Mental Research Institute de Palo Alto tras el repentino fallecimiento de Don Jackson. Llegados a este punto, la terapia familiar habrá ya tomado forma sin haber sido apenas influenciada por su trabajo.

Si Bell procede de la psiquiatría infantil, su contemporáneo Christian Midelfort trabaja en un pequeño hospital psiquiátrico de Wisconsin. Se trata de un hospital situado en una comunidad rural marcada por la impronta de los valores del protestantismo tradicional. Precisamente Midelfort refuerza el sentido de pertenencia a la comunidad de

sus pacientes psiquiátricos pidiendo a los familiares que apoyen al equipo médico del hospital en los diversas contingencias cotidianas, además de tomar parte en las entrevistas conjuntas con los pacientes (Midelfort, 1957).

Está documentado que el trabajo de Midelfort es anterior incluso al del propio Bell: así se constata en una ponencia del Congreso de la American Psychiatric Association de 1952, y en el libro *The Family in Psychotherapy*, publicado en 1957. Pero en una época en que la psicoterapia deseaba ser considerada como ciencia, la terapia «moral» que defiende Midelfort resulta anacrónica. Nadie le presta atención; y sin embargo, no deja de ser curioso considerar que su teoría habría sido fácilmente aceptada y compartida cuarenta años más tarde.

Distinto es el caso de Charles Fulweiler, cuyo método influye profundamente (pero una vez más, indirectamente) en la evolución de las terapias sistémicas:

Al poco tiempo de comenzar a trabajar con familias, oí hablar de Fulweiler, que trabajaba en el departamento de psiquiatría juvenil de Berkeley. Cuando fui a verle descubrí que tenía un espejo unidireccional [...]. A partir de 1953 Fulweiler había comenzado a tratar a las familias valiéndose de la técnica del espejo unidireccional. Permanecía en el exterior de la sala observándolas, luego entraba, hacía un comentario y salía de nuevo. Cuando me reuní con él en 1957, su método ya se había generalizado. Fulweiler ha sido quizás el primer auténtico terapeuta de la familia (Haley, en Simon, 1992, pág. 9).

Fulweiler deja a los miembros de la familia solos en la sala de terapia, con el encargo de hablar de los problemas que les han llevado hasta allí, y luego se retira a observarles detrás del espejo. Su posterior regreso a la sala de terapia y sus breves comentarios a los miembros de la familia tenían el objetivo de cambiar el patrón de comunicación intrafamiliar, que generalmente se manifiesta bajo la forma de ataques hacia el paciente. Las pausadas intervenciones del terapeuta constituyen una modalidad de trabajo tan eficaz que incluso Haley la ensalza dedicándole un capítulo en su libro *Techniques of Family Therapy* (Haley y Hoffman, 1967).

A Fulweiler, Bell y Midelfort les une un destino común: comienzan a trabajar al mismo tiempo, o incluso antes, que los supuestos fundadores de la terapia familiar, dejando entrever vías que otros recorrerán con gran fortuna, pero entretanto quedarán aislados y por tanto marginados.

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapias psicoanalíticas

Nathan Ackerman[1]

Nathan Ackerman ocupa una posición clave en la primera década de la terapia familiar. No era un investigador heterodoxo, sino un analista influyente y respetado en el cerrado mundo del psicoanálisis de Nueva York. Gracias a él, el reconocimiento y aceptación de los nuevos modelos terapéuticos ha sido mucho más fácil.

Nacido en Besarabia, región del sur de Rusia, en el año 1908, emigra cuatro años más tarde, junto a su familia, de religión judía, a Estados Unidos para sustraerse a la creciente hostilidad antisemita. Psiquiatra y psicoanalista, recibe la formación psiquiátrica dominante en las décadas de 1920 y 1930. Su orientación cambiará cuando, una vez concluido su periodo como médico interno, le asignan un proyecto de estudio psiquiátrico sobre las familias de los mineros desocupados en el periodo de la gran crisis de 1929. Durante su investigación encuentra familias destruidas en las que la falta de trabajo no sólo genera depresión y desaliento, sino que debilita las normas y las bases de la convivencia. Ackerman verifica por sí mismo cómo la situación de la familia y sus relaciones con el ambiente social y económico influyen profundamente en los individuos, con efectos incalculables sobre su salud mental. Su interés por la familia también se pondrá de manifiesto cuando entra a formar parte de la Southard School, un instituto para niños que padecen trastornos asociado a la Menninger Clinic de Topeka. En 1937 es nombrado médico jefe de la Child Guidance Clinic local. Valiéndose de sus observaciones sobre la familia, escribe ese mismo año, para una pequeña revista local, el primer artículo que trata a la familia como unidad, al que seguirá, un año más tarde, «The unity of the family» (Ackerman, 1938), donde retoma el tema pero ya para una revista nacional.

Inicialmente, Ackerman adopta la práctica generalizada en la ortopsiquiatría: un psiquiatra trata al niño problemático, mientras que un asistente social se ocupa de la madre. Pero con el tiempo comienza a considerar a la familia como la verdadera unidad sobre la que deben incidir el diagnóstico y la terapia; además, envía a su equipo médico a casa de los pacientes para que estudien a las familias (Guerin, 1976). A principios de la década de 1950 publica el artículo «Family diagnosis: an approach to the pre-school child» (Ackerman y Sobel, 1950), uno de los documentos fundadores de la terapia familiar.

En 1955, en un congreso de la American Orthopsychiatric Association, organiza la primera mesa redonda dedicada al tema del «diagnóstico familiar». En 1957 funda la Family Mental Health Clinic gracias al apoyo de los Jewish Family Services de Nueva

York, y en 1958 publica un libro fundamental sobre el diagnóstico y el tratamiento de las relaciones familiares, *The Psychodynamics of Family Life*. Al mismo tiempo ayuda al joven Salvador Minuchin y supervisa su trabajo durante los primeros años, influyendo decisivamente en su estilo de conducción de las sesiones.

De personalidad carismática y fuerte, polémico, capaz de defender sus ideas con gran vehemencia, Ackerman es, según su alumno Don Bloch, el típico analista judío de Nueva York. Durante toda su vida se dedicará a la teoría y la práctica del psicoanálisis, si bien será objeto de duras críticas por parte de sus colegas, a los que criticará a su vez por su cerrazón. Hasta sus últimos años siguió enseñando en el instituto de psicoanálisis de la Universidad de Columbia.

Ackerman conserva dos elementos fundamentales de la teoría psicodinámica: la importancia de un diagnóstico, de una teoría de la normalidad y de la patología situada en un contexto supraindividual, y la importancia de la organización interna de la personalidad y de la integración emocional del individuo en sus roles familiares, junto a las relaciones y comunicación en el seno de la familia.

Ackerman cree en la existencia de procesos inconscientes familiares: analiza por tanto las defensas, tanto individuales como colectivas, y las resistencias al proceso terapéutico. Por otro lado, comparte la idea de que son los procesos colectivos familiares los que hacen surgir las patologías abiertas en uno de los miembros; en este sentido, la consideración de chivo expiatorio de las dinámicas familiares deriva más de la tradición psicodinámica de Ackerman que de la teoría comunicacional de Palo Alto.

Desde el punto de vista clínico, las relaciones entre los conflictos interpersonales y los elementos intrapersonales son de gran importancia. Cuando el conflicto familiar es asimilado e interiorizado [...] no puede ser resuelto, y las consecuencias patológicas se establecen con carácter duradero. Para encontrar una solución fecunda y sana, el conflicto intrapsíquico tiene que ser reactivado y proyectado nuevamente en el campo de las interacciones familiares (Ackerman, 1958, pág. 81).

Según Ackerman, la fuente del conflicto es de naturaleza relacional (el contexto de las relaciones familiares); tal proceso conlleva una introyección, por parte de al menos un miembro de la familia, de la conflictividad (adaptación al conflicto y mecanismos de defensa); la terapia tiene como objetivo reabrir el debate intrapsíquico para trasladarlo a una dimensión relacional. Esta concepción oscila por tanto entre el registro psicoanalítico y el sistémico.

Un ejemplo de esta perspectiva se encuentra en la idea de que los padres confieren a sus hijos sus características personales. Cuando alguno de sus hijos o de los miembros de la familia es identificado como el portador de una característica marcadamente negativa, se realiza en el seno de la familia una verdadera caza del hombre, que fácilmente lleva a una explosión adolescente de cariz psiquiátrico o que deviene en suicidio.

Cuando la familia convierte a uno de sus miembros en chivo expiatorio, le hacen sufrir, le consideran «loco», e inevitablemente se activan las emociones de los restantes miembros de la familia. [...] Si una persona presencia la mutilación de otro miembro familiar, se siente en cierto modo culpable del delito. Se sigue entonces un miedo culpable que se extiende cada vez más: el miedo a que tarde o temprano, como castigo, se sufra la misma suerte, es decir, la locura o la muerte (Ackerman, 1958, pág. 157).

En cuanto a la modalidad de intervención terapéutica sobre la familia, Ackerman enumera tres, que no son excluyentes: la reeducación y guía (que corresponde *grosso modo* a la consultoría familiar procedente de la asistencia social), la reorganización de las modalidades de comunicación intrafamiliares (análoga a las intervenciones de los terapeutas sistémicos contemporáneos) y, por último, la «resolución de conflictos patológicos y la inducción de cambios y de una evolución positiva mediante una aproximación dinámica y de carácter profundo a las corrientes afectivas de la vida familiar» (Ackerman, 1966, pág. 100), que es su propio modelo.

Mientras Ackerman perfecciona su concepción, va distanciándose cada vez más de la perspectiva tradicional del psicoanalista. Además su estilo es muy diferente al modelo neutral y pasivo del analista clásico. Ackerman descubre, al igual que todos los pioneros, que para el terapeuta familiar resulta inútil el método que adopta el analista tradicional, centrado en la mera escucha y el simple asesoramiento. El terapeuta familiar se enfrenta a un grupo, y éste es un grupo con una historia. No puede limitarse a escuchar, porque con la simple escucha terminaría por reproducir exactamente el tipo de relaciones que el terapeuta debería cambiar.

El terapeuta familiar asume por tanto el papel de padre sustituto y, en el curso de las sesiones, el papel de guía e instrumento de examen de la realidad para toda la familia. Ackerman defiende así la asunción del papel *activo y directivo* del terapeuta, que se transformará en una constante de la terapia familiar en todas sus ramas: el terapeuta dirige las interacciones, determina quién debe hablar (los turnos) y, si es necesario, hace callar a los miembros de la familia. Para una terapia de base psicoanalítica, la transferencia y la contratransferencia son elementos irrenunciables del proceso terapéutico. El terapeuta, por ende, deberá utilizarse enérgicamente a *sí mismo*, manejando activamente sus propias emociones: puede ser agresivo, puede protagonizar la sesión o incluso, llegado el caso, puede imponerse a los demás.

¿El uso por parte del analista de su propio sentido del yo y la intromisión en el proceso de ciertas emociones seleccionadas conlleva riesgos? Por supuesto que sí. Pero quien no se arriesga no cruza el río. También en la omisión se dan riesgos [...]. Ciertamente no se conseguirá evitar de forma mágica el peligro mediante el principio de que el analista no debe mostrar su rostro ni su identidad ni tampoco sus emociones (Ackerman, 1966, pág. 113).

De Ackerman derivará toda una escuela de estilos terapéuticos, el más importante e influyente de los cuales será el estilo «latino» de Salvador Minuchin. En él se halla quizá la herencia más duradera de Ackerman. En particular, será su modo de desestabilizar la

familia, para después recuperar la empatía y la relación con ésta, la que ejercerá gran influencia en muchos terapeutas de la generación posterior.

Las innovaciones de Ackerman trascienden la clásica concepción analítica autorreferencial y se extienden también a la comprensión de la sociedad en la que se inserta la familia y frente a la cual sucumbe en ocasiones:

Según una afirmación de Nietzsche, ningún hombre logra ver más allá de su propia altura. Análogamente, ninguna sociedad va más allá de sus propias metas. Hasta hoy, la sociedad occidental no ha llegado a ponerse como objetivo la promoción del bienestar: nuestra sociedad mira como meta muy limitada la liberación del sufrimiento. Está empantanada en el problema de la «libertad desde...», en vez de en la «libertad de...». [...] ¿Cuál es entonces nuestro criterio para la cura? [...] Si el paciente no está en condiciones de concebir un nuevo y mejor modo de vivir se inclinará por el modo antiguo (Ackerman, 1958, pág. 44).

Helm Stierlin

Hasta después de 1960 la terapia familiar se desarrolla sólo en Estados Unidos; sin embargo, hay algunas excepciones. Entre los pocos europeos presentes en la década formativa de la terapia familiar, figura el germano Helm Stierlin, que llevará a su país, Alemania, su trabajo como terapeuta familiar. Stierlin nace profesionalmente en Heidelberg, donde asiste a la facultad de medicina desde 1946 a 1953: en este periodo, Heidelberg es feudo de Karl Jaspers y las teorías fenomenológicas son seguidas rigurosamente. Los elementos elitistas de la fenomenología y su distanciamiento de la vida del paciente configuran la figura de psiquiatra como observador más que como *faber* de la cura.

El psicoanálisis, por otra parte, está considerado como una práctica popular, casi plebeya, por su atención desmesurada a las emociones. Stierlin toma definitivamente partido por la práctica psicoanalítica, que le parece más adecuada para sus necesidades pragmáticas de intervención sobre los pacientes (Stierlin, 1975a). En la Alemania de la época, el psicoanálisis constituye una elección pragmática e intervencionista, parangonada a la doctrina fenomenológica.

En 1953 Stierlin se encuentra en Múnich trabajando como médico interno y desempeñando su primer cargo de asistente para una clínica psiquiátrica. Los tratamientos son principalmente farmacológicos y de electroshock; se incentiva al médico a que asuma la actitud del observador separado relacionalmente del paciente. Quien participa de la vida emotiva del paciente no es bien visto. Stierlin decide concentrarse en este periodo en la dinámica de los problemas psicosomáticos e inicia un análisis didáctico, manteniéndose al margen del contexto en el que trabaja. Cuando conoce el trabajo de Sullivan decide trasladarse a Estados Unidos, al hospital Sheppard Enoch Pratt, donde Sullivan había dejado una marcada impronta con su trabajo con pacientes psicóticos. Permanece durante cuatro años, hasta 1957, en ese hospital, y colabora con Lewis Hill.

Se trata de un trabajo psicoterapéutico intensivo. Precisamente en dicho centro Stierlin comienza a interesarse por el contexto familiar de los pacientes que trata, interés que desarrollará en una fase posterior. Cuando se traslada al Chestnut Lodge, el discurso familiar adquiere aún más importancia en su vida profesional: inicialmente se concentra en las relaciones entre madre e hijo, al modo de los manuales psicoanalíticos, que después considerará en el contexto derivado de la situación del paciente. Frieda Fromm-Reichmann y Otto Will son dos puntos de referencia importantes para su formación. Es justamente Otto Will quien le advierte que «cuando un esquizofrénico muestra los primeros signos de mejora sus familiares quieren sacarlo del tratamiento», y de ahí que Stierlin centre su interés en las funciones interconexas del sistema familiar en psicopatología.

Inevitablemente, su trabajo se verá influenciado en este aspecto por el de los primeros terapeutas familiares estadounidenses, que siguen, con pocos años de anticipación, la misma línea. Está ya presente aquel escepticismo nunca banal, nunca bien acogido, que Sterlin llevará casi a la perfección en los años siguientes.

Salvador Minuchin[2]

Salvador Minuchin se ha caracterizado siempre por su interés en las cuestiones sociales, generalmente ignoradas por sus colegas. Ello se debe probablemente a sus propios orígenes. Minuchin llega a Estados Unidos en 1950, pero durante toda su infancia había vivido como un emigrante. Nacido en una familia de judíos rusos que emigraron a Argentina en 1905, vive sus primeros años en un enclave cercado por el antisemitismo.

En 1943 participa en una manifestación antiperonista, motivo por el cual es arrestado y posteriormente expulsado de la universidad. Cuando en 1948 estalla la guerra israelí, se alista en el ejército como médico, para el que trabaja durante 18 meses. Al término del servicio militar, se dirige a Estados Unidos, a la escuela de Bruno Bettelheim, situada en Chicago. Sin embargo, en cuanto llega a Nueva York, conoce a Nathan Ackerman, quien le da trabajo en el centro de psiquiatría infantil que dirige, donde Minuchin conoce a su futura esposa, la psiquiatra infantil Patricia Minuchin.

Tras los esponsales, la pareja se muda en 1952 a Israel, donde Minuchin es nombrado director de un programa que tiene como objetivo llevar a Israel a niños huérfanos que vivirán en *kibbutzs*. Años más tarde, recordará su actividad con los niños y la considerará como una de las influencias principales en su trabajo: los niños no sólo le obligan a ocuparse de sus problemas de una forma imprevista para una persona de formación psiquiátrica convencional, sino que además modifican su visión de la familia según un criterio evolutivo de continua modificación y crecimiento.

En 1954 Minuchin regresa a Estados Unidos para iniciar su formación psicoanalítica. Pero también tiene que pensar en cómo ganarse la vida: encuentra trabajo en la escuela Wiltwyck, un internado para jóvenes delincuentes donde las terapias tradicionales habían tenido escaso efecto. Minuchin es uno de los primeros terapeutas (dentro de la terapia familiar) que trata a familias negras de la *inner city* de Nueva York. Comienza a formar a un equipo de terapeutas con el fin de convertir la escuela en un programa terapéutico orientado a la familia. Contrata a otro terapeuta de origen latino, Braulio Montalvo, quien posteriormente le definirá como su «maestro más influyente» (véase Minuchin, 1974). A Minuchin le resulta fácil justificar la adopción de una óptica familiar: las ventajas obtenidas con las terapias individuales corrientes tienden a desaparecer en cuanto los jóvenes vuelven a vivir con sus familias (Minuchin, 1961).

El paciente típico de la escuela Wiltwyck es «el miembro del grupo minoritario urbano, habitante del gueto, que sufre pobreza, discriminación, miedo, hacinamiento y carencia de hogar» (Minuchin, y otros, 1967, pág. 22). Dado que en estas familias la interacción tiende a ser concreta y orientada a la acción, en vez de abstracta y verbal, el equipo de terapeutas debe siempre probar distintas alternativas, basadas más en la acción que en la palabra: juegos de roles, intervenciones en los hogares y otras formas no tradicionales de intervención (Minuchin y Montalvo, 1966; Minuchin y otros, 1967). Una característica distintiva de su trabajo es la «formulación actuada» que después se transformará en la «actuación» (*enactment*), cuyo nombre deriva de la clasificación de las modalidades experienciales de Bruner:

El terapeuta puede *decir* algo o *hacer* alguna cosa que tenga el mismo significado, o bien, preferentemente, puede hacer ambas cosas. Por ejemplo, durante una sesión familiar el terapeuta se encontró con una situación de ataque por parte de los pacientes; decidió entonces cambiar de lugar y situarse entre los miembros de la familia. Indicando la silla vacía, dijo: «Era muy difícil estar ahí y ser atacado por ustedes; me sentía excluido». [...] Intuía también que aunque su afirmación sólo fuera relevante para los miembros más «verbales» de la familia, su «lenguaje de movimiento» llegaría a todos (Minuchin y otros, 1967, pág. 247).

Entre las numerosas técnicas inventadas en aquella época, este grupo de terapeutas importa también algunas del exterior. En 1959 conocen por vez primera el trabajo que realizan los demás terapeutas familiares, gracias a uno de los muchos artículos de Don Jackson. Minuchin compra enseguida un espejo unidireccional, derriba una pared de la sala de terapia y lo instala. Definitivamente ha dado el gran salto. Ya no es un simple psicoanalista, un terapeuta psicoanalítico de la familia, sino que está dispuesto a construir su propio modelo. De su definición y formulación se ocupará durante los siguientes doce años.

La escuela de Filadelfia

Deben de existir diversas razones, tanto manifiestas como encubiertas, que explican por qué terminé siendo

terapeuta familiar catorce años después de haber iniciado mi trabajo de psicoterapia individual. [...] Es difícil para mí hacer una evaluación comparativa de mis cualidades personales y de mis experiencias familiares divergentes de las de otras personas. A un nivel en cualquier caso más profundo, probablemente quise combatir las fuerzas oscuras que nos atrapan en modelos relacionales patológicos (Boszormenyi-Nagy, 1972, pág. 84).

Ivan Boszormenyi-Nagy nace en Hungría, donde se forma como psiquiatra, para después trasladarse a Filadelfia. Psicoanalista durante muchos años antes de enfrentarse al campo de batalla de las relaciones familiares, Nagy está inicialmente influido, como Stierlin, por la psiquiatría interpersonal de Sullivan, que contribuye a orientar su interés hacia la terapia de la psicosis. Desde el punto de vista filosófico, comparte los postulados de la filosofía dialógica de Martin Buber (1958, 1965). En 1957 es nombrado director de la unidad de investigación para el tratamiento de la esquizofrenia en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute (EPPI), donde promueve enseguida un proyecto de psicoterapia intensiva para pacientes esquizofrénicos internados. La psicoterapia de orientación psicoanalítica practicada en el EPPI está influenciada por la teoría de las relaciones objetales de Fairbairn y por las teorías interpersonales de Fromm-Reichmann, Searles y Sullivan. El grupo de trabajo está originalmente compuesto por Oscar Weiner, Leon Robinson, Geraldine Lincoln-Grossman, David Rubinstein, Geraldine Spark, Gerald Zuk, Marge Griffel y James Framo, a los que se unirán Barbara Krasner y Margaret Cotroneo. Framo recuerda así esta etapa:

En 1957 trabajaba en el departamento de psicología del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute de Filadelfia. [...] Me uní a su proyecto [el de Nagy] cuando supe que se centraba en la psicoterapia de la esquizofrenia; planteaba algunas ideas interesantes acerca del poder curativo de la relación que me atraían. Formar parte de aquel proyecto fue uno de los grandes cambios de mi vida profesional. Releyendo ahora los hechos a la luz de los acontecimientos posteriores, comprendo que me encontré en el lugar indicado y en el momento justo (Framo, 1996, pág. 291).

James Framo es un psicólogo nacido en el seno de una familia italoamericana que vivía en el ambiente populachero y animado de los barrios meridionales de Filadelfia (la «South Philly»). Tras cursar estudios en la Universidad de Pensilvania y doctorarse en la Universidad de Texas, trabajó durante seis años como psicólogo clínico en Maryland y en Filadelfia, desarrollando las clásicas tareas reservadas a los psicólogos de esa época: muchos test de Rorschach, numerosos WAIS, psicoterapias individuales y de grupo, y algunas investigaciones, siempre con una vaga sensación de insatisfacción por su trabajo. El trabajo en el EPPI se convirtió enseguida, para todos los terapeutas involucrados, en una experiencia fundamental:

En ese proyecto hacíamos terapia individual intensiva con jóvenes mujeres esquizofrénicas, dirigíamos terapias de grupo y fundamos una comunidad terapéutica. [...] Cuando los padres empezaron a interesarse por el tratamiento, les invitamos a los encuentros de grupo con pacientes, a los que denominábamos encuentro de pacientes con padres. Incluíamos también a hermanos de los pacientes, cosa rara en el campo

psiquiátrico [...]. En ningún momento tuvimos conciencia de que nos hallábamos ante una teoría completamente nueva de las relaciones humanas, de la formación de los síntomas y su tratamiento (Framo, 1996, pág. 291).

Nagy conoce el trabajo del pequeño grupo de profesionales clínicos (Bell, Bowen, Fleck, Jackson, Lidz, Satir, Wynne) que ha establecido los límites de la terapia individual para el tratamiento de la esquizofrenia. Los primeros resultados del trabajo en el EPPI son bastante similares a los obtenidos por otros pioneros de la terapia familiar: los síntomas de los pacientes parecen adquirir más sentido si son vistos a la luz del contexto de la familia, mientras que su mejora tiende a generar problemas en algunos de los otros miembros del núcleo familiar. La escuela de Filadelfia completa el panorama de las terapias familiares psicoanalíticas: se derivan en parte de la psiquiatría infantil (Ackerman, Minuchin), en parte de la investigación sobre la esquizofrenia (Nagy), y están también muy influidas por la terapia interpersonal de Sullivan (Stierlin, Nagy) y por las innovaciones técnicas de Frieda Fromm-Reichmann.

Terapias intergeneracionales

Murray Bowen[\[3\]](#)

Bowen es el único terapeuta que rastrea en las generaciones más antiguas para reconstruir la historia familiar y encontrar en el pasado indicios y conexiones con el presente, aun cuando su terapia está centrada en el individuo, enfocada a diferenciarlo de la masa indistinta de la familia. Es inevitable entonces preguntarse hasta qué punto no han sido sus vicisitudes personales las que influyeron de manera decisiva en el desarrollo de su teoría.

Murray Bowen es el primogénito de los cinco hijos que tiene una familia de la burguesía rural de Tennessee. De su padre, Jess Bowen, propietario de una funeraria en la pequeña ciudad de Waverly, se dice que conoce a los quince mil habitantes de la localidad, si no de vista al menos de nombre. Desde muy joven Murray parece obsesionado por dos ideas fijas: el control de la emotividad humana y la creación de una teoría omnicomprendensiva que permita llegar al significado de la existencia.

En 1937 se licencia en medicina y comienza a trabajar como médico residente en White Plains, en el estado de Nueva York. Con el desencadenamiento de la guerra se alista como oficial médico, y, al parecer, es justamente esa experiencia la que le orienta hacia la psiquiatría. Después de la guerra pasa a la Menninger Clinic de Topeka, en la que había colaborado Ackerman diez años antes. Inicialmente se muestra entusiasta y su trabajo es admirado por el director de la clínica, el psiquiatra y analista Karl Menninger,

con quien comparte su interés por el análisis personal y didáctico. Con objeto de buscar en la familia las posibles raíces de la esquizofrenia, se pone a su disposición en 1951 un pequeño anexo de la clínica, donde puede tratar a las madres y a sus hijos esquizofrénicos de forma conjunta.

Lector voraz, Bowen orienta sus ambiciones hacia la creación de un sistema científico que dé cuenta del vínculo que existe entre la emotividad y el sufrimiento humano. Es justamente en este periodo cuando Bowen comienza a darse cuenta de cuánto le cuesta mantener su independencia y su bienestar relacional: criado en una familia rural de Estados Unidos con la que mantiene vínculos de cariño muy fuertes, se aleja rechazando el rol de «primogénito responsable». En la clínica se encuentra igualmente atrapado.

En 1954 se traslada al NIMH de Washington, donde se forman brillantes investigadores, entre ellos el joven Lyman Wynne. En ese ambiente ya ajeno a la rígida ortodoxia psicoanalítica, Bowen crea en torno a él un cerrado círculo de pocos colaboradores con los que continúa sus investigaciones sobre la esquizofrenia. Logra convencer a la dirección del instituto para que financie sus proyectos de observación familiar y funda un centro en el que acoge a familias de esquizofrénicos. En el proyecto, que dura hasta 1959, participan siete familias (Bowen y otros, 1957).

En el trabajo sobre la díada madre-hijo y sobre la influencia de los demás familiares en la relación con tal díada Bowen llega a algunas intuiciones fundamentales: en primer lugar, la relación entre madre e hijo no es estática como se pensaba en un primer momento, sino fluctuante, como si la ansiedad pasara libremente del uno al otro. En segundo lugar, lo que a primera vista parece una díada indisoluble es sólo una parte de un triángulo que comprende también al padre, quien no es simplemente, como sostienen muchas teorías de la época, una figura ausente y distante. De hecho, en las observaciones se constata frecuentemente que las relaciones de proximidad en el triángulo cambian de forma imprevista, y así el padre distante se alía con el hijo enfermo en contra de la madre, que a su vez debe buscar la implicación de otra persona, por ejemplo un hermano, o incluso el terapeuta.

Durante este periodo, basándose en la observación de las familias internadas, Bowen formula, aunque de forma aproximativa y fragmentaria, dos reflexiones centrales en su teoría. La primera es el concepto de masa indiferenciada del yo familiar (*undifferentiated family ego mass*), la cual obstaculiza la «diferenciación» del individuo. Tal concepto define el grado de fusión relacional en las familias en que los miembros son incapaces de definirse respecto a los otros y por tanto de mantener un punto de observación «objetivo». Al proceso de salida de la fusión lo denomina *diferenciación*, concebida como una lucha constante por autodefinirse e individualizarse. Bowen llega a la idea de la masa indiferenciada gracias a su notable reflexión sobre sus propias vicisitudes

existenciales, en particular las ligadas al ambiente demasiado comprometido e íntimo de la Menninger Clinic:

De particular importancia para esta concepción fue un fenómeno emocional procedente de un sistema exterior a la familia. Yo trabajaba en una conocida gran clínica psiquiátrica en la que el sistema emocional de la «familia» compartido por los médicos y por los demás empleados era idéntico al sistema emocional de cualquier familia [...]. El sistema emocional en el que trabajaba me proporcionó algunas observaciones muy importantes. Noté que cuando estaba de viaje, podía analizar de forma más clara y objetiva mis relaciones de trabajo y que perdía esta objetividad cuando regresaba al hospital. Después de haberlo notado, observé más atentamente este fenómeno. La objetividad venía cuando me encontraba en un vuelo a una hora de distancia. Al regresar, la objetividad se perdía en cuanto entraba en mi centro de trabajo. Era como si el sistema emocional «se cerrara» apenas entraba en el edificio. Más tarde logré definir este sistema como «masa indiferenciada del yo familiar» (Bowen, 1972, págs. 78-80).

La segunda reflexión versa sobre la idea de que los síntomas nacen como resultado de un proceso multigeneracional. Tal idea lleva a Bowen a definir a las familias que tienen un miembro esquizofrénico no como familias «patógenas» y cualitativamente distintas de las demás, sino meramente familias en las que el proceso de indiferenciación es más marcado que en otras. Bowen se siente siempre más cercano a una teoría general de los sistemas emotivos.

Una de las bases de mi investigación sobre la esquizofrenia derivó más tarde en mi concepto de diferenciación [...]. Se trata del grado en que la familia está involucrada en el proceso emocional del paciente. La familia vive en un mundo dominado por los sentimientos. Por esto es difícil, sino imposible, tomar decisiones que confronten con los sentimientos (Bowen, 1972, pág. 172).

Bowen se muestra poco proclive a las teorías cibernéticas y sistémicas. Cuando denomina a su concepción «teoría de los sistemas familiares» (*family systems theory*) manifiesta reiteradamente que conoció las teorías sistémicas cuando su trabajo estaba muy avanzado. Mientras elabora su modelo teórico se convierte también en una figura pública; se le considera una persona distante y misteriosa con un cierto aire de superioridad intelectual, según algunos de verdadera arrogancia, cuyas ideas y estilo casi mesiánico atraen a numerosos adeptos, aunque en ocasiones también dificultarán su relación con los terapeutas familiares.

Murray era siempre un poco misterioso, evitaba siempre hablar de lo que estaba haciendo. [...] Suscitaba una intensa lealtad en los miembros de su equipo. Hablaban de su trabajo como si fuera algo muy especial, muy estimulante, pero nunca revelaban nada al resto del personal. Me hubiera gustado conocerle mejor, porque sus ideas me atraían y quería saber más sobre ellas. Pero sabía que si no formaba parte de su grupo no me dirían nada (Wynne, en Sykes Wylie, 1991, pág. 31-32).

En la primavera de 1957, Bowen presenta los resultados de su investigación en el congreso de la Orthopsychiatric Association y posteriormente, en mayo de ese mismo año, en el congreso de la American Psychiatric Association. Su idea de internar a la familia

entera causó sensación; llamó la atención de todos los que trabajaban en terapia familiar de esquizofrénicos pero que mantenían una relación tormentosa con el psicoanálisis: entre 1948 y 1960, Bowen, aun con su actitud heterodoxa, colabora con distintos institutos psicoanalíticos. Quiere hacer evolucionar el psicoanálisis mediante un método que tenga en cuenta la dimensión interpersonal y su peculiar visión sistémica, pero los demás analistas lo someten a durísimas críticas, hasta el punto de que Bowen decide abandonar y alejarse definitivamente del psicoanálisis como teoría y como práctica. Desde entonces, lo considerará esencialmente un «sistema cerrado», impermeable a la evolución y al cambio.

En 1958 Bowen abandona el NIMH. Va a la Universidad de Georgetown, donde trabajará hasta su muerte, inaugurando una nueva fase de su actividad. En este centro continúa realizando terapia individual, terapia de pareja y «terapia de grupos familiares», que desarrolla en varias modalidades. Los individuos son tratados con un método esencialmente analítico, mientras que para las parejas y las familias se propone analizar los procesos en acción, manteniéndose siempre emocionalmente al margen («permanecer fuera de la transferencia»). Sin embargo, a Bowen le inquieta aún una doble perplejidad: no le satisface la idea de aplicar al individuo el tratamiento analítico normal porque todavía no puede sustraerse a la transferencia, y no le satisfacen las terapias familiares aplicadas en conjunto, puesto que logran que desaparezcan los síntomas en el paciente tratado, pero no realizan la fusión emotiva que Bowen considera fundamento de todos los síntomas. A la resolución de estos problemas consagrará Bowen sus primeros diez años de trabajo en Georgetown.

El valor cultural del individualismo confiere a la teoría de Bowen el carácter *wasp* y marcadamente estadounidense que hoy reconocemos. La racionalidad y el distanciamiento acompañan a los sujetos imaginados por Bowen, que aun cuando en principio no son nómadas, acaban siéndolo. La evaluación de la inmersión afectiva en la familia y del apego no son más que estados incompletos del proceso de diferenciación. Resulta curioso que este defensor de la teoría y del individuo tenga desde el principio intuiciones tan atinadas sobre los procesos emocionales y colectivos. El desarrollo definitivo de su teoría contribuirá a resolver la aparente paradoja.

TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS

Las investigaciones sobre la esquizofrenia y la familia

La terapia familiar surge debido al cambio de enfoque favorecido por el clima cultural psiquiátrico ya descrito, pasando de los procesos internos a los interpersonales. Dentro del paradigma que se va delineando, adquiere gran importancia la investigación sobre la esquizofrenia, la cual había sido tradicionalmente el punto de referencia de la psiquiatría, la enfermedad más grave, penetrante, totalizadora, inquietante. Hemos visto ya como Nagy y Bowen dan sus primeros pasos en el accidentado terreno de la terapia familiar de esquizofrénicos. Pero existen también otros grupos de investigadores a quienes no interesa la terapia en sí, sino comprender «cómo» actúa la esquizofrenia. Estos nuevos investigadores tratan de superar el punto de vista de la interacción dual para concentrarse en las modalidades de la comunicación esquizofrénica. Con este objetivo, comienzan a observar a personas esquizofrénicas en su interacción con los demás, y especialmente con sus familiares. Por diversos motivos, la historia de los orígenes de la terapia sistémica es la historia de cómo se transforman tales investigaciones sobre la familia en terapia.

Psiquiatra y psicoanalista, Lyman Wynne estudia a las familias desde sus primeros años de trabajo. [4] En 1948, tras concluir sus estudios de medicina en Harvard, cursa el doctorado en el Department of Social Relation y entra en contacto con numerosos teóricos de la sociología, de la psicología y de la antropología social. En 1952 entra en el Laboratory of Socioenvironmental Studies de John Clauson, perteneciente al National Institute of Mental Health.

Cuando Bowen abandona el NIMH, Wynne hereda la dirección de su investigación con familias internadas y forma su propio grupo, el cual formula en 1958 el concepto de *pseudomutualidad* (Wynne y otros, 1958). Se trata de una modalidad relacional patógena, en la que cualquier divergencia entre los miembros de la familia puede disgregar al conjunto y, por lo tanto, debe ser evitada. Cada uno de ellos envía y recibe mensajes en cierto modo «falsos». Todos entienden el sentido, pero nadie lo dice de manera explícita. Más tarde, Wynne (1961) propone para estas mismas familias el concepto de *pseudohostilidad*, comportamiento por el que se produce una escisión dentro de la familia; revela una necesidad oculta de intimidad y afecto y aparece asociado a fuertes tendencias agresivas y destructivas. La pseudohostilidad serviría así para atenuar la presencia de un vínculo afectivo sofocante y ansiógeno y de una hostilidad que, si profundiza, llevaría a la destrucción, a la conciencia de la propia impotencia y a una separación definitiva.

En este mismo periodo Theodore Lidz se halla en la Johns Hopkins University, donde estudia la dinámica interpersonal de los esquizofrénicos. Descubre que éstos viven

frecuentemente en familias caracterizadas por la inestabilidad y la lucha (Lidz y Lidz, 1949). Cuando pasa a la Yale University, en 1951, forma un pequeño grupo de investigadores para estudiar de manera intensiva a un reducido elenco de catorce familias de jóvenes pacientes esquizofrénicos que están internados en el centro.

En 1957, el grupo llega a importantes conclusiones en su estudio sobre las familias. En ocho de ellas se aprecia un patrón definido como «fractura conyugal» (*marital schism*), mientras que las otras seis mostraban una configuración definida como «matrimonio oblicuo» (*marital schew*). La fractura conyugal se refiere a matrimonios caracterizados por sus relaciones conflictivas, en las que las dificultades personales llevan a cada uno a satisfacer sus propias necesidades ignorando las del otro. El matrimonio oblicuo identifica en cambio situaciones en las que uno de los miembros de la pareja presenta una clara patología, pero queda como figura dominante aceptada por la pareja porque satisface las necesidades de dependencia y masoquismo; no existe, por tanto, conflicto alguno, incluso se da un apoyo mutuo, hasta el punto de que se generan situaciones de «locura de dos» (Lidz y otros, 1956, 1957a, 1957b).

Las ideas de los dos grupos que dirigen Wynne y Lidz no salen del ámbito de sus propias investigaciones; los restantes teóricos en cambio están profundamente influidos por las teorías psicoanalíticas. Paradójicamente, el mayor impulso hacia la terapia familiar será obra de un grupo que en sus orígenes no se propone estudiar la esquizofrenia ni tampoco la familia, sino que nace sencillamente para ocuparse de la comunicación: es el grupo constituido por Gregory Bateson en San Francisco.

El grupo Bateson[5]

Era un tenaz intelectual inglés y probablemente el más eminente pensador de todo el país en el campo de las ciencias sociales. Tenía una habilidad sorprendente para abordar campos muy distintos: biología, química, antropología e incluso las matemáticas. Nos encontrábamos bien juntos, al menos durante los primeros ocho años del proyecto. Llamé a mi hijo Gregory en homenaje a Bateson. Él fue mi maestro; un pensador increíble. Era el tipo de persona al que uno se podía dirigir cuando se encontraba en un *impasse* en el desarrollo de una idea. Siempre conseguía hacerte pensar el problema de manera diferente, lo cual es muy importante para un proyecto de investigación (Haley, en Simon, 1992, págs. 6-7).

Ya se ha dicho bastante del papel central de Bateson en la definición de la cibernética y sobre todo de su aplicación en las ciencias sociales y psicológicas. Durante el primer periodo de las Macy Conference, sigue enseñando antropología en Harvard, en la costa oriental de Estados Unidos. En el año 1948 un estudiante interpreta erróneamente una respuesta casual de Bateson y concluye que todo antropólogo debe hacerse analizar. Debido a tal respuesta, el influyente Carleton S. Coon da por terminado el trabajo de Bateson en Harvard.

No obstante, como muchos divorcios, también éste fue de mutuo acuerdo, porque si bien es cierto que

querían echarme a causa de esa opinión (que no reflejaba exactamente lo que le había dicho al estudiante), yo no tenía mucho en común con ellos; de hecho, en aquella época yo era un anacronismo viviente (Bateson, 1977a, pág. 247).

Jurgen Ruesch es un psiquiatra interesado en los procesos de la comunicación. Junto con él Bateson escribe el libro *Communication: The Social Matrix of Psychiatry* (Ruesch y Bateson, 1951). No obstante el título, no se trata de un libro de psiquiatría, sino más bien de un libro de antropología de la psiquiatría: para escribirlo, Bateson entrevista a un gran número de psiquiatras buscando comprender cuáles son las ideas mediante las que se construye la propia noción de salud y enfermedad mental (véase Lipset, 1980). Es además el primer libro en el que Bateson utiliza de forma exacta, y precisamente para aplicarlos a la psiquiatría, los conceptos cibernéticos desarrollados en las Macy Conference. Una vez editado el libro se aleja momentáneamente de la psiquiatría y pasa a estudiar la comunicación de los animales.

Más tarde Weldon Kees y yo fuimos al zoológico Fleischhacker [el zoo de San Francisco]. [...] Allí constatamos lo que ya todo el mundo sabía: que los animales juegan, y por supuesto no podíamos pretender haberlo «descubierto» nosotros. [...] Es evidente que los animales juegan; ¡Dios mío!, eso significa que están en condiciones de clasificar los componentes de sus mensajes. No sólo los seres humanos usamos clasificaciones; también los animales lo hacen. Nosotros contamos con la estructura natural, no nos limitamos a sobreponernos a nuestros sinsentidos (Bateson, 1977b).

Observando a las nutrias en el zoológico, Bateson ve los comportamientos particulares durante los momentos que se definen como «juego»: es como si esos animales, jugando a morderse, atribuyeran al mensaje agresivo que contiene tal comportamiento un mensaje de distinto nivel (un metamensaje) —«esto es un juego»— que anula el mensaje agresivo. Por primera vez, Bateson concibe la idea de usar los presupuestos jerárquicos de la filosofía de Bertrand Russell, aplicándolos a la comunicación en lugar de a la lógica.

En 1952 la Rockefeller Foundation le concede una beca de dos años para estudiar la naturaleza y los niveles de la comunicación. Para tal proyecto, Bateson reúne a un grupo ecléctico y heterogéneo. John Weakland es un ingeniero químico que con el tiempo ha desarrollado un profundo interés por la literatura y la cinematografía china. Jay Haley es en aquellos años un joven aspirante a escritor que, ante la necesidad de ganarse la vida, ha abandonado la universidad cuando obtiene su diploma de primer ciclo, y trabaja de bibliotecario, cultivando un interés académico por el cine. William Fry, el único médico del grupo, trabaja en la escuela de psiquiatría.

Durante estos dos primeros años el proyecto se ocupa sobre todo de la comunicación ambigua, es decir, de mensajes y metamensajes que se califican mutuamente, poniendo al receptor en una situación paradójica. Al rememorar sus antiguas experiencias, Bateson recuerda a Milton Erickson, que ya había participado en la conferencia interdisciplinaria

de 1941, como el maestro de la comunicación ambigua. Envía a Haley y Weakland a Phoenix, Arizona, donde vive y trabaja Erickson, poniendo así en contacto a dos de sus investigadores con uno de los terapeutas más creativos y peculiares de la época. De este encuentro derivan una serie de conversaciones, la mayoría grabadas puntualmente por Haley,[6] en el curso de las cuales Erickson contribuirá con un sinfín de sugerencias al trabajo del grupo.

La idea de estudiar, siempre en términos de niveles, la comunicación de los esquizofrénicos partió de un desconocido médico interno del Veterans Administration Hospital que participaba en el proyecto. Los contactos que mantienen con los esquizofrénicos evidencian rápidamente que la comunicación de los pacientes es rica en paradojas y en confusiones de niveles. En concreto, los esquizofrénicos no pueden diferenciar los metamensajes que determinan el contexto, tomando las metáforas literalmente y los hechos reales como metáforas: según una atinada imagen de Bateson, el esquizofrénico es una persona que va a un restaurante y se come el menú.[7] Una vez delineada la teoría de la comunicación esquizofrénica como comunicación que transgrede las distinciones entre niveles lógicos, Bateson dirige su atención al contexto de aprendizaje que hace posible tal transgresión. La capacidad de comprender los metamensajes es fruto del *deuteroaprendizaje*, que Bateson define como un aprendizaje de segundo orden: cuando aprendemos un comportamiento, aprendemos también la clase de comportamientos de los que forma parte. En otras palabras, deutero-aprendemos el *contexto* que da sentido a ese comportamiento.

No menos importante es la definición de los *canales* de la comunicación. Bateson los clasifica en analógicos y digitales: las palabras están conectadas a objetos o a conceptos solamente mediante convenciones, como los símbolos numéricos (*digit*) para las cantidades; en cambio, los canales no verbales comunican mensajes por analogía, como en el caso de los gestos que se hacen con las manos para indicar a un interlocutor que se acerque o se aleje imitando los movimientos requeridos. En general, según Bateson, son los mensajes analógicos los que califican a los mensajes digitales. Del pensamiento de Bateson se deriva asimismo la nueva interpretación de los conceptos de sismogénesis simétrica o complementaria, que Bateson (1935, 1936-1958) había formulado para describir los contactos culturales.

La interacción simétrica entre dos personas implica la tendencia a reducir al mínimo las diferencias entre ambas, mientras que la interacción complementaria implica un equilibrio y una adaptación dinámica de los individuos que conservan sus diferencias: por ejemplo, la interacción entre las grandes potencias en la época de la Guerra Fría, con un constante incremento del armamento por ambas partes, es un ejemplo de simetría; la interacción madre-recién nacido, en la que una parte se hace totalmente cargo de la otra, es un ejemplo de complementariedad.

Cuando en 1954 concluye la beca concedida por la Rockefeller Foundation, el grupo Bateson apenas ha delineado su campo de estudio, y nadie parece dispuesto a aportar nuevos fondos para que terminen su trabajo. Bateson se da cuenta entonces de que precisamente la comunicación entre los esquizofrénicos puede ser el tema que les reporte más subvenciones. Justo en esa época conoce a un afamado psiquiatra y psicoanalista, Don Jackson. Licenciado en 1943 por la Universidad de Stanford, Jackson entra a formar parte del personal del Chestnut Lodge en 1949, donde trabaja en estrecha colaboración con Sullivan, al tiempo que entra en el Washington Baltimore Psychoanalytic Institute. A partir de 1951 dirige el departamento de psiquiatría de la Palo Alto Medical Clinic, es miembro del instituto de psicoanálisis de la ciudad y profesor del departamento de psicología de Stanford.

En una importante jornada de 1954, se organizó en el Palo Alto Veterans Administration Hospital la Conferencia Frieda Fromm-Reichmann. Entre el público estaba Gregory Bateson, quien se me acercó después de la conferencia. Yo había hablado de la homeostasis familiar, y Bateson pensaba que el tema estaba relacionado con los objetivos del proyecto que dirigía con Jay Haley, John Weakland y William Fry.

A partir de entonces me interesé más por las ciencias sociales que por la psiquiatría médica. No me he arrepentido jamás de esa decisión (Jackson, 1968, pág. v).

Desde que Jackson pasa a ser consultor del proyecto, el grupo se inclina decididamente por la clínica y por la terapia. Cuando llega a Palo Alto, Jackson tiene ya delineada una embrionaria teoría sistémica propia: los síntomas esquizofrénicos serían un epifenómeno de mecanismos subterráneos homeostáticos familiares. Ese mismo año, 1954, imparte su primera conferencia sobre la «homeostática familiar» en el Congreso de la American Psychiatric Association.

A través de observaciones centradas exclusivamente en los individuos, el grupo reconstruye un hipotético escenario familiar para el futuro esquizofrénico, caracterizado por comunicaciones definidas como «doble vínculo». Quien crece en un contexto donde recibe mensajes intrínsecamente contradictorios termina siendo castigado, tanto por lo que hace como por lo que no hace, y se verá obligado a encontrar un modo de sobreponerse a esa situación.

Tabla 2.1. Condiciones necesarias para que se realice la comunicación de doble vínculo[\[8\]](#)

-
1. La relación entre las personas implicadas debe ser tal que quien recibe la comunicación sienta que esa relación es esencial para comprender la naturaleza del mensaje y para poder responder adecuadamente.
 2. Quien habla debe aportar dos o más mensajes, mutuamente incompatibles, en diferentes niveles de comunicación (por ejemplo, la madre manifiesta verbalmente amor e interés, mientras que mediante su expresión facial y sus gestos muestra falta de interés y de participación).
 3. El contexto de la situación debe ser tal que al individuo le esté prohibido criticar las incoherencias que se le presentan, y que además le resulte imposible diferenciar el nivel del mensaje al que debe responder.
 4. Si la víctima de este doble vínculo responde a la ambigüedad, será criticada; se crea así un vínculo aún más confuso y sin vía de escape puesto que el propio contexto de la situación se lo impide.
-

Sin embargo, el grupo aún no ha puesto por escrito sus descubrimientos. En 1956 presenta la hipótesis del doble vínculo en el artículo «Hacia una teoría de la esquizofrenia», considerado el verdadero punto de origen de la concepción sistémica de la esquizofrenia y también de la familia. El artículo será uno de los más citados en psiquiatría, y las discusiones que suscita convertirán al grupo Bateson en una celebridad mundial. Si el apartado dedicado a los niveles lógicos, con su abstracción y complejidad, se debe a Bateson, las referencias a las estrategias de Erickson son de Haley y Weakland, mientras que el lenguaje psicoanalítico y la idea de aplicar el doble vínculo a la terapia pertenece a Jackson.[9]

La teoría del doble vínculo recibe inmediatamente numerosas críticas por ser una teoría culpabilizadora, similar a la de la madre esquizofrenógena. El malentendido radica en el hecho de que los esquizofrénicos y las familias no son el centro de la reflexión. El grupo se propone como objetivo primordial formular una teoría de las relaciones humanas, más que una teoría de la esquizofrenia; los elementos centrales de la misma se basan en la posibilidad de usar una teoría lógica[10] para ordenar las relaciones humanas, con el fin de poder tener en cuenta los contextos.

Aun cuando la familia es un elemento esencial del artículo, lo es sólo por deducción: la teoría del doble vínculo no deriva de observaciones directas, sino que, una vez formulada, resulta fácil encontrar ejemplos concretos de interacciones familiares. Jay Haley relata el que puede ser considerado el primer encuentro del grupo con una familia de carne y hueso del modo siguiente:

Se trataba de la familia de un individuo que decía tener cemento en el estómago. El tenía cerca de 40 años y sus padres superaban los 70. Cada vez que iban a visitarle al hospital, pasaba un rato con ellos en el parque, luego se tiraba al suelo y repetía que no podía levantarse porque le dolía mucho el estómago y estaba ansioso. A continuación llegaba una enfermera que le pedía que se levantara, y él se levantaba y volvía al hospital. [...] Solicité mantener una entrevista con los padres, sobre todo para saber qué les preocupaba; cuando llegaron, vi a mi paciente que estaba de pie contra el muro como Jesús crucificado. Los padres me parecieron personas amables, un poco extraños, pero buenas personas. Les pedí que regresaran en varias ocasiones más y registré las entrevistas. Las fui escuchando, y por primera vez hallé dobles vínculos en una sesión (Haley, en Simon, 1992, pág. 6).

En 1956 el grupo entrevista a 25 familias de clase media residentes en el área de San Francisco, constituidas por los dos progenitores, el paciente y el hijo. El objetivo de estas primeras «terapias familiares conjuntas» es grabar y filmar material útil para la investigación.

Las nuevas observaciones estimulan a Jackson a reelaborar y formalizar definitivamente su idea de la homeostasis familiar. Si se presupone que la familia es un sistema cerrado, cada individuo tenderá a mantener constantes sus parámetros interactivos, aun a costa de uno o varios miembros de la familia. La formulación

cibernética más rigurosa de este principio es que la retroalimentación negativa mantiene la homeostasis de un sistema reduciendo cualquier desviación que resulte de la introducción de nueva información. Jackson observa que los mecanismos que mantienen la homeostasis operan según reglas que condicionan la gama de las posibles variaciones de cada comportamiento dado:[11]

El concepto de homeostasis familiar deriva de la observación de que los procedimientos psicoterapéuticos llevados a cabo con un miembro de la familia pueden verse obstaculizados por el comportamiento de los demás miembros, o bien otro miembro puede presentar a su vez un síntoma cuando el paciente objeto del tratamiento mejora (Jackson y Weakland, 1961).

La homeostasis familiar no pertenece a la categoría del doble vínculo. El doble vínculo describe el *género de comunicación* que puede conducir a una persona a desarrollar comportamientos esquizofrénicos, pero también artísticos, creativos o humorísticos. La homeostasis explica el *motivo estructural* por el que tiene sentido que en una familia exista una persona esquizofrénica o, en una versión más estricta, que extraiga beneficios de la presencia de una persona esquizofrénica. El grupo publica en esos años numerosos artículos, discutiendo la hipótesis del doble vínculo y de los niveles lógicos del aprendizaje y la comunicación en los contextos más insospechados (Sluzki y Ransom, 1976). En total publicará 63 artículos (los únicos colectivos son el primero y el último, que se editó en 1962); Bateson escribe los más teóricos y Jackson los centrados en aspectos clínicos de las familias. El grupo Bateson, con el paso del tiempo, pierde cohesión, y según Haley (1976) fue mejor así. En palabras de Bateson: «Hay una diferencia fundamental entre mi perspectiva y la de Lidz y Wynne, e incluso la de Haley y Jackson. Ellos son investigadores clínicos, yo soy un teórico. Ellos siguen buscando ejemplos de narrativas generalizadas, yo sólo busco ejemplos de relaciones formales, capaces de ilustrar una teoría» (Bateson, en Lipset, 1980, pág. 237). Así, los trabajos de Jackson y Weakland se centran cada vez más en la familia, mientras que Haley se interesa principalmente por la forma que asumen las terapias, ya sean hipnosis ericksonianas o psicoanálisis. Son justamente estos trabajos los que revelan la nueva fascinación de Haley: el *poder*. Reflexionando sobre las posibles acepciones del término «control», Haley se convence de la posibilidad de ver la familia como una jerarquía en la que algunos familiares controlan a los otros y tienen más poder para establecer las reglas del sistema (Haley, 1959).

Se inicia así una disputa que escindirá en los años siguientes a la escuela sistémica. Si Bateson concibe cada sistema (por tanto también la familia) como un conjunto unitario pero en el que confluyen procesos de comunicación, Haley y Jackson la conciben como una organización jerárquica en la que los individuos luchan por establecer quién definirá las relaciones. Esta «metáfora que corrompe» (el poder, en palabras de Bateson) consuma la separación final del grupo, cuando concluía el plazo de su última subvención,

en 1962. Es una paradoja similar a las estudiadas en el proyecto: Gregory Bateson será siempre considerado el padre de todas las terapias sistémicas, pero abandona el grupo fundado por el mismo en el momento en que sus componentes se dejan llevar por la idea, a su entender peligrosa, de la terapia:

El proyecto se financiaba con fondos que procedían del campo de la psiquiatría; por ello nos dejamos influir mucho y de manera negativa, puesto que necesitábamos aplicar nuestro saber en aquel campo. Por muy bien intencionada que sea la idea de sanar al prójimo, la idea misma de «sanar» implica siempre una idea de poder (Bateson, 1976, pág. 14).

El trabajo del grupo continuará en años posteriores pero bajo otra forma: Bateson abandona definitivamente la psiquiatría por la etología, mientras que Jackson, Haley y Weakland terminan en el Mental Research Institute. Mientras tanto, el heterogéneo grupo Bateson ha abierto el camino a un nuevo modo de concebir las relaciones humanas y, a pesar de las ideas de su fundador, la terapia. En palabras de Jay Haley: «¿Qué más se podría pedir al director de un proyecto de investigación?» (Haley, 1976, pág. 140).

Terapias sistémicas

Don Jackson y el MRI

Mientras trabaja como consultor del proyecto Bateson, Don Jackson no deja de desarrollar sus propias ideas. En 1959 publica un artículo fundamental sobre «la terapia familiar conjunta» (Jackson, 1959), indicada como método de elección para el tratamiento de numerosos trastornos psiquiátricos a los que hasta entonces se habían aplicado exclusivamente terapias individuales. La descripción de la evolución del modo de tratar a las familias que participan en las primeras terapias revela también la concepción antagónica (en relación con los clientes) que los primeros terapeutas sistémicos tienen de su propio trabajo:

Nuestros esfuerzos iniciales se dirigían a proteger al paciente de sus padres y a hacer entender a la familia todo lo que pudiéramos extraer de las informaciones que nos proporcionara su hijo. Bastante lentamente, sin embargo, comenzamos a darnos cuenta de que, en primer lugar, el paciente no era una delicada violeta sino que era suficientemente capaz de dar la vuelta a la situación con sus padres y de bloquear las ambiciones del terapeuta. En segundo lugar, los padres eran personas infelices que habrían podido obtener ventajas de la terapia (Jackson y Weakland, 1961, pág. 222).

Tabla 2.2. Los ocho presupuestos básicos de Jackson[\[12\]](#)

-
1. *Homeostasis familiar:*
 2. *Retroalimentación negativa y positiva.*
 3. *Redundancia:* las personas implicadas en una relación de larga duración interactúan siempre de un modo

más formalizado, que puede ser catalogado por un observador como redundancia y del que se pueden deducir las «reglas descriptivas» que gobiernan el sistema.

4. *Hipótesis de las reglas*: cada familia es un sistema gobernado por reglas que no sólo describen, sino que prescriben el comportamiento de los miembros del sistema, mientras que la desviación de las reglas es sancionada mediante alguna forma de castigo.
 5. *Hipótesis sobre el cambio*: es necesario que se desarrollen reglas nuevas para que suceda un cambio en la relación.
 6. «*Quid pro quo*»[13] conyugal: cada matrimonio se funda sobre un *do ut des* (consciente o inconsciente) sobre el cual se basan las reglas familiares.
 7. *Puntuación*: es posible «secuenciar» los comportamientos de manera diversa, cada uno de los cuales da lugar a una visión distinta de la realidad.
 8. *Causalidad circular*: en los sistemas humanos, cada acción es causada por otra acción, y la causa, a su vez, es lo que hace insuficiente los paradigmas de tipo estímulo-respuesta.
-

Para no dispersar el patrimonio terapéutico que ha ido acumulando el grupo Bateson, Jackson funda en Palo Alto, en 1959, el Mental Research Institute (MRI), una pequeña asociación privada con el objetivo expreso de estudiar y formalizar un método de terapia familiar. Al principio, el personal del nuevo instituto es muy reducido: Jackson, una secretaria, Virginia Satir y Jules Riskin. Los dos últimos son, respectivamente, una terapeuta familiar con consultorio propio y un investigador; ambos son de Chicago y están muy motivados por la lectura de los famosos artículos del grupo Bateson. Tres años mas tarde, se unirán a ellos Haley y Weakland.

Muchas personas han confundido el proyecto Bateson [...] con el Mental Research Institute. En realidad no existe relación alguna entre ellos, salvo el hecho de que Jackson trabaja al mismo tiempo en el proyecto Bateson, como consultor a tiempo parcial, y en el MRI, institución que dirige. El proyecto Bateson continuó hasta 1962 independientemente del MRI, al que solamente le unía la participación de Jackson (Haley, 1976, pág. 119).

De hecho, Bateson era profundamente contrario al MRI, al que consideraba una especie de «Frankenstein» (véase Lipset, 1980).

El trabajo de Jackson permite desarrollar una serie de preceptos técnicos para la conducción de una sesión. En primer lugar, se establece el uso del espejo unidireccional y del trabajo en equipo en el curso de las sesiones. Como ya se ha señalado, fue Haley quien descubrió a Charles Fulweiler y su uso del espejo unidireccional. En 1957 Haley había observado el trabajo de Fulweiler, extrayendo no sólo la idea de usar el espejo, sino además algunas intuiciones decisivas para el desarrollo de la terapia sistémica:

No dejaba de preguntarme por qué Fulweiler entraba en la sala precisamente en determinado momento. Era un problema importante para mí, porque el mismo Fulweiler no podía justificarlo. Finalmente comprendí que las intervenciones requerían un cierto tiempo. Al principio pensaba que Fulweiler entraba para proporcionar apoyo al padre o para interpretar algo que había dicho la madre; pero después pude entrever que lo que en realidad hacía era *interrumpir las secuencias* (Haley, en Simon, 1992, págs. 9-10).

El uso del espejo unidireccional cambia la propia estructura de la terapia. El espejo,

en cierto modo, crea también al equipo terapéutico, en el sentido de que un equipo trabaja con la familia como si fuera un único terapeuta. La terapia familiar se convierte entonces en la terapia «pública» por excelencia, en la que la supervisión es casi siempre directa.

La concepción de Jackson es eminentemente funcionalista. El síntoma del paciente reviste, en el sistema familiar, una función vital en cuanto al equilibrio de las relaciones entre los miembros: la persona que presenta síntomas tiene por «función» la asunción de los problemas; su presencia permite además a los otros familiares no exhibir dificultades evidentes. Por lo tanto, es inútil centrarse en el individuo sintomático y no tomar en consideración a todos los demás. Así, el trabajo terapéutico primordial sería tratar de entender en qué contexto podría adquirir el comportamiento desviado un sentido razonable para el observador externo. La atención se centra en las formas de comunicación; precisamente las ideas del doble vínculo, la homeostasis y las reglas familiares no se ocupaban de «qué» sucede en la interacción, sino de «cómo» sucede.

Observemos las fases iniciales de una de las primeras terapias familiares conducidas en los inicios del modelo sistémico, descritas en un artículo de Jackson y Weakland (1961). Se trata de la familia de un paciente esquizofrénico de unos 30 años que regresa a casa tras haber estado internado durante cinco años en un hospital psiquiátrico. Las tres primeras sesiones transcurren, por un lado, procurando implicar al paciente, y, por otro, escuchando a los padres, que hablan durante largo tiempo de la enfermedad de su hijo. El observador que permanece detrás del espejo ha notado que los padres evitan hablar de sus propias relaciones, y le sugiere a su colega algunas preguntas sobre la relación conyugal, que inmediatamente hacen surgir los problemas de pareja (una infidelidad por parte del padre) desplazando el centro de interés de la sesión. Cada vez que el terapeuta vuelve a centrarse en la pareja, el paciente se muestra más involucrado y partícipe del clima emotivo de la sesión.

En la sesión siguiente el padre se presenta solo. Al parecer la madre está en cama debido a una enfermedad no identificada y el paciente le está esperando en el coche. El padre ha venido solamente para avisar que no podrán asistir a la terapia. Sin embargo, se detiene a conversar, y, para sorpresa del terapeuta, escribe sobre una caja de cerillas (presumiblemente para que sus palabras no sean grabadas)^[14] que él y su mujer se pelean de una forma tremenda. A continuación toma la caja de cerillas y la rompe. El padre no puede desahogarse y permitir que el terapeuta conozca sus desavenencias conyugales; sin embargo, ha abierto una brecha, y en las sesiones posteriores se revela que la madre no estaba enferma, sino que se habían peleado antes de la sesión y ella se había negado a asistir. Esta situación le alienta a hacer algunas consideraciones respecto a sus dificultades y a las del paciente (Jackson y Weakland, 1961, pág. 224).

El estilo de Jackson se basa en la discreción, pero al mismo tiempo es franco y directo; el terapeuta, muy atento a los esquemas de interacción de la familia, parece que relega a un segundo plano el juego de las emociones. Jackson se caracteriza por conceder una atención casi exclusiva a los procesos *cognitivos* de la familia. Transmite esta

prístina racionalidad al Mental Research Institute y desde él a todos los terapeutas de las generaciones posteriores.

Tabla 2.3. Características formales de la terapia familiar conjunta de Jackson[15]

-
1. El terapeuta es «claro, directo y explícito» en las comunicaciones con la familia.
 2. Los mensajes importantes son transmitidos a la familia no mediante largas explicaciones o aclaraciones, sino con comunicaciones «sobre los hechos» que tienen el objetivo de plasmar la comunicación de los familiares, entre ellos y con el terapeuta.
 3. El terapeuta anticipa las eventuales resistencias, como las acusaciones de parcialidad o la tendencia a no presentarse a las sesiones, previendo los mismos comportamientos.
 4. El terapeuta es muy activo: interrumpe algunas secuencias de comportamiento, provoca otras; no se limita a una escucha más o menos páticipa.
 5. El terapeuta no toma partido por ningún miembro de la familia, ni siquiera por el paciente.
 6. La atención del terapeuta se dirige primordialmente a la *forma* de la comunicación, a los patrones comunicacionales y no a los contenidos; se procurará así favorecer los cambios directos de las modalidades de comunicación de las familias en lugar de actuar sobre la conciencia o el *insight*.
 7. Los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia son considerados irrelevantes, por cuanto la situación terapéutica es muy diferente de la situación analítica.
 8. Desde el punto de vista del procedimiento, las sesiones son siempre grabadas (en audio y en vídeo) y son seguidas por un equipo de especialistas a través del espejo unidireccional; de este modo, un grupo de individuos (la familia) es tratado por otro grupo de individuos (el equipo terapéutico).
-

Jackson declara abiertamente que la familia «es» el problema y que será el terapeuta quien imponga las reglas, creando así una atmósfera expuesta incluso al riesgo de la ruptura traumática: si ello no sucede es probablemente gracias a la habilidad, sensibilidad y carisma de Jackson como terapeuta, muy atento a la comunicación analógica y capaz de comprender una situación de un solo vistazo.

El modelo del MRI queda así definido en sus líneas esenciales. De la atmósfera experimental y de libre investigación en la que había nacido conserva el espíritu curioso, el deseo de emprender nuevos caminos. Del estudio de la comunicación deriva la idea de que los comportamientos humanos son comunicacionales, no consecuencias de lo que sucede «dentro» de la persona. De la cibernética proviene la idea de que es necesario estudiar las secuencias de las acciones y no las acciones aisladas. Del movimiento de desinstitucionalización procede la atención constante al *contexto*, además de la voluntad de afrontar los grandes problemas de la psiquiatría, la psicosis y sobre todo la esquizofrenia. Del psicoanálisis deriva una definición negativa: la nueva terapia debe ser todo lo que el psicoanálisis *no es*; concretamente, la terapia sistémica, en todas sus variantes, niega por principio la importancia del *insight* para el cambio de los clientes, excluyendo cualquier comprensión de los procesos interiores.

Jackson busca en la familia las raíces de la patología, para después poner en acción los medios más oportunos para afrontarla. Tales medios son los «dobles vínculos terapéuticos». Con Jackson la terapia sistémica apenas ha dado sus primeros pasos; sin

embargo, sus escritos clínicos demuestran una sutileza y una capacidad de observación que generalmente trascienden los límites de sus mismas concepciones.

Terapias estratégicas

Milton Erickson[16]

Jay Haley considera a Erickson «el primer terapeuta estratégico y quizás el primer terapeuta propiamente dicho»; sus técnicas brillantes e imaginativas son las primeras en que podrán basarse los futuros terapeutas sistémicos. No obstante, Erickson no se consideró nunca un terapeuta familiar. No seguía regla alguna para convocar a los pacientes, a diferencia por ejemplo de Jackson, que requería la presencia de todos los miembros de la familia nuclear, o de Whitaker, que generalmente exige la presencia simultánea de los miembros de las dos familias de origen de los cónyuges. Erickson trabajaba con lo que los clientes le aportaban, sin imponer restricciones.

Probablemente su historia personal explica en parte tal actitud. Por diversos motivos, Erickson nace con más limitaciones que la mayoría de las personas: disléxico, daltónico y con cierta sordera tonal. Además, a los 17 años enferma de poliomielitis. Y precisamente de esta serie de infortunios nace la peculiar sensibilidad de Erickson. El primer ataque de poliomielitis le deja casi paralizado, obligándole a aprender las habilidades motrices prácticamente desde cero. Para poner a prueba sus propias capacidades recuperadas, Erickson llega a realizar, solo y con pocos dólares en el bolsillo, un viaje en canoa por el río de Wisconsin, según cuenta, navegando más de 1.900 kilómetros. Después de tal experiencia Erickson está convencido de que toda limitación no es más que una construcción mental y que los recursos de los seres humanos son superiores a sus limitaciones, en cualquier caso muy superiores a lo que piensan los terapeutas.

Nacido en Aurum, Nevada, en 1899, Erickson sigue a su familia al Este estableciéndose en Wisconsin. En la universidad de esta ciudad se titula en psicología y comienza a interesarse por la hipnosis, siguiendo los cursos de Clark Hull[17] y demostrando una instintiva habilidad para inducir el trance a todo tipo de personas. Ya en la Universidad de Colorado, estudia medicina y se especializa en psiquiatría. En 1930 es contratado como psiquiatra en el Worcester State Hospital y en poco tiempo se convierte en el médico jefe del servicio de investigación psiquiátrica. Pocos años después se traslada a Eloise, Michigan, para dirigir el centro de psiquiatría del hospital general de la ciudad, y será asimismo profesor asociado de psiquiatría y psicología en la universidad. Para vivir le resulta indispensable un clima cálido y seco, que encontrará en Phoenix, Arizona, adonde se retira abandonando todas sus actividades públicas, o casi todas: en

1950 figura entre los fundadores de la American Society for Clinical Hypnosis y dirige la revista de la asociación.

En cuanto llega a Phoenix, Erickson se limita a ejercer la práctica privada en su estudio. Pero incluso desde esa posición tan aislada logra establecer y mantener contactos bastante significativos. Erickson es un hipnotizador de renombre en 1938, cuando Bateson entra en contacto epistolar con él para profundizar en el estudio de algunas formas de trance. Pese a su instintiva desconfianza hacia un hombre que consideraba un «manipulador» (Haley, en Simon, 1992), Bateson sigue manteniendo el contacto con Erickson. Incluso organiza una serie de conversaciones entre los miembros del proyecto Bateson y Erickson, un médico clínico en sentido estricto. Precisamente gracias a estos diálogos, continuados solamente por Haley en la década siguiente, Erickson saldrá del ámbito relativamente limitado de la hipnosis.

A diferencia de todos los terapeutas familiares de este periodo, lo que Erickson ofrece no es una teoría. De hecho, sus teorías están poco definidas. Sus contribuciones más notables residen en su punto de vista sobre los seres humanos y sobre todo en una impresionante gama de técnicas. Aquí ofrecemos tan sólo una breve síntesis de las mismas. Las diversas terapias de la familia se caracterizan por su perspectiva positiva: resaltan los recursos más que las patologías de la familia. La idea central de Erickson es que cada individuo tiene dentro de sí las potencialidades suficientes para mejorar por sí solo. De ahí proviene la genuina confianza que Erickson logra inspirar a sus clientes y que es uno de los principales elementos de su capacidad creativa.

También su estilo de observación es peculiar. Erickson presta la mayor atención posible a todos los aspectos del lenguaje, tanto verbal como no verbal. Ello se debe en parte a su formación. El hipnotizador debe estar atento a las respuestas de los clientes, no sólo a las palabras, sino también a los tonos de voz y sobre todo a las expresiones neurovegetativas (movimientos oculares, respiración, modificación del color de la piel). Aunque el grupo Bateson teorizó sobre los canales de la comunicación, es Erickson quien funda en ello la praxis clínica.

Erickson sitúa en primer plano la *estrategia* de la terapia: hacer planes, buscar soluciones peculiares e inesperadas para conducir a los clientes en la dirección deseada. Es en gran parte gracias a él que la terapia familiar asimila el gusto por la novedad, por lo inesperado, por la ruptura de esquemas.

Tabla 2.4. Técnicas estratégicas de Erickson

-
1. Evitar la introspección y el insight.
 2. Prevenir y desafiar la resistencia.
 3. Prevenir las recaídas.
 4. Imaginar alternativas.
 5. Narración, anécdotas y metáforas.
 6. Amplificar las respuestas espontáneas del cliente.

Fue Erickson quien instituyó las «tareas para hacer en casa», utilizadas no por su contenido factual (como pocos años después harán los terapeutas comportamentales), sino por el significado simbólico que pueden asumir en la vida de los clientes y por la posibilidad de desviar así la atención de los síntomas y las ansias. Pocos años después los terapeutas sistémicos o estratégicos (y no sólo ellos) convertirán las tareas caseras y las prescripciones de comportamientos en elementos clásicos de la terapia familiar.

Erickson introduce en la terapia familiar el elemento de la sugestión: está claro que una relación asimétrica como la del *setting* psicoterapéutico trae consigo la posibilidad de la sugestión, que no puede ser descuidada en la relación terapéutica: existen al respecto actitudes más o menos favorables, explícita o implícitamente, sobre todo según los principios éticos (véase Boscolo y Bertrando, 1996, capítulo 2).

El trabajo de Erickson parece a primera vista puramente intuitivo, creativo, pero en realidad su análisis de la persona es cuidadoso y metódico. Precisamente esta característica —su atención al elemento sugestivo, que es analizado y explicitado y a la autoridad del terapeuta, que pasa al primer plano sin presionar y sin tener mala conciencia— hace que el trabajo de Erickson sea una experiencia irrepetible y difícil de comentar o de catalogar en una *summa* teórica. También es cierto que la sugestión/colaboración (con los clientes) tendrá gran importancia en los debates teóricos sobre terapia familiar, especialmente en la década de 1990.

Algunas características peculiares del trabajo de Erickson probablemente no tienen parangón. En concreto, la atención a los clientes: su «encontrar al cliente en su visión del mundo», pero también el ser en todo momento terapeuta, sin escindir la terapia de la vida:

No era una de esas personas con las que uno se puede sentar a conversar. Siempre estaba trabajando, siempre trataba de ser Milton Erickson, lo cual suponía para él tener la experiencia más profunda que toda persona pudiera sentir. En este sentido se puede decir que hipnotizaba: siempre trabajando, siempre maestro (Zeig, en Simon, 1992, pág. 38).

Sobre un punto concuerdan los antiguos clientes y alumnos de Erickson: su calor humano, su capacidad para dar lo máximo de sí mismo a los clientes o a los alumnos. Aun siendo un maestro de la técnica, Erickson no se siente tentado por la perspectiva de la ingeniería que adoptaban los terapeutas del MRI, y se acerca sobre todo a la poética irregularidad de Whitaker.

Un último caso clínico puede quizá dar idea de qué entendía Erickson cuando habla de encontrar a los clientes en su propio mundo. Cuando trabajaba en un hospital psiquiátrico se ocupó de un paciente, George, que hablaba exclusivamente mediante una incomprensible mezcla de palabras. Para entrar en contacto con él, estudió atentamente

el modo atípico en que George construía su lenguaje; después ensayó una y otra vez hasta que consiguió establecer un modo análogo. Se dirigió entonces al jardín del hospital psiquiátrico, hacia el banco donde a George le gustaba pasar la tarde, y se sentó junto a él en silencio. Cuando George formuló una de sus largas y habituales frases sin sentido, Erickson le respondió con su propia combinación de palabras. Después de dos semanas de esta curiosa interacción, George comenzó a insertar en sus propios discursos algunas frases sensatas, es decir, a hablar de manera comprensible durante periodos al comienzo breves y poco a poco cada vez más largos. A medida que proseguía su recuperación, George era capaz de hablar durante periodos cada vez más largos sin utilizar su peculiar mezcla de palabras, salvo al final de sus discursos cuando comentaba: «Nada mejor que un poco de sinsentido en la vida, ¿no le parece doctor?».

Terapias experienciales

Carl Whitaker

Carl Whitaker fue definido por Lynn Hoffman (1981) como el arquetipo del *great original* de la terapia familiar: un terapeuta que se creó a sí mismo, fuera de las grandes corrientes de la terapia, con un estilo único al que se puede considerar ciertamente casi equiparable a la personalidad de Whitaker. Un terapeuta abierto desde el comienzo a las nuevas ideas, incapaz de permanecer escondido detrás de su papel profesional. La terapia según Whitaker es una prolongación del modo de ser del terapeuta, y de ahí que durante muchos años no sea capaz de formalizarla en un método definido.

Nacido en 1912 en una granja de Raymondsville, en el estado de Nueva York, Whitaker crece en una comunidad rural aislada, totalmente inmerso en su amplia familia.

No tuve ningún contacto social hasta los 13 años. Mi hermano, el perro, mi padre y sus progenitores, mi madre y su madrina, todos ellos vivían juntos en una enorme casa. En síntesis, el mundo se reducía para mí a la intimidad de la familia (Whitaker, en Simon, 1992, pág. 104).

Crea así su propio mundo fantástico, con una gran sensibilidad hacia la familia y a la familia extensa y una total incompetencia social que le llevará, cuando tiene que enfrentarse a la escuela, a periodos de desadaptación y manifiesta paranoia. Se «curará» gracias a dos amigos, a los que describe más tarde como personas capaces de trabajar con él como si fueran dos colegas terapeutas.

A Whitaker le gusta narrar cómo terminó siendo terapeuta precisamente por su insuficiente formación: tras licenciarse en medicina y especializarse en ginecología, es contratado en 1938 como psiquiatra, a pesar de que carecer de preparación específica.

Practicando por sí mismo la aproximación a la locura en lugar de asistir a cursos al respecto, desarrolla una auténtica fascinación por el mundo de los psicóticos. Pasa a la Child Guidance Clinic de Louisville, Kentucky, donde aprende las terapias de juego con niños y donde se interesa especialmente por los aspectos simbólicos y no verbales de la terapia, además de centrar su trabajo en el «aquí y ahora» de la sesión, más que en el pasado de los pacientes.

En el último año de la guerra, Whitaker pasa a formar parte del personal psiquiátrico de la central nuclear de Oak Ridge, Tennessee, con la obligación teórica de tratar a veinte pacientes al día en terapia individual. Este trabajo tan intenso le lleva a privilegiar el *hacer* terapia en vez de *hablar* de terapia. La carencia de formación, junto a la necesidad de trabajar con pacientes retrasados y con marcadas transferencias, induce al joven psiquiatra a crearse un nuevo método de trabajo: la coterapia. Comienza a tratar a cada paciente junto con John Warkentin, un psicofisiólogo que había pasado por la psiquiatría, de forma que ambos pueden discutir lo que se plantea en la terapia en el curso de las mismas sesiones. En la coterapia, que se convertirá en una de las notas distintivas del método whitakeriano, los dos coterapeutas participan estrechamente en las interacciones emotivas que surgen en el transcurso de la sesión.

Una experiencia única cambió mi orientación de forma concluyente. Estaba tratando a un niño de 5 años usando un biberón que contenía leche caliente. El paciente siguiente era un psicótico en estado maniaco agudo. Vio el biberón y pareció excitarse. Succionarlo fue para él una experiencia orgásmica. En las doce entrevistas siguientes, cada una de ellas centrada en la intensa experiencia del biberón, consiguió salir de la psicosis; fue dado de alta y se reintegró a su trabajo (Whitaker y Keith, 1981, pág. 188).

Entusiasmado, Whitaker adopta la técnica del biberón para todo tipo de pacientes, hasta que se da cuenta de que esta técnica maternal resulta insuficiente por sí sola. Junto al grupo de colegas que está constituyendo, pasa entonces a practicar una terapia de juego casi violenta, que comprende luchas y severos enfrentamientos con los pacientes.

Además de estas técnicas, fui desarrollando una especie de picnolexia funcional. Me quedaba adormilado en mitad de la sesión y soñaba alguna cosa relacionada con el paciente que tenía frente a mí. Al compartirlo con el paciente, el sueño pasaba a formar parte de nuestra entrevista. Necesité años para superar la incomodidad que me creaba esta situación, pero gracias a ella desarrollé un proceso terapéutico (*ibid.*).

Todas estas técnicas presuponen una profunda implicación del terapeuta en los procesos emotivos de los clientes, además de un especial interés por su mundo simbólico: es una de las características que más separan a Whitaker de los terapeutas familiares contemporáneos. Si Bowen busca la distancia y «evita la transferencia», Whitaker la busca y la estimula; si el estilo de los sistémicos de Palo Alto es lúcido y racional, el de Whitaker, como el de cualquier cognitivo, es errático e intuitivo, puro instinto; si el analista Ackerman conserva siempre el control del *setting*, Whitaker parece ignorarlo; si

Milton Erickson muestra la actitud carismática y misteriosa del sabio, sopesando sus estrategias, Whitaker no pierde la ocasión de reconocer ante sus mismos clientes su propia incompetencia y su incapacidad para «salvarlos».

Creo que Erickson era un pensador mucho más que yo. Sólo en los últimos cinco o diez años he tratado seriamente de entender qué es lo que hago; hasta ahora me había preocupado más de vivirlo que de explicarlo. Pienso que Erickson preveía qué sucedería con cierta acción y después decidía hacerla. Yo, en general, primero actuaba y sólo después procuraba explicármelo a mí mismo, me felicitaba o me arrepentía de mi acción (Whitaker, en Simon, 1992, pág. 109).

Junto a Warkentin y Thomas Malone, Whitaker pasa en 1946 a la Universidad de Emory, en Atlanta, donde obtiene una cátedra de psiquiatría. Él y Warkentin comienzan a usar la coterapia («terapia múltiple») para el tratamiento individual de los esquizofrénicos. La cuestión central, para Whitaker, es explicar si los síntomas psicóticos pueden ser entendidos como un intento de procurarse competencia o dominio sobre las percepciones distorsionadas y sobre el equilibrio de la familia. Publica junto a Malone *The Roots of Psychotherapy* (Whitaker y Malone, 1953), libro donde condensa sus ideas sobre la terapia de la esquizofrenia: la terapia es una experiencia compartida, imaginativa y no verbal. La regresión del paciente debe ser estimulada a través de

el apego al biberón, el cuidado físico de los pacientes, así como otros medios que estimulen, tanto por parte del terapeuta como del paciente, el afecto necesario para la satisfacción infantil del paciente tratado. Por tanto, en terapia se reproducen algunos elementos de la relación madre-hijo (Whitaker y Malone, 1953, citado en Simon, 1992, pág. 101).

El libro es ferozmente criticado por los colaboradores del *American Journal of Psychotherapy*, que lo consideran «un *acting out*»: «Whitaker y Malone rechazan la historia, la cultura y la civilización, [...] revistiendo a la patología de un valor moral y elevando la irracionalidad a una supremacía trascendental» (citado en Simon, 1992, pág. 101); e incluso recomiendan que se les prohíba practicar psicoterapia. Sin embargo, Whitaker no parece dar mucha importancia a tales ataques.[18] Años más tarde, acompañará el constante apoyo que le brinda el equipo de Emory con su capacidad de afrontar las críticas sin perder el ánimo.

Whitaker toma en consideración a la familia, pero siempre por motivos prácticos. Es más aconsejable, y también más fácil, tratar directamente el lugar de origen de las regresiones del paciente. Whitaker tiene su idea particular sobre la familia: la considera una unidad global más que la suma de los individuos, y además cree que está dominada por procesos en parte inconscientes y en parte colectivos. El terapeuta Whitaker se sitúa como elemento perturbador, generalmente agresivo, y no como regulador de flujos de comunicación: soñoliento y distraído, parece pretender que sea la familia la que llame su atención.

Mientras tanto, y siempre mediante el trabajo sobre los esquizofrénicos, Whitaker entra en contacto con los terapeutas familiares. En Atlanta tiene tiempo para organizar conferencias sobre la terapia de la esquizofrenia: intensos fines de semana de cuatro días durante los cuales un pequeño grupo dirige entrevistas personales diarias con un esquizofrénico y su familia, mientras que los demás colegas asisten a las mismas detrás del espejo unidireccional; por las tardes discuten sobre las entrevistas realizadas. Esas reuniones periódicas y destinadas a todo el personal de la facultad culminan en la décima conferencia de Sea Island, de 1955, que muchos consideran la primera conferencia verdaderamente focalizada en los procesos familiares. Participan investigadores familiares de Filadelfia, como Rosen, y de California, como Jackson y Bateson.

Las posiciones extremas de Whitaker le hacen ganar autoridad, siendo un investigador respetado, aunque aislado, entre los terapeutas familiares. Se crea también un grupo de seguidores, pero se necesitará bastante tiempo para que se transforme en una verdadera escuela. Los motivos son fácilmente comprensibles, como se deduce de ciertas frases del maestro.

El factor más importante de la familia está relacionado con el cambio o con la imposibilidad de cambiar y la desesperación. Cuando los miembros de la familia están desesperados cambian; cuando no lo están permanecen inalterados (Whitaker, en Simon, 1992, pág. 103).

PROFESIÓN

En rigor, en estos años no existe aún una «profesión» que se pueda calificar de terapeuta familiar. Existen sin embargo varios profesionales, en su mayoría, como se ha visto, psiquiatras y psicoanalistas, que experimentan nuevas modalidades terapéuticas destinadas a niños con problemas o a jóvenes a los que se ha diagnosticado esquizofrenia. Se requerirán todavía algunos años más para que la terapia familiar atraiga más seguidores y se convierta en una profesión propiamente dicha. Movimiento pluricéntrico y polimorfo, la terapia familiar sufre una fuerte ósmosis entre sus diferentes componentes, a través de intercambios y experiencias.

Este primer grupo de terapeutas familiares constituye a su vez casi una familia. Boszormenyi-Nagy y yo hicimos una visita a Bowen (que había internado a familias enteras) y a Lyman Wynne en el NIMH; nos dimos cuenta de que compartíamos muchas de las ideas expresadas en los clásicos artículos de Bowen y Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch. Entramos en contacto con Ackerman, que fue el precursor de la terapia familiar con un artículo sobre la familia como sistema publicado en la década de 1930. Habíamos oído hablar del trabajo de John Bell con las familias. [...] Tuvimos noticia del grupo de Palo Alto a través de su fundamental artículo sobre el doble vínculo, además de otros escritos. Satir nos visitó en el EPPI, al igual que Bateson y Haley. Al Scheflen y Ray Birdwhistell estudiaban en el EPPI el lenguaje corporal de familias y terapeutas. Habíamos oído hablar del trabajo de Christian Midelfort en Wisconsin, uno de los primeros en tratar a pacientes psicóticos y a sus familias. [...] Fuimos a Atlanta a reunirnos con Carl Whitaker y su grupo. En su clínica, los colegas de visita no observaban las sesiones a través del espejo unidireccional, sino que eran invitados a participar en la sesión (Framo, 1996, pág. 294).

Los primeros simposios especializados de resonancia nacional tienen lugar en los congresos de la American Orthopsychiatric Association. Inmediatamente después, gracias a la influencia personal de Ackerman y Jackson, la terapia familiar aparece también en sus prestigiosos congresos anuales. En concreto, fueron esenciales los congresos de 1956 y 1957, celebrados en Chicago, en los que participaron Jackson, Bowen, Lidz y Ackerman. De la misma época son los seminarios organizados por Whitaker en Atlanta, mientras que se suceden los contactos más prácticos y menos formales: entre ellos las famosas conversaciones entre el grupo Bateson y Milton Erickson, la publicación de un ciclo de filmaciones de terapeutas familiares por parte del psiquiatra y estudioso de la cinestesia Albert Scheflen y los intercambios de grabaciones en vídeo con observaciones y evaluaciones cruzadas. Uno de los casos más singulares es el intercambio de grabaciones de sesiones terapéuticas entre el MRI y el NIMH, en 1959 (véase Jackson, Riskin y Satir, 1961), con el fin de evaluar los registros que había realizado Wynne para el MRI. Fueron necesarias diversas y cuidadosas observaciones del vídeo enviado por Jackson antes de que el grupo de Washington lograra entender que se trataba de un truco: el vídeo de Palo Alto correspondía a una sesión simulada, con Virginia Satir interpretando el papel de madre. Sorprendido en su estratagema, Jackson admite el engaño, pero aun así seguirá defendiendo que la sesión reproducía perfectamente a las familias reales e

ilustraba particularmente bien el doble vínculo.

Es necesario aclarar que la nueva disciplina no tiene en esa década relación alguna con los consultores familiares, que se han reunido en una asociación profesional, la American Association of Marriage Counselors. Pasarán todavía muchos años hasta que las dos profesiones se enfrenten de verdad.

3. 1960-1970: DESARROLLO

CONTEXTO

Ésta es la década en que sucede de todo, o bien que todo puede suceder. Pleno de esperanzas y al mismo tiempo violento, es un periodo de reformas y renovaciones que presenta características diferentes en las diversas partes del mundo. Se inicia con la renovación de las instituciones norteamericanas e inglesas, por obra de Kennedy y Wilson, con la regeneración de la Iglesia católica gracias a Juan XXIII, con algunas reformas embrionarias que hacen pensar en el milagro de la Unión Soviética de Krushev. De estos años son las baladas de Bob Dylan y las refinadas canciones de los Beatles, que dan lugar a una música juvenil de inigualable capacidad expresiva. En todo Occidente afloran movimientos de protesta que serán recordados colectivamente como «contestatarios»: los que protagonizan los estudiantes en Estados Unidos y en Europa, hasta el momento cumbre de mayo de 1968 en Francia; los trabajadores del «otoño caliente» de 1969 en Italia; las minorías étnicas, a partir de la afroamericana en Estados Unidos.

Pertenece a estos años el nacimiento, o más bien el renacimiento, del feminismo (estadounidense), ya activo en las décadas de 1930 y 1940 y luego frenado por el conservadurismo de los años cincuenta. Precisamente la profunda y radical insatisfacción de las mujeres de clase media, mucho más que la de las jóvenes universitarias, explica el gran éxito que alcanza el célebre libro de Betty Friedan, *Mística de la feminidad* (1963), y que se traduce en la fundación de la National Organization for Women en 1966. Estas mujeres se ven a sí mismas como mujeres relativamente jóvenes con hijos ya crecidos y con bien poco que hacer o que pensar: era inevitable que comenzaran a interrogarse sobre su propia condición. Sólo al final de la década, las mujeres más jóvenes entran de lleno en el movimiento.

La segunda corriente feminista se cruza con la que después se conocerá como «liberación sexual». Esta última, a su vez, es impulsada por diversas fuerzas: la rebelión política contra la hipocresía de los años anteriores, pero también la dinámica industrial de crear nuevos mercados (los «jóvenes», los solteros, es decir, también las mujeres). A medida que disminuye la fuerza subversiva de la rebelión política, constatamos que la herencia más duradera del decenio son justamente los cambios en las costumbres.

Evidentemente cambian también las familias. Nace en estos años la popularizada idea de que la «familia está en crisis», si bien los comentaristas más activos (véase Coontz, 1992) procuran desacreditar, mediante datos numéricos, tal teoría. Sin embargo, es cierto que las crisis familiares quedan al descubierto: aumento de divorcios, disminución de la tasa de natalidad, los jóvenes respetan menos a sus padres, etc. El trabajo terapéutico sobre la familia comienza a cambiar: lo que era una oportunidad de investigación se transforma en una necesidad social. En muchos casos, algunas técnicas de terapia

familiar serán vistas como una posibilidad de prevenir las disfunciones familiares y, en consecuencia (según la visión ambientalista que prevalece en la década), también de prevenir los trastornos y enfermedades mentales (Reisman, 1991). Los terapeutas familiares encuentran un terreno fértil, eludiendo el terreno de la consultoría familiar.

La década de 1960 transcurre entre guerras, revoluciones y otros lamentables acontecimientos: la guerra de Vietnam, que se convertirá, por muchas razones, en el acontecimiento cultural de la década; la Revolución cultural china, demasiado apresurada, tomada como modelo por voluntariosos revolucionarios de todo el mundo; los asesinatos de Kennedy y de Martin Luther King que apagan rápidamente muchas esperanzas. Durante los últimos años asoma en todas partes la represión; en Estados Unidos contra los estudiantes universitarios, en Checoslovaquia contra una población entera. En Italia, en el año 1969, una bomba marca el final de una época y hace surgir otra de un género totalmente distinto.

La economía eleva la producción y el consumo, pero al mismo tiempo en la sociedad se producen reacciones anticonsumistas que por primera y única vez son masivas. El binomio «cambio y esfuerzo» se extiende también a la psicología y la psiquiatría, influyéndolas profundamente.

Psicología y psiquiatría

Para la psiquiatría mundial, éstos son los años de las intervenciones en las comunidades. Mientras persiste en muchos lugares el declive de los hospitales psiquiátricos, los centros de psiquiatría comunitaria se multiplican. En Inglaterra se afianza el método de rehabilitación social, que prevé la construcción de centros donde los pacientes psiquiátricos, considerados enfermos mentales y no locos, puedan aprender un oficio. Al mismo tiempo se insiste en la disminución del número de pacientes para prevenir el daño de la institucionalización a largo plazo (Wing, 1978). La situación es similar en toda Europa septentrional (en Italia sólo pocas pero significativas voces, como veremos, tienen el coraje de enfrentarse al tema).

En Estados Unidos el Congreso aprueba en 1959 el Mental Health Study Act y constituye una comisión sobre las enfermedades mentales, que en 1961 publica un informe que hará historia: *Action for Mental Health*. Justamente después de este informe, el Congreso autoriza, entre 1963 y 1965, la construcción de una serie de centros comunitarios para la salud mental (Community Mental Health Centers). En 1965 el Congreso aprueba los programas de asistencia sanitaria pública Medicare (destinado a los ciudadanos con más de 65 años) y Medicaid (destinado a los ciudadanos con menos recursos). Ambos programas permiten a dichos ciudadanos acceder a la psicoterapia. En

el mismo periodo, una agresiva acción de un *lobby* termina por persuadir a muchas compañías de seguros privadas de que la psicología debía convertirse en una forma de tratamiento reembolsable. Como consecuencia se produce un impresionante aumento del número de psiquiatras y psicólogos (Vandenboos y otros, 1992).

Rápidamente, todo lo que atañe a la salud mental empieza a ser incentivado, especialmente en Estados Unidos. La psicoterapia se transforma en un fenómeno de masas. A esta nueva orientación debe su fortuna la terapia familiar: la psiquiatría de comunidad necesita nuevos instrumentos que integren los de la vieja psiquiatría de los manicomios, y la terapia de la familia puede ser uno de los modelos más dúctiles. Pero, a su vez, también la terapia familiar se modifica en respuesta a los nuevos requerimientos: en vez de permanecer en el campo de la investigación, como había hecho hasta entonces, deberá adaptarse a diversas circunstancias, abandonando las rigideces teóricas.

Psiquiatría crítica y antipsiquiatría

Además de los acontecimientos de tipo económico, la psiquiatría de la época experimenta un gran cambio intelectual. En todos los países occidentales la teoría y la práctica de la psiquiatría es revisada y generalmente atacada frontalmente. En breve tiempo surge una crítica radical de la psiquiatría y de las diversas terapias, a la que contribuye incluso Bateson. Además de él, destacaban los pensadores Foucault, Goffman y Szasz, mientras que entre los clínicos surgen los antipsiquiatras ingleses Laing, Esterson y Cooper, y los psiquiatras críticos y «políticos» italianos Basaglia y Jervis.

Pocos fueron los que en el pasado anticiparon tal crítica. Quizás el único precursor era el analista crítico por excelencia, Wilhelm Reich, el primero (ya en su *Psicología de masas del fascismo*, 1933-1942) que definió la familia como un centro de autoritarismo y sobre todo de *mistificación*.

De la posición y del papel de Bateson poco más se dirá. La década se abre con la monumental *Historia de la locura en la época clásica* de Michel Foucault (1961-1972), el singular historiador y filósofo francés. En su precisa descripción de la historia de la locura en Europa entre el Renacimiento y la Ilustración está implícita una crítica de la práctica psiquiátrica contemporánea. Según la lectura de Foucault, la psiquiatría, lejos de ser una aproximación al conocimiento científico y a la curación de los trastornos mentales, es una forma de segregación y de control social de los desviados que garantiza su reducción y sumisión dentro del orden constituido.

En el sereno mundo de la enfermedad mental, el hombre moderno ya no se comunica con el perturbado: por una parte está el hombre de la razón que confía la locura a un médico, autorizando que se le informe solamente a través de la universalidad abstracta de la enfermedad; por otra existe el hombre de la locura que comunica con el otro sólo mediante el intermediario de una razón igualmente abstracta, que es orden, represión física y moral. No existe un lenguaje en común. O mejor dicho, ya no existe (Foucault, 1961, pág.

Éste es sólo el inicio de una compleja reflexión que influirá mucho a los intelectuales europeos en los años posteriores. Las intuiciones de Foucault no serán recibidas por los terapeutas familiares sino veinte años después, gracias sobre todo al trabajo de Michael White.

El impacto de las obras de Erving Goffman, sociólogo de la vida cotidiana y gran desmitificador de las instituciones, es más sutil pero no inferior al de Foucault. Su *Asilos* (1961) refleja la vida de los grandes hospitales psiquiátricos estadounidenses. Los «perturbados» descritos por el imperturbable Goffman, observador partícipe armado de un libro de notas, no están rodeados de discursos incoherentes o de prácticas desviadas, sino que intentan adaptarse a la institución, de cuyas reglas y rituales son perfectamente conscientes.

En el mismo periodo aparece también el trabajo de Thomas Szasz, psiquiatra húngaro emigrado a Estados Unidos. La suya es probablemente la crítica más radical a la psiquiatría. Para Szasz la «enfermedad mental» es sencillamente una etiqueta, una *palabra*. Y si no es más que un término, aunque tenga extraordinarias consecuencias en la práctica, no pueden investigarse sus causas, como defendían muchos terapeutas familiares. Toda la historia de la psiquiatría es, por tanto, una historia de mitos —la enfermedad mental, la droga, la psicoterapia misma—, como Szasz se encargará de demostrar en una larga serie de afortunados libros (véase Szasz, 1961, 1971, 1978). La aparición de *El mito de la enfermedad mental* (Szasz, 1961) supuso su exclusión tanto de la comunidad psiquiátrica como de la universitaria, dejándole solamente la inalienable cátedra de profesor en el Medical Center Upstate de Syracuse, en el estado de Nueva York. Aun cuando admira la obra del grupo de Bateson y de otros iniciadores de la terapia familiar, Szasz les critica con cierta aspereza, sobre todo por no haberse pronunciado frente a la práctica de poder de los hospitales psiquiátricos donde trabajaban. Respecto al problema de la enfermedad mental, sin embargo, Szasz considera que la psiquiatría infantil oficial y la antipsiquiatría mantienen la misma línea. La única diferencia entre ambas posiciones, dice Szasz, es que los antipsiquiátricos usan una retórica paternalista que cambia el resultado etiológico de la enfermedad mental confiando las causas de esta última a la familia y a la sociedad en su conjunto, en vez de al paciente y al trastorno que padece (Micale y Porter, 1994).

Las críticas más violentas a la práctica psiquiátrica, de todas formas, no proceden de teóricos o de filósofos, sino de psiquiatras que trabajan en clínicas y están fuera de la crítica ideológica. La que pronto será definida en su conjunto como «antipsiquiatría» sigue dos líneas de desarrollo: por un lado, la del italiano Franco Basaglia, que se interesa por la política de la psiquiatría y analiza el problema de la institucionalización, derivado de la necesidad de renovar el sistema técnico (y ético) de la psiquiatría italiana. Para

Basaglia, el problema de la psiquiatría está ligado a la situación práctica del hospital psiquiátrico y a la cuestión institucional.

La otra corriente, más propiamente antipsiquiátrica, está representada por los ingleses Ronald Laing, Aron Esterson y David Cooper, que someten a discusión la raíz cultural de la locura y su relación con la situación social. Laing y Esterson realizan, mucho más que Basaglia, un corte fenomenológico radical en el enfoque de la locura para a continuación abordar el extremo opuesto, el problema de su curación: es la sociedad la que está enferma, no el hombre. Mientras que el modelo italiano prevé una importante acción política, sin la cual el sistema está destinado a perpetuarse, el sistema inglés intenta cambiar los valores científicos y culturales con el fin de renovar la práctica psiquiátrica.

Psiquiatra de formación psicoanalítica, con un marcado interés por la fenomenología y el existencialismo, Laing llega a refutar, en el curso de su propia práctica, gran parte de las teorías que predominan en el pensamiento psiquiátrico. Según él, la autenticidad de la persona (concepto clave de estos años) está más próxima a la «locura» que a la comprensión de los instintos hacia una vida productiva que se tiende a definir como «normalidad». La familia es probablemente, según defiende Laing, la institución más conservadora, la que tiene la función de sofocar desde la base y desde el principio las potencialidades de la persona para construir un hombre de una sola dimensión:

Desde el momento del nacimiento, cuando un bebé de la edad de piedra se tiene que enfrentar a su madre del siglo XX, el niño se ve sometido a constricciones ejercidas con violencia que se llaman amor, como les sucedió a su padre y a su madre, a sus abuelos, y a los padres de éstos. Estas presiones están orientadas originalmente a destruir la mayor parte de sus potencialidades, tarea que, en conjunto, fructificará: cuando el nuevo ser humano tiene cerca de 15 años, nos encontramos frente a un ser similar a nosotros, una criatura semidemente, más o menos integrada en un mundo loco (Laing, 1968, pág. 57).

De aquí deriva el concepto central de Laing, la *mistificación*, o escisión de la persona entre un yo verdadero y un yo falso, donde «parece que el objetivo de tal maniobra sea únicamente la defensa de una identidad “íntima” de la destrucción que se cree procede del exterior» (Laing, 1959, pág. 159).

Muchos terapeutas familiares habrían suscrito las ideas expuestas anteriormente. Pero la crítica de Laing alcanza extremos desconocidos para ellos. No se trata de encontrar un modo mejor, distinto, de sanar: se trata de pasar a la *política*, de sanar a la sociedad, el modo «esquizofrénico» de pensar en Occidente.^[1]

Como consecuencia, también los métodos de tratamiento psiquiátrico son rechazados en bloque, en favor de una aceptación incondicional de los actos y pensamientos de los pacientes. Aun siendo autor de algunos de los libros más influyentes de la psiquiatría de esos años, como *El yo dividido* (1959), *The Politics of Experience* (1968), *The Politics of the Family* (1969) y, con Esterson, *Sanity, Madness and the Family* (1964), Laing no escribirá jamás ningún «manual de terapia», no se dedicará a encontrar modos mejores

de sanar a las personas, puesto que la idea misma de «cura psiquiátrica» es contraria a su modo de pensar. Como máximo se trata de construir lugares distintos para que vivan los llamados locos. De ahí la experiencia de Kingsley Hall, la comunidad terapéutica para esquizofrénicos que Laing funda en Londres para darles un ambiente lo más libre de reglas posible, de manera que los pacientes puedan «ser personas los unos con los otros».

Italia es en este periodo un país en franco retroceso en cuanto a la evolución de la psiquiatría. Sin embargo, al mismo tiempo, como suele suceder, posee una de las voces más significativas: la de Franco Basaglia. Éste acepta el paradigma científico tal como es practicado en la medicina de sus primeros años de formación y de práctica. Posteriormente se centra en la objetividad científica y en sus aplicaciones en el campo psiquiátrico. Es imposible, sostiene, establecer el problema de la cura de la enfermedad en términos objetivos: se trata, en cambio, de darse cuenta de cómo el enfermo y la enfermedad influyen profundamente en la subjetividad del terapeuta. El análisis fenomenológico de Minkowski y Binswanger aparece como un primer medio para afrontar las críticas con la coraza de objetividad científica que la psiquiatría de la época se impone. El análisis fenomenológico, sin embargo, choca con la realidad del hospital psiquiátrico, donde, según Basaglia, las categorías fenomenológicas ya no funcionan.

A partir del encuentro con la práctica psiquiátrica [...] comienza la tercera fase, que puede calificarse de fase de negación institucional que llevará a la negación de la psiquiatría como ideología, ya que ésta tiende a producir justificaciones teóricas y respuestas prácticas a una realidad que la misma ciencia contribuye a producir, en la forma más adecuada para la conservación del sistema general en que está inserta (Basaglia, 1981, págs. xxi-xxiii).

Se inicia así la tercera fase del pensamiento de Basaglia, donde la presencia y las experiencias con el manicomio traen consigo una reflexión cada vez más política acerca de la situación de la psiquiatría. El trabajo de Basaglia, en esta etapa, se orienta hacia el análisis de la desestructuración de la personalidad del enfermo como un elemento perteneciente a la enfermedad mental y al mismo tiempo como producto de la institucionalización. El hecho de «poner entre paréntesis» la enfermedad provoca la férrea oposición de la psiquiatría académica, que considera que la teoría psiquiátrica adquiere sentido precisamente en ese paréntesis: Basaglia es tildado de veleidoso y de utópico, al tiempo que, dicen, se pierde en elucubraciones sociológicas. Por parte de la psiquiatría analítica las acusaciones se dirigen a la poca atención que se presta al «verdadero» problema que afecta también a las dinámicas presentes en el juego sociológico que Basaglia propone: el autor se defiende de tal crítica con la idea de que los juegos psicodinámicos se pueden tomar como referencia solamente cuando las necesidades primarias están cubiertas, pero si se vive entre el «estiercol» (*sic*) no sólo metafórico de la institución psiquiátrica es mejor tener presentes otras prioridades. Esta

idea corresponde a uno de sus trabajos más elaborados y sobre todo a sus libros *Che cose'è la psichiatria?* (Basaglia, 1967), donde por primera vez en un texto para profesionales psiquiátricos resuenan las voces de los propios internados en un manicomio; *L'istituzione negata* (Basaglia, 1968) y *La maggioranza deviante* (Basaglia y Basaglia Ongaro, 1971).

Si el problema de la recuperación del sujeto «enfermo» e institucionalizado acerca a Basaglia a Laing, la reflexión política sobre el poder le acerca a Foucault; en contraste con dichos autores, Basaglia está más preocupado por obtener resultados a través de una acción política concreta. En esta intrínseca complejidad radica la verdadera novedad de su teoría: cuando sus seguidores y sus sucesores próximos al populismo traten de reducir tal complejidad, se pondrá el acento en cuestiones sociales, arriesgándose a negar la enfermedad mental en pro de una suerte de retórica social antitética, pero análoga, a las posiciones psiquiátricas establecidas antes de Basaglia.

En su última fase, Basaglia se centra en la transformación de la realidad psiquiátrica mediante una política viable: esta necesidad deriva de la constatación de que el sistema se reproduce y que es mejor acabar con el vínculo de continuidad entre la sociedad y la institución psiquiátrica. En este sentido el punto cumbre de la obra de Basaglia enlaza la cuestión social con la cuestión técnica para convertirlas en una sola área de trabajo.

La antipsiquiatría, la psiquiatría política y la terapia familiar se desarrollan paralelamente en Europa. No obstante, se da una cierta y extraña duplicidad en la relación entre el pensamiento que a grandes rasgos podríamos definir como «antipsiquiátrico» y la terapia familiar. Si muchos terapeutas de la familia están fascinados e influidos por las tesis antipsiquiátricas, que cuestionan los fundamentos del *establishment* psiquiátrico contra el que en el fondo se rebelan los terapeutas familiares, el objetivo del pensamiento antipsiquiátrico es más radical. Por este motivo las teorías antipsiquiátricas y la terapia familiar se distancian un año después, hasta el extremo de ser radicalmente inconciliables.

Las reflexiones sobre terapia familiar que Laing y Szasz ofrecen, hacia 1985, a requerimiento de Richard Simon, director del *Family Therapy Networker*, arrojan luz al respecto:

En realidad renuncié a escribir hace una decena de años, después de haber concluido *The Politics of Experience*, porque ya no quería transmitir información a personas que comenzaban a hacer carrera como terapeutas de la familia (Laing, en Simon, 1992, pág. 28).

Los terapeutas de la familia no tienen teorías sino habilidades retóricas y sistemas de valores. Con ello quiero decir que son más o menos hábiles para hacer que las personas modifiquen su comportamiento y que tengan ciertas convicciones respecto a cuáles son los comportamientos deseables y no deseables. [...] No me opongo a ello, todos lo hacemos en repetidas ocasiones. Pero sí me opongo a disfrazar tal idea como si fuera una ciencia, a llamarla «terapia» (Szasz, en Simon, 1992, pág. 61).

Teorías

Las teorías de sistemas presentan una peculiar evolución. La cibernética procede de la ciencia computacional, que después se transformará en la informática. Esta última es una ciencia bastante distinta de la cibernética «humanista» de Wiener y Bateson, una lengua universal que debería haber unido los extremos más alejados del conocimiento dando cuenta de la complejidad del saber; la ciencia computacional es esencialmente ingeniería aplicada, que tiende a conducir todo a la simplicidad y previsibilidad de sus propios esquemas. En palabras del cognitivista Jerome Bruner:

El centro de interés pasó del «significado» a la «información», de la *construcción* del significado a la *elaboración* de la información. Y se trata de cosas profundamente diferentes. [...] Para la información no es relevante el significado (Bruner, 1990, págs. 21-22).

En sus primeros años, la teoría cibernética, que surgió como una teoría del *control*, se ocupó preferentemente de los mecanismos que favorecen la homeostasis dentro de un sistema, perjudicando inadvertidamente a los que promueven el cambio. Es evidente, por otra parte, que todos los sistemas evolucionan y se transforman en el curso de su existencia: la *morfogénesis* (Maruyama, 1968) es un factor tan esencial como la *morfostasis*, porque el cambio y la adaptación son indispensables para la supervivencia de los sistemas vivos.

No obstante, las posibilidades morfogenéticas de cada sistema están limitadas. La estructura de un sistema puede cambiar notablemente, pero debe mantener por lo menos su organización fundamental. La retroalimentación positiva, en teoría, puede derivar en fugas (*runaway*) que pueden alterar completamente la forma del sistema (Hoffman, 1971). Cuando la terapia familiar deja de interesarse exclusivamente en los trastornos psiquiátricos graves y comienza a ocuparse de otros problemas (por ejemplo, la desviación juvenil), se necesitan nuevos conceptos que describan procesos muy distintos a los elementos estáticos observados en las investigaciones sobre la esquizofrenia realizadas en familias de clase media. La denominada «segunda cibernética», es decir, la cibernética de las retroalimentaciones positivas (Sluzki, 1986), ofrece instrumentos apropiados.

Las teorías de Gregory Bateson tras abandonar la psiquiatría y la investigación psiquiátrica (hacia 1962), con la desaparición del famoso grupo, también merecen atención. Ya durante el proyecto, Bateson comenzó a tener dificultades. Como dice Haley: «Se encontraba en una curiosa situación. Estaba en contra de la hipnosis, también en contra de la psicoterapia y además no le gustaba la psiquiatría. Sin embargo, su proyecto se basaba en la hipnosis, la psiquiatría y la psicoterapia. De ahí que existieran

problemas» (Haley, en Simon, 1992, pág. 6). La solución de Bateson es radical: superar y limar las asperezas, la crueldad y las luchas por el poder que según él caracterizan a la psiquiatría y la misma psicoterapia (Bateson, 1976).

En *Perceval's Narrative* (1961), Bateson había definido su propia posición respecto a la esquizofrenia y a su «curación». La vida de Perceval es leída como la historia de un hombre que, por medio de los síntomas, llega a una comprensión más profunda de su propia existencia, dándose cuenta también de cuánto había de «patológico» en su condición prepsicótica de hijo limitado y obediente (véase Deriu, 2000). Así, tanto para Bateson como para Laing, la vida cotidiana es generalmente poco sana: la psicosis es análoga al arte, a lo sagrado, al humor. Deriva también de ello que Bateson crea más en la autoayuda que en la cura de los enfermedades, hasta el punto de que dedica al caso más clásico de autoayuda, los alcohólicos anónimos, uno de los últimos grandes ensayos sobre la psique humana, «The cybernetics of “Self”» (Bateson, 1969a). En el marco de esta visión desolada se encuadra también la polémica entre Bateson y el MRI. Según Peter Harries-Jones (1995), en 1962 Bateson comienza a trabajar en un libro sobre comunicación y esquizofrenia, pero el editor, Norton, decide retrasar la publicación del manuscrito: está preparando la edición de la *Teoría de la comunicación humana* de Watzlawick y Jackson, que saldrá a la luz en 1967, lo cual obliga a Bateson a renunciar a su proyecto, aunque no sin acritud. De hecho, se siente traicionado, tanto respecto a la autoría de las ideas reflejadas en dicho libro como respecto a la coherencia de sus ideas originales: la versión de Watzlawick y Jackson le parece plana y excesivamente adaptada a los usos psiquiátricos y terapéuticos, y además exponen una terapia del control y de la influencia que no les pertenece. A propósito de esto, escribe una dura carta a Watzlawick:

Me preguntaba cómo se sentirían los kahunas (sacerdotes hawaianos) si vieran las esculturas de su pueblo en el escaparate de una agencia de viajes. Ahora lo sé. Aunque tales figuras deleiten al hombre blanco que admira el arte aborigen, la agencia de viajes está actuando sólo de forma «pragmática». Esos tesoros suelen estar etiquetados correctamente en cuanto a su procedencia; pero a los nativos no les llega nada (Bateson, citado en Deriu, 2000, pág. 21).

Abandonando el proyecto en que ya llevaba diez años, Bateson escoge un campo de actividad distinto: el estudio del comportamiento animal. En los últimos veinte años de su vida, tanto sus discípulos como los terapeutas tratarán de reconducirle hacia esos territorios abandonados, pero se encontrarán con la férrea oposición del maestro. Por otra parte, Bateson sigue sosteniendo que la idea del doble vínculo ha sido su contribución más original al pensamiento del siglo XX, y no se cansará de escribir artículos en su defensa, desde «A note on the double bind, 1962» (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1963), el último escrito del grupo, hasta sus más elocuentes artículos, «Double bind, 1969» (Bateson, 1969b) y «The birth of a matrix or double bind and epistemology» (Bateson, 1978). Sin embargo, no defiende que el doble vínculo sea una

teoría causal de la esquizofrenia. Su pensamiento a este respecto es bastante claro, o mejor dicho, se esclarece con los años:

La teoría del doble vínculo sostiene que un elemento ligado a la experiencia está presente en la determinación o etiología de los síntomas, ya sea de la esquizofrenia o de modelos comportamentales afines como el humorístico, el artístico, el poético, etc. Obsérvese que la teoría no distingue entre estos subgéneros: no se aporta ningún criterio para decidir si un individuo se convertirá en un payaso, un poeta, un esquizofrénico o en una combinación de todos ellos.

Para denominar a esta familia de síndromes, utilizaré el término «transcontextual».

Por supuesto, la etiología de los síndromes transcontextuales debe incluir aspectos genéticos, los cuales presumiblemente actúan a niveles más abstractos que la experiencia (Bateson, 1972, págs. 294-295).

Su sistema de pensamiento, que llega a un amplio círculo de lectores gracias a la publicación de una recopilación de sus escritos, *Pasos hacia una ecología de la mente* (1972), está expuesto en su forma definitiva en *Mind and Nature: A Necessary Unit* (1979), primer libro original después de *Naven* (1936-1958). Con el tiempo, la teoría sistémica de Bateson se convierte en una epistemología global en la que cada sistema es visto como una «mente» y cada mente está inserta en una mente mayor, hasta llegar al sistema global, donde la mente se identifica con la naturaleza. En sus últimos años Bateson se dedica a elaborar una teoría de lo sagrado, que quedará incompleta y será el origen de un libro «reconstruido» por su hija y máxima colaboradora durante sus últimos años, Mary Catherine: *Angels Pear* (Bateson y Bateson, 1987).

Bateson siente que sus enseñanzas han sido manipuladas por todos los que usan sus ideas para obtener beneficios terapéuticos, y sobre todo cuando las emplean para crear modelos terapéuticos. Es evidente que, aun cuando forma parte del Board of Director de *Family Process* y aunque se le cita en todos los artículos sistémicos y en casi todos los artículos de terapia familiar de la época, Bateson no puede aprobar la implícita orientación ericksoniana y finalística de los terapeutas estratégicos que dicen seguir sus teorías. Paradójicamente, los terapeutas, sus discípulos, se asemejan más a los «ingenieros» del grupo de los cibernéticos, debido a la importancia que conceden al control:

Uno de los mayores errores sobre el ser humano en la comunidad científica, especialmente en la comunidad de los ingenieros, es la premisa de que es posible tener un control absoluto sobre un sistema interactivo del que se es parte. Ahora bien, ésta es una de las patologías más graves en la vida familiar, en las relaciones matrimoniales, en las organizaciones en general, etc. (Bateson, citado en Deriu, 2000, pág. 27).

Gregory Bateson muere en 1980 de un tumor pulmonar, en el Esalen Institute de Big Sur, donde trabajó durante los últimos años de su vida. Quizás el mejor comentario sobre su actividad, y en concreto sobre su relación con el mundo de la terapia, sea el de Ronald Laing:

[Bateson] estaba empeñado en transmitir a los demás su forma de ver las cosas, pero siempre constataba que no podía convencerles, a menos que cambiara radicalmente o que lo hicieran ellos. No había forma de comunicarles cómo veía él las cosas; los demás recibían lo que decía pero adaptado a sus propios términos. Creo que cuando [Bateson] murió era consciente de su derrota y había asumido su fracaso (Laing, en Simon, 1992, pág. 33).

Modelos

Las terapias psicoanalíticas no prosperan en esta década. El autor más representativo, Ackerman, ha dado ya forma completa a sus teorías y durante estos años se dedicará a ponerlas en práctica y a enseñarlas tal como son. Cuando en 1960 funda su propio instituto privado, el primero dedicado a la terapia y a enseñar la terapia familiar, lo denomina, con cierta grandilocuencia, *The Family Institute* (*El instituto para la familia*). Acepta sin embargo las innovaciones de los investigadores de Palo Alto, sobre todo el uso del espejo unidireccional y de las videograbaciones, que le permiten difundir entre sus alumnos el estilo provocador y apasionante del tratamiento de las familias.

Activo durante toda la década, Ackerman desempeña, junto a Jackson, un papel primordial en la creación de la primera revista sobre terapia familiar, *Family Process*. El Family Institute y el MRI se consolidan como las dos escuelas más importantes de terapia familiar. Nathan Ackerman muere a comienzos de 1971 debido a una antigua cardiopatía reumática. Después de su muerte, Don Bloch, que le sucede en la dirección del Family Institute, lo denominará The Ackerman Institute for Family Therapy.

Los restantes terapeutas estadounidenses de orientación psicoanalítica se ven sometidos a un progresivo desplazamiento. El discípulo más prometedor de Ackerman, Salvador Minuchin, crea su propio modelo terapéutico. También los terapeutas de Filadelfia, bajo la guía de Nagy, integran numerosos elementos sistémicos en la teoría de las relaciones objetales, inicialmente adoptada como punto de referencia. Entretanto, distintos psicoanalistas europeos se interesan por las innovaciones del otro lado del océano. En particular, Helm Stierlin, a su regreso a Europa, promueve la formación de un grupo de terapeutas analíticos alemanes, mientras que una psicoanalista italiana, Mara Selvini Palazzoli, constituye en Milán su pequeño grupo de investigación sobre terapia familiar (en este periodo, de clara orientación psicoanalítica).

Se consolidan en cambio, en estos años, los modelos en los que prevalece la visión intergeneracional: Murray Bowen llega a formalizar y comunicar al mundo la compleja arquitectura de su teoría, mientras que el grupo de Filadelfia encuentra justamente en la visión intergeneracional un modo posible de conciliar teorías sistémicas y psicoanalíticas. Además de las dos grandes escuelas intergeneracionales, otros terapeutas ensayarán variaciones sobre el tema del conflicto entre generaciones. El más notable es Norman Paul, según el cual el duelo es el componente más importante de las relaciones familiares:

existe una relación directa entre las respuestas de los miembros de una familia a la pérdida de un familiar y el establecimiento de patrones familiares rígidos y no adaptativos. Si el duelo no está elaborado de manera adecuada, se produce un «equilibrio patológico estable», en el cual se crea fácilmente un chivo expiatorio familiar cuya función es evitar que la familia preste atención al duelo. La terapia de Paul tiene como objetivo el «duelo operacional» (*operational mourning*), en el que los patrones familiares son modificados por medio de la libre expresión de sentimientos de duelo, la exhibición de los mismos y, en definitiva, su resolución mediante la acción de los terapeutas y en el contexto protector de la terapia (véase Paul y Grosser, 1965).

En cuanto a la psicoterapia en general, estos años han pasado a la historia sobre todo por el enorme éxito que alcanzan las distintas terapias experienciales. Abraham Maslow, Rollo May, Fritz Perls y Carl Rogers son algunos de los terapeutas más conocidos y seguidos. Sus ideas son profundamente liberales: el individuo debe poder crecer, debe liberar el potencial que tiene dentro y que se encuentra oprimido por las fuerzas del conformismo y del poder social.

No sorprende entonces que los terapeutas experienciales de la familia sean los más escuchados y, sobre todo, los más elogiados del periodo. En este panorama sobresale Virginia Satir, terapeuta humanista por excelencia, y el aislado Whitaker se convierte rápidamente en un gurú. Al mismo tiempo, muchas técnicas defendidas por los humanistas, como las técnicas de la *Gestalt* de Perls y el psicodrama de Moreno, pasan a la terapia familiar, aunque por medio de fuentes generalmente desconocidas.

Las terapias más típicas, y durante muchos años identificadas sin duda alguna con la terapia familiar *tout court*, son, sin embargo, las derivadas de las lecciones del grupo de Bateson y de Milton Erickson, cuyas enseñanzas son difundidas por Don Jackson hasta su prematura muerte en 1968. El fallecimiento de Jackson da lugar a una serie de herederos, cuyos modelos serán denominados orientaciones sistémicas y estratégicas; entre ellas se puede incluir también la orientación estructural de Salvador Minuchin. Es necesario recordar, de todas formas, que antes de 1970 no se habla de terapia estratégica, ni de terapia estructural, ni de terapia sistémica: estos términos serán difundidos más tarde por Haley (1973), Minuchin (1972) y Lynn Hoffman (hacia 1980), respectivamente. Pero es en estos años cuando se sientan las bases de las obras de Haley, Minuchin y el grupo de terapia breve del Mental Research Institute. Las investigaciones de los fundadores de cada una de estas orientaciones mantienen estrechas conexiones, creándose entre ellos filiaciones insospechadas.

Jackson, seguido inmediatamente por Haley y Weakland, perfecciona en el MRI su modelo de «terapia familiar conjunta». Haley, impulsor de las técnicas de Erickson, convierte el pragmatismo del maestro en un modelo fácilmente transmisible y basado en conceptos de poder y jerarquía. Distinto es el itinerario de Minuchin, del que ya hemos

hablado en su faceta de psicoanalista y terapeuta de familias desfavorecidas. En 1966 Haley expone sus líneas estratégicas en la Philadelphia Child Guidance Clinic dirigida por Minuchin, dando inicio así a un importante intercambio de experiencias clínicas.

Un fenómeno específico de la década es el progreso de las diversas formas de terapia de redes sociales, que van desde los grupos multifamiliares de Peter Laqueur pasando por las terapias de redes de Ross Speck y Carolyn Attneave, hasta la terapia de impacto múltiple del grupo de Galveston. Son modelos que deben mucho al espíritu de la época y al imperante elogio de la sociabilidad. No es casual que todos estos modelos tiendan a desaparecer de la escena con el ocaso de la década y de sus certezas.

Se trata en realidad de modelos que van en una dirección diferente a la que toma la profesión en esta década: son terapias adaptadas al ámbito institucional, a los hospitales psiquiátricos y a los centros comunitarios, pero inutilizables en el ámbito de las consultas privadas, donde comienzan a trabajar la gran parte de los terapeutas. Serán descubiertos veinte años más tarde: la terapia multifamiliar de William McFarlane, la intervención de redes de los terapeutas sistémicos, así como su trabajo sobre los «sistemas significativos» y su «sistema determinado por el problema».

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapias psicoanalíticas

Helm Stierlin

A partir de 1965 Stierlin se define a sí mismo como un terapeuta familiar de orientación psicoanalítica, en lugar de como psicoanalista, y colabora con Wynne en el NIMH. Resulta aún muy interesante en estos años conciliar el paradigma psicoanalítico con el de la terapia familiar. Stierlin (1975a) cita a Kuhn (como siempre se hace cuando se desea establecer distancia entre dos teorías y al mismo tiempo proclamar a la última como la más significativa, al modo de Hegel) para sostener que la terapia familiar nace a partir del psicoanálisis. Los elementos que separan a ambos son muchos: la importancia del sistema respecto al individuo; la importancia de la interacción manifiesta de procesos psíquicos no manifiestos; la importancia del activismo terapéutico respecto al comportamiento de un observador externo. En contrapartida, acerca de los elementos que conectan a los dos paradigmas, escribe Stierlin:

Me parecen relevantes sobre todo los mecanismos invisibles, y en gran medida inconscientes, que reencontramos en el psicoanálisis, como los conflictos y las defensas endopsíquicas, y en la dinámica familiar, los mitos familiares, los procesos de delegación, los vínculos de lealtad, la unión de vergüenza y culpa (Stierlin, 1975a, pág. 14).

El comportamiento de Stierlin es ejemplar: por un lado sigue la teoría psicoanalítica; por otro, siente curiosidad por todo lo que se apunta en el campo de la terapia familiar, muy alejado del psicoanálisis; su crisis es la misma que sufren todos los psicoanalistas después de Ackerman.

Mara Selvini Palazzoli[\[2\]](#)

Puede parecer extraño citar a Mara Selvini Palazzoli, conocida por su intransigencia respecto a la teoría de sistemas, entre los terapeutas de matriz psicoanalítica, pero Selvini —y el primer equipo que constituyó— no pasará a la teoría y la praxis sistémicas hasta 1971: hasta ese momento, sus experimentos siempre están relacionados con el psicoanálisis. Nacida en una rica familia de Milán, Mara Palazzoli (su nombre de soltera) muestra enseguida su espíritu rebelde. Cuando tiene que matricularse en la universidad escoge medicina, no por vocación, sino porque es la única carrera que no se podía cursar en la Universidad Católica, que es donde su madre quería que estudiara.

Debo la suerte de ser psicoterapeuta a dos atributos de mi carácter: la crítica constante y la curiosidad. A

finales de la década de 1940 me estaba especializando en medicina interna, jamás había pensado en la psiquiatría. La guerra había terminado y el milagro económico estaba en auge. Había terminado la época del racionamiento y del hambre. Las tiendas estaban llenas de alimentos, y justo en ese momento histórico llegan a la clínica universitaria las primeras anoréxicas. Nunca habíamos visto casos así. El encuentro con estas jóvenes me impactó muchísimo. No sólo no comían, sino que escondían la comida o incluso la vomitaban. [...] La curiosidad que suscitaron en mí estas muchachas fue tal que decidí abandonar la medicina interna (Selvini Palazzoli, en Doherty, 1999, pág. 14).

Tras contraer matrimonio con el cardiólogo Aldo Selvini, Mara Selvini Palazzoli trabaja como psicoanalista, tras un análisis con Gaetano Benedetti, y dedica diversos años justamente al problema de la anorexia nerviosa, enfermedad de la que será una afamada experta en Europa. En 1963 publica su libro *L'anoressia mentale* (Selvini Palazzoli, 1963, 1981), que le da fama, pero que no aplaca sus inquietudes. Siempre ansiosa de nuevas experiencias, al cumplir los 40 años interrumpe su labor profesional y se dedica a leer, entre otros, gran parte de los libros y de los artículos existentes sobre terapia familiar. En 1967 emprende un viaje de estudios a Estados Unidos. Invitada por James Framo a participar en el congreso de 1967 de Filadelfia, el mismo en que Bowen revela su historia personal, en él se despierta un definitivo interés por la terapia familiar. En Nueva York, invitada por el entonces director del Instituto de Psicoanálisis, Silvano Arieti, encuentra a Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, que estaban completando su formación psicoanalítica.

Al regresar a Italia, Selvini Palazzoli funda el Centro para el estudio de la familia, un centro privado independiente que no recibe financiación de instituciones sanitarias o universitarias. Mientras tanto, Boscolo decide abandonar Estados Unidos y regresar a Italia. Cecchin le sigue un año más tarde. Ambos van al centro psicoanalítico milanés que dirigen Selvini Palazzoli y Pier Francesco Galli y se adhieren al Centro para el estudio de la familia. El grupo comprende inicialmente a Severino Rusconi y Paolo Ferraresi —junto a los que Selvini Palazzoli escribe sus primeros artículos sobre intervenciones familiares (Rusconi y Selvini Palazzoli, 1970; Selvini Palazzoli y Ferraresi, 1972)—, Simona Taccani y Gabriele Chistoni, además de Boscolo, Cecchin y Giuliana Prata.

En los primeros años, la terapia que desarrolla en el centro es de orientación psicoanalítica: las familias son tratadas a lo largo de diversas sesiones semanales, con interpretación de las dinámicas inconscientes y de las transferencias. Una parte del grupo, sin embargo, no estaba satisfecha con el trabajo y con los resultados obtenidos. En concreto, Selvini cree que puede resultar interesante asumir las posibilidades que ofrece la *family systems therapy* en lugar de aplicar los principios analíticos:

Tuve muchas dificultades para formar un equipo que estuviera dispuesto a adoptar el modelo sistémico. [...] La única solución posible era la separación; así, a finales de 1971 formé un nuevo equipo con Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, todos ellos psiquiatras, pero con una vertiente psicoanalítica; todos estaban desilusionados con el psicoanálisis y buscaban algo nuevo (Selvini Palazzoli, en Doherty, 1999, pág. 15).

Terapias intergeneracionales

Murray Bowen

Al tiempo que comienza a ocuparse de la familia de origen, Bowen lucha con sus propios conceptos teóricos para transformarlos en un conjunto orgánico. Se requerirán cinco años, desde 1961 a 1966, para escribir «The use of family therapy in clinical practice» (Bowen, 1966), donde se pone de manifiesto que la teoría es para Bowen el origen y el fundamento de la práctica.

Comienzan años de arduo trabajo personal: repetidos intentos de escapar de la unión con su familia de origen, de la relación preferencial con su madre, de la conflictividad con su hermano pequeño, que está muy adaptado a la situación familiar y representa el papel del hermano mayor responsable, mientras que la mayoría de sus hermanas asume el papel del familiar disfuncional que podría, en una familia menos diferenciada, transformarse en algo somático. En aquel periodo Bowen se da cuenta de cuán difícil le resulta ser objetivo cuando está con su padre y su madre, y también de la importancia de desarrollar una relación individual, no triangular, con cada uno de ellos.

Al comenzar mis investigaciones observé que cuando un miembro de la familia comenzaba a «diferenciarse de su propio yo» tenía lugar un rápido cambio en las familias caóticas y problemáticas. [...] Generalmente, al final, uno de los miembros, no pudiendo hablar en nombre de todos, comenzaba a definir su actitud y lo que habría querido hacer o dejar de hacer (Bowen, 1979, pág. 94).

Basándose en lo que sucede en las familias a las que trata en terapia, Bowen halla un modo de definir su propia posición (su propio yo) en primera instancia en el contexto de su trabajo. Aplicará después este mismo principio a su propia familia (actual y de origen), tratando de mantener relaciones lo más directas y personales posibles con cada familiar y evitando las relaciones colectivas.

Inicia un estudio profundo de su propia familia, una investigación que le lleva a cientos de kilómetros de distancia para poder ver con sus propios ojos los lugares donde habían vivido y prosperado sus parientes maternos y paternos, y no va solo, sino acompañado de alguno de sus progenitores: de este modo, logra, casi superando sus propias expectativas, recuperar una relación profunda y sentida con su padre y su madre.

Durante los últimos meses de 1966, Bowen trabaja para poner en práctica, en el seno de su propia familia, los conceptos que ha vislumbrado en su teoría: «Por experiencia he aprendido que cuanto más conoce un terapeuta a una familia, más se conoce a sí misma la familia, y que cuanto más aprende la familia, más aprende el terapeuta» (Bowen, 1979).

La última fase de su diferenciación personal está descrita en el célebre artículo «On the differentiation of the Self» (Bowen, 1972). Los años de esfuerzo, investigaciones y viajes no fueron suficientes para hacerle llegar a esa objetividad *en presencia* de la familia que cree indispensable para su éxito como hombre y como terapeuta. El periodo fue, sin embargo, fructífero, ya que Bowen elabora el concepto de triangulación, o tendencia de todas las parejas humanas a incorporar a un «tercero» en sus transacciones, de forma que resulta imposible la relación diádica y aumenta al mismo tiempo la posibilidad de fusión.[3] Bowen se da cuenta entonces de que es imposible salir de los numerosos triángulos nacidos de la interacción entre padres y hermanos. El artículo mencionado ofrece un relato vívido y detallado del fin de semana en que Bowen resuelve de una vez por todas esa atormentada relación: al cabo de una serie de cartas, entrevistas y llamadas telefónicas termina por quedarse solo, sin aliados, en lo que será el choque definitivo con su hermano.

Mi objetivo principal era arrojar luz sobre el triángulo que implicaba a mi madre, a mi hermano menor y a mí, y, si fuera posible, incluir también a mi padre. [...] En esos casi tres años de experiencia familiar,[4] la familia se mantuvo en el mejor nivel de adaptación. Se desencadenaron ansiedades y pequeñas crisis, pero menos intensas que antes. Asumí entonces un nuevo papel dentro de la familia al que denominé el rol de «quien se está diferenciando» (Bowen, 1972, págs. 105 y 114).

Un hecho aún más importante es que Bowen decide sacar a la luz y describir el desarrollo de su proceso, un raro ejemplo de terapeuta familiar que expone públicamente su trabajo con su propia familia de origen. La presentación tuvo lugar en Filadelfia, en 1967, en el transcurso del Congreso sobre metodología de investigación en terapia familiar organizado por James Framo (Framo, 1996). El modo de exponerlo respondía al más puro estilo Bowen: en un imprevisible *coup de théâtre*, el hombre de Georgetown que debía hablar sobre su escala de diferenciación familiar saca de repente un discurso totalmente distinto, y, casi temblando, expone ante todos los presentes el trabajo sobre su propia familia de origen (a Framo le dirá después que quiso mantener en secreto el tema para poder diferenciarse incluso de la «familia» de los terapeutas familiares).

Poco después Bowen comentará la acogida que tuvo su conferencia entre los asistentes al congreso, entre los que figuraban renombrados terapeutas familiares (Nagy y Framo, Ackerman y Whitaker, Bell, Weakland y Minuchin, con Watzlawick como moderador), como sigue:

Puedo decir que hubo al menos una persona que comprendió que mi discurso estaba destinado a la «familia» de los terapeutas familiares. Carl Whitaker, a quien considero uno de los más dotados y versátiles terapeutas familiares, comenzó a hablar de triangulación con su comentario acerca del hecho de que habría querido ser mi hermano, ante lo cual yo respondí diciendo que habría podido serlo del mismo modo que lo era Nathan Ackerman. [...] Mi impresión es que el impacto emocional de mi presentación me puso en *one up* respecto a los participantes, salvo frente algunos de ellos, como Whitaker, que tenían siempre una respuesta preparada (Bowen, 1978, pág. 528).

En la relación con su propia familia, Bowen perfecciona y afina su posición de terapeuta: cercano a la familia, pero en una posición «objetiva», no se alía con ninguno, pero mantiene la suficiente distancia como para poder manejar los triángulos sin ser triangulado. Hace uso de su intelecto más que de sus emociones y afectos. Todo esto tiene consecuencias importantes sobre el modelo terapéutico. El terapeuta puede ayudar a la familia sólo hasta su propio nivel de diferenciación, de ahí que deba perseguir la máxima diferenciación: este punto constituye uno de los principales elementos de la terapia boweniana.

Quizá de esta actitud consciente, junto a sus inclinaciones personales, deriva su fama de hombre distante y frío. Y quizás ahí resida la explicación de que las modalidades terapéuticas bowenianas sean tan distintas a las empleadas por la inmensa mayoría de los terapeutas familiares de su época: el terapeuta trabaja solo, sin equipo y sin espejo unidireccional porque la responsabilidad debe ser absolutamente individual: Bowen preferirá siempre tratar a las parejas para ayudarlas a diferenciarse de las familias de origen, o incluso trabajará con los miembros de la pareja por separado, con la convicción de que un aumento de su diferenciación ayuda al sistema familiar en su conjunto. En cuanto a la conciencia del yo y la diferenciación, Bowen está relativamente próximo a Ackerman y Whitaker; se aleja en cambio notablemente de la posición del terapeuta. En definitiva, la nota característica de la escuela boweniana de los años siguientes será que la importancia dada a técnicas o procedimientos específicos es mínima: si el terapeuta está bien diferenciado y es consciente de su tarea, tiene todos los requisitos para cumplir con su trabajo, sin necesidad de aprender estrategias o trucos. Bowen defiende así, junto a Whitaker, una actitud técnica opuesta a la praxis sistémico-estratégica de Jackson, Watzlawick y Haley.

La exposición de su propia experiencia en el congreso de Filadelfia hace ganar a Bowen una gran cantidad de seguidores. En 1966 funda su propio instituto, que obtiene inmediato reconocimiento y al que llegan múltiples solicitudes de admisión. Lo que se inicia en 1967 es la edad de oro de la *Family Systems Therapy*, que será conocida simplemente como *Bowen Therapy*.

La escuela de Filadelfia

A partir de 1960, comienzan a madurar muchas de las ideas sobre las que trabajaban los terapeutas del EPPI, alejándolos de la adhesión incondicional al psicoanálisis que había caracterizado a dicho centro en su primera época. A medida que va definiendo su modelo, Ivan Nagy advierte la acuciante necesidad de conciliar los dos polos entre los que se mueve su concepción de las relaciones humanas: la interioridad y la relación. A lo

largo de la década, además, poco a poco se extiende en este grupo de investigadores la idea de que el trabajo no debe limitarse necesariamente a analizar la familia nuclear, las transacciones nucleares o las transacciones del aquí y ahora; surgen modelos de conexión multigeneracional (Boszormenyi-Nagy, 1965) en las estructuras conceptuales y en las metodologías clínicas.

Nagy llega así al concepto de «psicoterapia familiar intergeneracional dialéctica» (véase Boszormenyi-Nagy, 1965). Una de las hipótesis fundamentales de esta concepción es la imposibilidad de separar el yo (individuación) de la relación, una hipótesis que contrasta con la de Bowen. Así, si para Bowen una de las tareas del ser humano es diferenciarse de la herencia recibida en el curso de las generaciones, para Nagy se trata en cambio de encontrar el sentido del yo en la continuidad y en el reconocimiento de la deuda que cada uno tiene con los que le han precedido; es por tanto un concepto ético.

A estos años pertenece también la idea de «contrato terapéutico multigeneracional»: Nagy es uno de los primeros que quiere evitar actitudes culpabilizadoras en los familiares del paciente sintomático e inmediatamente percibe la importancia de la equidad en las relaciones terapéuticas. Nagy opta así por una implícita orientación hacia la ética de las relaciones, que tendrá una fuerte influencia sobre el curso futuro de su trabajo, aunque aún no lo reconoce como punto central «para la terapia familiar conjunta». Con Spark y Framo comienza a investigar las potencialidades terapéuticas que se encuentran en la ética de las relaciones transgeneracionales, por ejemplo, en los conceptos de «lealtad» y de «fidelidad gratificante» (Boszormenyi-Nagy, 1966, 1972). El concepto de «lealtad», que será el más importante de toda su teoría, alude a la deuda que la vida impone a cada nueva generación y constituye un *a priori* ético que informará toda la teorización posterior.

Comienzan también a perfilarse los papeles que desempeñarán los distintos miembros del grupo. Geraldine Spark se convierte en la colaboradora más cercana de Nagy, mientras que James Framo es el que presta más atención en este periodo al método y a la investigación. Otro psicólogo, Gerald Zuk, sobresale por sus trabajos teóricos. Los terapeutas del EPPI descubren que en el Philadelphia Psychiatric Center un grupo de colegas dirigido por Al Friedman, entre los que figuran John Sonne, Oscar Weiner y Ross Speck, se interesa por la «terapia familiar conjunta». En 1964 los dos grupos se unen en el recién fundado Family Institute de Filadelfia (réplica del Family Institute de Nueva York de Nathan Ackerman), que presidirá el propio Nagy.

El relevante libro *Intensive Family Therapy* (1965) desencadenará un gran debate sobre la terapia de la esquizofrenia entre los más importantes terapeutas familiares de orientación psicoanalítica y los investigadores que no pertenecen a la terapia familiar pero que comparten algunos de sus presupuestos, como Ronald Laing y Harold Searles. Las

reacciones frente al libro son muy variadas. Algunos lo consideran de capital importancia, pero otros son muy críticos. El más duro fue Jay Haley, quien, como principal representante del legado de Bateson y Erickson, además de incansable crítico del psicoanálisis, no tolera la perspectiva, a su juicio, demasiado psicoanalítica de la obra y la ataca impetuosamente desde la tribuna más prestigiosa de la terapia familiar, la revista *Family Process*, de la que era director (Framo, 1996). Haley critica sobre todo la pretensión de Nagy y Framo de definir su experiencia terapéutica como psicoanalítica: no se trata de psicoanálisis, sino de una modalidad híbrida de tratamiento de las familias, que es ineficaz y que utiliza el lenguaje psicoanalítico sin conservar ni el espíritu ni la estructura del método.

Ésta no es ciertamente la posición de los terapeutas de Filadelfia, convencidos en cambio de que la óptica individual del psicoanálisis puede ser integrada de forma útil en la terapia familiar. Aun cuando se sitúa en el extremo contrario a Bowen, la terapia intergeneracional de la escuela de Filadelfia comparte con éste un esencial elemento implícito: el último destinatario de la acción terapéutica no es la familia sino el individuo.

TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS

Terapias sistémicas

El Mental Research Institute[5]

A finales de 1959, el MRI de Don Jackson se traslada definitivamente a su pequeña y modesta sede de la avenida de Palo Alto, en la bahía de San Francisco. Inicialmente, el centro era, como lo describe Arthur Bodin en 1969, «un instituto multidisciplinar sin afán de lucro» y su objetivo era investigar las comunicaciones y la naturaleza de las interacciones de las familias con otros sistemas sociales.

Gracias al creciente interés por la terapia familiar el MRI recibe una serie de subvenciones. Es la primera vez que se crea un centro no sólo para investigar sobre la terapia, sino para formar a una comunidad de clínicos que hagan de ella su profesión.

Entretanto, se incorporan al instituto nuevos miembros. En 1961 llega Paul Watzlawick; en 1962 se unen Jay Haley y John Weakland, desde el desaparecido grupo Bateson. Los campos de interés del MRI son en esos momentos la clínica, la formación y la investigación. En lo que respecta a la clínica, Jackson (principalmente) y Weakland publican importantes artículos sobre las normas familiares y sobre el *quid pro quo* conyugal.

La fundación del MRI afecta especialmente a los hospitales y las universidades locales, por tanto, a profesionales de procedencias siempre más remotas. Mientras tanto, la esquizofrenia se convierte en uno de los principales temas de interés, aunque no el más importante: se trabaja ahora sobre las patologías psicosomáticas y el potencial intelectual de los niños en edad escolar, dejando al margen las aportaciones familiares.

No obstante, la investigación cualitativa será la mayor aportación del MRI en estos años. El instituto está en la vanguardia tecnológica en el campo de la terapia familiar: después de haber asimilado del grupo Bateson el espejo unidireccional, la grabación en audio y la costumbre de filmar las sesiones, pasa a emplear una técnica totalmente novedosa en aquellos años: la videograbación.

Sus ventajas son evidentes en el campo de la enseñanza: los vídeos permiten mostrar a los alumnos la primera sesión de una familia y después confrontarla con la sesión siguiente; o mostrarles sesiones particularmente interesantes para los docentes o para los maestros de las escuelas; o grabar las sesiones de los alumnos y contrastarlas con sus propios trabajos.

En terapia el uso más frecuente consiste en mostrar a las familias las sesiones de su proceso terapéutico, de forma que el terapeuta pueda comentar con ellos sus patrones de interacción. Esta modalidad, a diferencia de otras más didácticas, desaparece

rápidamente de las prácticas del grupo del MRI.

No son menos relevantes, sin embargo, las repercusiones del MRI en la evolución de la terapia y sobre todo en su difusión. Los equipos más activos comienzan a intercambiarse vídeos, y los congresos se transforman en el centro de esos intercambios cada vez más regulares. Precisamente, gracias a los avances tecnológicos prospera la investigación en el MRI. Watzlawick estudia las grabaciones y analiza las transacciones verbales; Haley crea un mecanismo que registra automáticamente cómo se alternan los turnos de palabra. Riskin, junto a Elaine Faunce, comienza a elaborar una metodología para el estudio de las interacciones familiares. Gracias a una de las numerosas ayudas económicas del NIMH, tal método dará lugar, a finales de la década, a la Family Interaction Scales (FIS; Riskin y Faunce, 1970).

Finalmente, el MRI se convierte en un reputado centro de investigación merced a sus publicaciones. Haley contribuye de forma determinante a la literatura con sus artículos y sobre todo con su primer libro, *Estrategias en psicoterapia*. Satir trabaja en su *Conjoint Family Therapy* (1967), que será el primer manual práctico de la disciplina. Jackson, además de publicar numerosos artículos, dirige las investigaciones de sus colaboradores (Jackson, 1968), que demuestran los esfuerzos y prolíficos frutos del instituto. Carlos Sluzki, psicoanalista argentino que trabaja en el MRI desde comienzos de la década de 1960, destaca por su trabajo de formalización de las relaciones simétricas y complementarias (Sluzki y Beavin, 1965). Ferreira (1963) investiga los «mitos familiares» implícitos y los contrasta con la realidad observable, aun cuando constituyen la base de la perspectiva compartida por todos los miembros de la familia: es una concepción que puede ser considerada como la versión primigenia de las teorías narrativas. Por último, el MRI contribuye sustancialmente a la fundación de *Family Process* en la persona de su primer director, Jay Haley. Pero la obra clave del MRI (al menos en esta década) es sin lugar a dudas la *Teoría de la comunicación humana* (Watzlawick y otros, 1967), el texto que formará a las siguientes generaciones de terapeutas sistémicos. Y la *Teoría*, más que de Don Jackson, es fruto del trabajo de Paul Watzlawick.

Watzlawick, que en aquella época tenía unos 40 años, llega a Palo Alto en 1961. Es un psiquiatra austríaco que durante los años anteriores ha enseñado psicología en la Universidad de San Salvador, después de haber trabajado en Chicago con John Rosen. Extremadamente culto, políglota perfecto (habla correctamente siete lenguas), es uno de los pocos investigadores, después de Bateson, que puede discutir, con amplio conocimiento, las ideas de Wittgenstein, Gödel y Russell. Cuando trabajaba en Zúrich como psicoanalista jungiano abandonó el pensamiento psicoanalítico por las carencias que presentaban algunos de sus presupuestos teóricos.

Su primer artículo (Watzlawick, 1963) es una versión sobre el doble vínculo al que

siguieron algunos trabajos dedicados a la organización de las teorías sistémicas. En 1963 recopila, junto a Janet Helmick Beavin, una serie de ejemplos de comunicación verbal basándose en la amplia biblioteca de grabaciones del MRI. Cinco años más tarde, esa idea da lugar a un libro con objetivos más ambiciosos: sintetizar en una sola obra todo el trabajo del grupo Bateson y del primer MRI. La versión de Watzlawick triunfa, incluso frente a las reticencias de Bateson. Respecto a la controversia, Watzlawick se defiende con su versión de los hechos:

Al principio Bateson se mostró muy satisfecho con la idea del libro. [...] Sus posteriores críticas me afectaron mucho, porque yo le había mostrado el manuscrito y él me lo había reenviado con comentarios muy positivos; decía que nuestro texto exponía de forma sumamente fiel su pensamiento. [...] Sin embargo, eso no impidió que cuando lo edité en formato de libro un año más tarde, me criticara duramente por vulgarizar sus concepciones. Yo le dije: «Pero Gregory, recuerda la carta que me enviaste; tú decías que nuestro libro era...». Y Bateson me replicó tajantemente: «¡Eso es lo que pensaba el año pasado!» (Watzlawick, citado en Deriu, 2000, pág. 22).

Sea como sea, con *Teoría de la comunicación humana* (1967), Watzlawick, Beavin y Jackson se convierten en los verdaderos padres fundadores de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica. Para llegar a ello, sin embargo, hacen una clara distinción entre pragmática y semántica, siguiendo las teorías de Morris (1938), que subdivide los estudios de la comunicación humana en sintaxis, semántica y pragmática. Los estudiosos de la *sintaxis* se centran en el problema de la transmisión de la información en los fenómenos comunicativos. La *semántica*, en cambio, trata de profundizar en los problemas relacionados con la atribución de significados en los signos y símbolos que constituyen un mensaje comunicativo. Y la *pragmática* estudia el papel que desempeña y el valor que tiene la comunicación al condicionar el comportamiento de varias personas en interacción. Se ocupa, en síntesis, de cómo define la comunicación la relación entre personas.

La pragmática de la comunicación es un instrumento de definición y de control de la(s) relación(es) entre los que participan en la comunicación. Según esta óptica, cada argumento de tipo semántico, que se refiere al papel de la comunicación, participa de los significados de la relación, siguiendo la idea de que los contenidos de la comunicación son poco interesantes o incluso confusos para los objetivos terapéuticos.

En la *Teoría*, los principios ideados por Bateson y por sus investigadores, difundidos en innumerables artículos, se convierten en *axiomas de la comunicación*, que se reflejan en muchas patologías de la comunicación. El ámbito intrapsíquico, que es esencial para Bateson, quien incluso minimiza la importancia de la conciencia humana frente a las potencialidades del inconsciente (véase Bateson, 1972), desaparece y es sustituido por la célebre idea de la «caja negra».

Es posible que el cambio del pensamiento problemático del grupo Bateson por el pensamiento computacional y en cierta forma más comportamental de Watzlawick no

parezca extraño a las grandes transformaciones que experimenta en estos años la psicología experimental, con el paso del cognitivismo humanista de Miller y Bruner al cognitivismo comportamental y computacional. En cierta forma, el pensamiento sistémico de la *Teoría* es su equivalente.

Tabla 3.1. Los axiomas de la comunicación según Watzlawick, Beavin y Jackson

-
- *Es imposible no comunicar*: La actividad o la falta de actividad, las palabras o el silencio son todos ellos mensajes para el interlocutor: el interlocutor no puede dejar de percibir esos mensajes, y por ello se ve obligado a responder. Naturalmente, existen auténticas patologías de la comunicación: la negación de la comunicación, la descalificación, el convertir la comunicación en un síntoma que protege frente a la conversación sincera.
 - *Toda comunicación tiene un elemento de contenido y un elemento de relación, de tal manera que el segundo clasifica al primero y por ello es metacomunicación*. Según las reglas descritas por Bateson, también la comunicación está definida por el contexto (en consecuencia, es la relación la que actúa como fondo).
 - *Los seres humanos comunican, bien con el módulo numérico (verbal), bien con el módulo analógico (no verbal)*. El lenguaje numérico tiene una sintaxis perfecta, pero una débil semántica relacional; el lenguaje analógico tiene semántica, pero no tiene una sintaxis que permita definir la relación de modo no ambiguo.
 - *Todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según si están basados en la igualdad o en la diferencia*. El intercambio simétrico tiene lugar en la producción de mensajes de la misma naturaleza que, justamente por ello, pueden provocar un mutuo crecimiento paradójico, mientras que el intercambio complementario produce un incremento paradójico de las diferencias entre los mensajes.
-

Por primera vez, después de las cautas aproximaciones de Jackson a la terapia familiar conjunta, el MRI reconoce la importancia de la paradoja no sólo en la patología, sino también en su curación, explicitando, en su forma definitiva, la noción de «doble vínculo terapéutico». El terapeuta no debe limitarse a esclarecer lo que sucede en la comunicación, sino que puede intervenir según un principio homeopático (*similia similibur curatur*): al proponer al cliente paradojas irresolubles, el terapeuta puede orientarle para que salga del doble vínculo y de las paradojas que lo tienen prisionero.

La terapia del MRI termina siendo liberal: en consonancia con las ideas de la década, la regla básica es ahora que los problemas «psiquiátricos» son problemas de la vida y que se transforman en problemas psiquiátricos cuando se trata de resolverlos con «intentos de solución que se convierten a su vez en problema». Estos conceptos serán el hilo conductor del importante libro *Cambio*, donde se expone, en su forma definitiva, el modelo terapéutico del MRI (Watzlawick y otros, 1974).

Sin embargo, cuando durante los siguientes quince años los terapeutas familiares se refieran a las ideas de Bateson, estarán hablando en realidad de la síntesis de Paul Watzlawick, quien, por su parte, en 1967 vuelve al trabajo clínico, uniéndose al Brief Therapy Project. Dirigido por Richard Fisch, en el proyecto trabajan también John Weakland y Arthur Bodin. De este proyecto surgirán las más importantes iniciativas del MRI en los años siguientes.

Terapias estratégicas

Jay Haley[6]

La cuestión del poder y del control es siempre un problema dentro del proyecto (Bateson). A mí me parecía que el poder que una persona concede a otra sobre ella misma era un aspecto central de la vida humana. [...] Existían muy pocas o apenas ninguna investigación sobre el tema en esa época, y, de hecho, parecía que se eludía el tema. La cuestión moral, si se debería luchar o no por el poder, parecía consustancial al estudio del fenómeno. Mi objetivo era pasar de la observación del individuo a la observación del sistema, y ver la lucha de poder como producto de la necesidad de un sistema, más que de la necesidad de una persona. Aún sostengo esta idea y trato de argumentarla (Haley, 1976, pág. 78).

Aun cuando Jay Haley fue coautor del célebre artículo de 1956 sobre el doble vínculo, el primer trabajo que le caracterizó individualmente fue un breve artículo publicado en 1958, «The art of psychoanalysis». En él sostiene que el psicoanálisis no es un método de tratamiento con objeto de conocer el inconsciente, sino un ingenioso método para atrapar a los clientes en un doble vínculo del que difícilmente pueden escapar (y si lo logran pueden considerarse «sanos»). En aquellos años, Haley ha iniciado su experiencia práctica como terapeuta privado, animado por Don Jackson y con Milton Erickson como supervisor, el mismo Erickson que Bateson le encargó entrevistar en 1953.

Gracias a Erickson, genial sobre todo cuando entabla batallas de poder con los clientes, increíblemente hábil para mantener el control de las situaciones más difíciles, Haley llega a las ideas que conformarán toda su actividad como terapeuta: que las relaciones humanas son una lucha incesante por decidir quién dicta las reglas, que incluso los síntomas psiquiátricos son maniobras de poder dentro de una relación y que el terapeuta debe lograr a su vez resolver esas luchas de poder, venciendo y manteniendo por todos los medios su *propia* posición de poder.

Se puede decir que en cada relación humana (y ciertamente también entre los mamíferos) una persona maniobra constantemente para situarse en una posición superior respecto a la otra persona implicada en la relación (Haley, 1963, pág. 189).

En esencia, el síntoma es una modalidad comunicativa útil para controlar a los otros. Esto significa que el paciente es el *controlador* que usa el poder que le conceden a través del síntoma, y los otros miembros de la familia son los *controlados* que aceptan el poder del síntoma. Esta lectura lineal de la función sistémica del síntoma no satisface a Bateson, del mismo modo que no habría compartido cualquier otra lectura lineal. La hipótesis de Bateson en cuanto a la función y al valor del síntoma en el sistema es

indudablemente una *hipótesis circular* el síntoma es «efecto y causa», antecedente y consecuencia, en redes cibernéticas complejas de condicionamientos recíprocos.

Si el grupo de Watzlawick desarrolla la parte procedimental de las ideas originales del proyecto de Bateson, Haley desarrolla la parte estructural. Para él las reglas familiares son reglas que definen una estructura de poder, una jerarquía. Clientes y terapeutas entablan una batalla que define la jerarquía. Si el terapeuta logra bloquear las maniobras del cliente, la terapia tiene éxito.

Las ideas de Haley —la interpretación de cada terapia en términos estratégicos— aparecen publicadas en 1963 en *Estrategias en psicoterapia*. Entretanto, Haley ha abandonado su consulta y entra en el MRI como investigador. Además, es nombrado director de la revista *Family Process*. Los libros que publica en este periodo son, en cierto modo, homenajes a otros terapeutas. En 1967 trabaja en *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy*, una antología de escritos de Milton Erickson; en el mismo año publica, junto a la joven Lynn Hoffman, *Técnicas de terapia familiar*, un análisis detallado y crítico de las sesiones que dirigieron cinco maestros de la terapia del periodo: Whitaker, Jackson, Fulweiler, Satir y Pittman; en 1971, por último, se hace cargo de *Changing Families*, volumen colectivo que, además de las contribuciones de los maestros de las distintas escuelas, contiene sus primeros trabajos como historiador de la disciplina.

Son éstos los años en que Haley adquiere libertad absoluta para dedicarse al estudio y a la investigación; pero al precio de no ser uno de los maestros de la terapia. Hecho curioso éste, porque precisamente siempre se ocupó de cuestiones de poder. No obstante, es una figura influyente, pero a su manera distante y misterioso, como si estuviera siempre escondido detrás de un metafórico espejo para poder comentar el trabajo de los demás. Andrew Ferber describe en 1972 su opuesta relación con Haley del modo siguiente:

En estos cinco años he considerado a Jay irritante, fascinante, voluntarioso, siempre en el punto justo y sin abarcarlo todo verdaderamente. Ha sido como un mosquito insistente, generoso con las críticas, con el agujón siempre presto para la lucha, divertido a la distancia adecuada pero sombrío cuando es visto de cerca (Ferber, 1972, pág. 32).

En 1967, la carrera de Haley sufre un giro decisivo. Después de cinco años de investigación, recibe una propuesta de Salvador Minuchin:

Nos pusimos a hablar de la dirección de la Philadelphia Child Guidance Clinic. Él y Braulio [Montalvo] transformaron una tradicional clínica infantil en un instituto de terapia familiar, pero el 95 % del personal abandonó el centro. Sal y Braulio debían recomenzar y necesitaban colaboradores (Haley, en Simon, 1992, pág. 11).

Terapias estructurales

Salvador Minuchin[7]

Minuchin dedica la primera mitad de la década a recoger los frutos de las observaciones realizadas en la Wiltwyck School for Boys. Obviamente, es necesario elaborar una teoría para dar cuenta de estas observaciones. La teoría parte de un análisis sociológico del impacto que el contexto social ejerce sobre las familias pobres. El grupo de investigadores expone las descripciones sociológicas y antropológicas de la vida de los pobres en distintas culturas, encontrando características en común, por ejemplo la tendencia a pasar a la acción, el estilo de comunicación, el número limitado de papeles que se pueden desempeñar..., características todas ellas que aparecen ligadas al plano social, y no a variables étnicas y culturales.

En vez de orden, reglas e intimidad (las características de la buena familia burguesa), estas familias muestran roles mal definidos, recompensas y castigos que llegan a los hijos de manera caótica e imprevisible, mientras que aparentemente los grupos externos son, tanto para los padres como para los hijos, más importantes y más influyentes que la propia familia. Como consecuencia, los hijos tienden a mostrar escasa tolerancia ante la frustración, predomina la acción sobre el lenguaje, el pensamiento concreto, la impulsividad: es decir, todos los signos tradicionalmente asociados a las conductas antisociales (Minuchin, y otros, 1967).

Para comprender mejor a estas familias, Minuchin adopta el modelo de familia nuclear desarrollado por Talcott Parsons (Parsons y Bales, 1955), en el que las funciones «instrumentales» (reservadas al marido-padre) son bien diferentes de las «expresivas» (reservadas a la esposa-madre). El paradigma de Parsons proporciona por lo menos una clave para interpretar la estructura y distribución de las funciones típicas en el seno de la escuela Wiltwyck: cónyuges que tienden a interactuar no como pareja sino exclusivamente como padres; familias con un único progenitor en las que la madre es la única fuente de continuidad mientras que los hombres son de carácter provisional; hermanos que se transforman en agentes primarios de socialización.

El trabajo del grupo culmina en la obra colectiva *Families of the Slums* (Minuchin y otros, 1967), el primer libro de terapia familiar que considera seriamente el problema de la pobreza y de la disgregación social, así como uno de los primeros en auspiciar las intervenciones de red que van más allá de la familia nuclear (véase también Aponte, 1976). La adhesión a las ideas de Parsons traerá consigo, en los años siguientes, las críticas de las autoras feministas (Luepnitz, 1988), a pesar de que en *Families of the Slums* Minuchin y sus colaboradores muestran su desacuerdo con la división estereotipada de los roles planteada por Parsons.

Hay además otro aspecto que ha sido infravalorado. Salvador ha realizado un trabajo tremendo con las familias pobres y negras en las que la madre recibía la ayuda social y el hombre estaba desempleado. El objetivo era obtener una mayor integración del hombre en la familia. Estos hombres no tenían poder y los terapeutas tendían a apoyarlos. A veces pienso que si el gobierno hubiese dado más ayudas a esos hombres, la terapia de Minuchin habría podido desarrollarse de otra forma (Haley, en Simon, 1992, pág. 78).

Es indudable que el trabajo en la escuela Wiltwyck será el agente formativo más poderoso en la orientación de Minuchin hacia lo que se convertirá en la terapia estructural de la familia.

Philadelphia Child Guidance Clinic

En 1965 Minuchin deja la Wiltwyck para dirigir la Philadelphia Child Guidance Clinic, entrando así en contacto con una población heterogénea, que comprende familias tanto de la clase obrera como de la burguesía. Decidido a transformar la clínica en un instituto de terapia familiar, Minuchin lleva con él a Braulio Montalvo, que trabajaba en la Wiltwyck, y llama a Jay Haley, que estaba en Palo Alto. Durante dos años Haley trabaja en los aspectos que más le atraen del proyecto de investigación, mientras que Minuchin y Montalvo se ocupan sobre todo de los aspectos clínicos. En 1969 Minuchin crea, dentro de la clínica, el Institute for Family Counselling (IFC), un proyecto de formación en terapia familiar para no profesionales; pide a Montalvo y Haley que le apoyen. Los tres comienzan a impartir sus enseñanzas, utilizando sistemáticamente la supervisión directa y la revisión de videograbaciones (véase Montalvo, 1973).

Minuchin había pensado en elegir a una madre o un padre de una familia pobre que hubiera respondido bien a la terapia, y convertirle en terapeuta de otras familias. Así, en vez de enseñar a las personas de clase media qué significa la pobreza, los pobres estarían en condiciones de ser terapeutas, algo que nadie había intentado hasta esa época (Haley, en Simon, 1992, pág. 11).

La supervisión se convierte en algo muy diferente a la observación «científica» que caracterizaba al grupo de Bateson. Aquí los supervisores *saben* y el alumno *no sabe*. Al igual que las familias y las relaciones entre terapeutas y clientes, el equipo también se hace más jerárquico. El que está detrás del espejo guía, de manera directiva, al que está en contacto con los clientes. La necesidad de formar a personas que, con un bagaje teórico escaso o nulo, deben estar en condiciones de trabajar eficazmente (y en poco tiempo) con las familias determina también muchas características formales del modelo: éste debe ser concreto, pragmático y fácilmente transmisible. Tiene que centrarse en las técnicas. Es mejor enseñar las *cosas* que las teorías.

La importancia que Haley atribuye al poder se encuentra en el punto de vista que Minuchin ha ido madurando durante los años en la Wiltwyck, es decir, la idea de que la

falta de organización de la familia tiene enormes efectos sobre el comportamiento y sobre las personas. De ella deriva un aspecto fundamental que comparten la terapia estratégica y la estructural: la atención a la jerarquía en el seno de la familia (más que a la relación terapéutica).

Estos terapeutas que se mueven en un terreno que en la época se considera «socialmente ocupado» son los más directivos y jerárquicos de todos, mientras que los terapeutas más «democráticos» terminan por confluir en una práctica privada destinada a la burguesía media. Como si la igualdad (más o menos presunta) entre los terapeutas y las familias fuera sólo posible si ambos comparten el mismo horizonte social, que es precisamente el de las clases medio-altas. Es la misma contradicción que padecerá la terapia familiar veinte años más tarde.

TERAPIAS EXPERIENCIALES

Carl Whitaker

En 1964 Carl Whitaker abandona el antiguo grupo de la Emory University y se traslada a la University of Wisconsin Medical School. Con la colaboración de David Keith, psiquiatra infantil, crea un curso de especialización en terapia familiar y de pareja.

Mientras tanto, Whitaker incrementa sus esfuerzos como terapeuta itinerante, siempre dispuesto a impartir seminarios en los que entrevista a familias en vivo en todos los centros que se lo solicitan (en continuo aumento).

Los seminarios de Whitaker revisten, para los oyentes, un aspecto mítico que permanecerá en su memoria:

Recuerdo bastante bien la primera entrevista familiar de Carl Whitaker a la que me tocó asistir. Fue a finales de la década de 1960. [...] El «paciente», un joven paranoico de 18 años, apagaba un cigarrillo en su brazo, mientras que sus padres, dos sofisticados profesionales, hablaban de los veranos que pasaban en Martha's Vineyard.[8] Whitaker, sin zapatos, ingenuo, errático, incomprensible, contaba historias sobre la pesca de altura; en cierto momento toma la mano del padre, se la aprieta y antes de apoyar su mano sobre la espalda del muchacho, le dice: «Ésta es la forma de calentarse más descerebrada que he visto en mi vida; tira ese cigarrillo». No sabíamos qué pasaría, pero Whitaker ya estaba acariciando la espalda del muchacho, que parecía a punto de llorar. Y cuando Whitaker comenzó a sollozar, los profesores más intelectuales que estaban entre el público ocultaron sus rostros para no dejar ver lágrimas poco profesionales. Whitaker nos aportó algo a todos, y lo hizo justamente delante del paciente, de la familia y de veinte doctores y profesores que observaban. En aquel tribunal de severos jueces, Whitaker se jugó el cuello (Miller, en Simon, 1992, pág. 103).

Al leer estos relatos (de los que existen muchos), parece que la terapia consista, según Whitaker, simplemente en poner en escena a la persona única e irrepetible del terapeuta. No obstante, su terapia obedece a algunos principios básicos:

1. La terapia es una experiencia emotiva para la familia y para el terapeuta, que pasa sobre todo por canales simbólicos y no verbales.
2. El terapeuta desempeña el papel de compartir y exacerbar la locura (entendida no como enfermedad, sino como excentricidad, ilógica) presente en la familia, en vez de oponerse a ella, siguiendo en lo posible lo que dicte su espontaneidad.
3. Para que el terapeuta pueda mantener un papel tan difícil, es necesario trabajar en coterapia. De este modo, cuando uno de los terapeutas se deja atrapar por su propia locura, el otro está en una posición de control y puede hacerse cargo de la situación.
4. Desde el inicio Whitaker, al igual que Bowen pero con un énfasis diferente, está convencido de la importancia del trabajo con las familias de origen: «Parto siempre de la idea de que la familia está escindida, que el matrimonio es el resultado de la

unión de dos chivos expiatorios: él es el enviado de su familia, ella de la suya, y ambos tienen la misión de reproducir sus respectivas familias: la guerra se desencadena cuando se debe decidir cuál de las dos familias será la que se reproduce» (Whitaker, en Simon, 1992, pág. 109). Si Bowen prefiere separar las familias para favorecer la diferenciación, Whitaker exige que en las sesiones participen todas las personas a las que convoca: en su pensamiento, la familia como unidad tiene prioridad respecto a los individuos. En los años siguientes este procedimiento tomará el nombre de «batalla por la estructura».

Para Whitaker resulta irrelevante diferenciar a los miembros de cada familia; se trata de cambiar algo en su forma de convivir. En este sentido, Whitaker se acerca a Jackson, salvo que su actividad es únicamente emotiva y en buena parte espontánea, mientras que la de los sistémicos de Palo Alto es sumamente cognitiva y técnica. Hay también un psicoanálisis agazapado tras el lenguaje y la práctica de Whitaker. Es como si Whitaker tratara de hablar directamente al inconsciente colectivo de cada grupo familiar.

Un modelo como éste no excluye, al contrario, lo favorece, el abandono precoz de la terapia por parte de las familias. Whitaker considera los *drop out* como éxitos, convencido de que sus intervenciones, por su propia potencia, terminarán por reforzar a la familia aun cuando ésta no vuelva más a la terapia. El propio Whitaker da una idea de un posible diálogo con una familia tipo:

«Ahora entienden por qué quería que se reunieran todos juntos aquí. Es ridículo hacernos creer que se trata de una simple pelea entre marido y mujer, porque una idea así es sólo para estúpidos. Es una guerra entre las dos familias. Pero tengo buenas noticias para ustedes, aunque quizá les asusten: nadie ganará esa guerra. Es como lo que sucede entre Estados Unidos y Rusia, siempre seguirá. Su mujer no dejará de ser hija de su madre. Pero puede crecer de manera que sea una hija de 35 años, en vez de una hija de 7 años».

De este modo expongo las dinámicas que creo que gobiernan a la familia, y luego digo: «¿Cómo puedo ayudarles?».

«No puede.»

«Eso era lo que me preocupaba. Entonces, ¿por qué no dejan de comportarse así?»

«Yo no quiero dejar de hacerlo.»

«Bueno, si no puedo serles de ayuda, es inútil que siga. Están malgastando su dinero.» [...]

Se trata de inquietarles, de trascender la posición en que se encuentran. De acabar con sus miedos sobre lo que está sucediendo. [...] El duelo, sin embargo, resulta siempre atemperado por una anestesia: el hecho de que yo me haga cargo de ellos. No podría limitarme a hacer chistes sobre esto porque sería cínico por mi parte. Yo quiero ayudar a la familia a que vea por encima de su dolor —y del mío— para que se ría de lo absurdo de la situación (Whitaker, en Simon, 1992, págs. 110-111).

Como en el caso de otros carismáticos maestros, las mayores virtudes de Whitaker —su histrionismo, su habilidad, el humor negro— no pueden ser imitadas. Es muy probable que finalmente sea su forma ética la que esté en la base de sus éxitos. Por tanto, la posibilidad de transmitir a los demás el propio trabajo debe pasar, al menos en parte, por una formalización del método. Que llegará, sin embargo, sólo muchos años más

tarde.

Virginia Satir[9]

Entre los pioneros de la terapia familiar, Virginia Satir es la única mujer y la única que procede de la asistencia social. Nacida en 1916 en una familia rural de Estados Unidos (como Whitaker), Virginia es la primera de cinco hijos; como primogénita, debe ayudar a su madre, frecuentemente enferma. A la edad de 5 años, según relatará posteriormente, decide investigar sobre el tema de los padres, para entender mejor a los suyos. A partir de los 14 años, habiendo alcanzado ya la respetable altura de casi un metro ochenta, y como además es una niña enfermiza, vive toda su vida con una profunda conciencia de ser diferente, lo cual la llevará durante toda su carrera a ocuparse de todos los «seres diferentes» que encuentra.

Diplomada por la Universidad de Wisconsin, trabaja como profesora y después como directora de escuela. En 1941 se casa por primera vez y el año siguiente adopta dos niñas: ambas son ya relativamente mayores (10 y 11 años), proceden del instituto donde trabaja y están consideradas muy problemáticas. Si hay una terapeuta para la que su biografía sea importante, ésta es Virginia Satir; vale la pena, por tanto, tener en cuenta su propio relato:

Una de las niñas se encontraba en una institución para niñas delincuentes. Pensé: «¿Por qué no?». La mayor me dijo: «Sabes, no he tenido nunca una madre como tú, de verdad». Así fue como legalizamos la situación. Dadas las dificultades que las dos niñas habían tenido en el pasado, sabía que me encontraría con dificultades en el futuro, y de hecho así fue. Pero sobrevivimos y las tres hemos aprendido.

Cuando mis hijas llegaron consideraban el alimento como el principal vehículo del amor. En aquella época, 500 dólares, lo que yo gastaba en compras, era una cifra elevadísima. Aunque había mucha comida en casa, siempre encontraba alimentos escondidos por todas partes. Yo me limitaba a seguir comprando. Necesité cerca de tres meses para comprender que la comida no dejaría de desaparecer. [...] Pero yo sabía que esas niñas tenían un gran potencial y que necesitaban ayuda para darse cuenta (Satir, en Simon, 1992, págs. 170-171).

En 1949 Satir se separa de su primer marido; mientras tanto, estudia asistencia social en la Universidad de Chicago y se somete a un análisis en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago, donde trabaja Frank Alexander. En esta misma ciudad, comienza en 1951 a ejercer la psicoterapia en un hospital. Poco después las sesiones familiares conjuntas pasaron a formar parte de su práctica habitual, pese a que no tenía la más mínima idea de lo que era el emergente movimiento de terapia familiar. En 1955, gracias a sus años como profesora, instituye un programa de formación para los alumnos del Illinois State Psychiatric Institute. Su visión de los problemas familiares se amplía tanto que ella misma declara estar trabajando con una «visión sistémica», a pesar de que no ha oído hablar nunca de tal perspectiva. En 1957, el artículo «Toward a theory of schizophrenia» la induce a tomar contacto con el grupo de Bateson. En 1978 se traslada a Palo Alto con

su segundo marido, Norman Satir, y funda junto a Don Jackson el MRI.

Su posición en el MRI es tangencial: Satir adolece de poca rigurosidad metodológica, y su aportación se limita casi exclusivamente al aspecto formativo. En el curso de los años se distancia gradualmente del MRI, al tiempo que participa en el movimiento por el «crecimiento humano». En 1963 pasa al Esalen Institute de Big Sur, donde será la responsable de formación. En 1965 deja el Esalen Institute, en 1966 abandona definitivamente el MRI y en 1969 crea el International Human Learning Resources Network.

Mientras tanto, en 1967 (por tanto paralelamente a la *Teoría* de Watzlawick y Jackson), Virginia Satir publica su libro *Conjoint Family Therapy*. El texto, ya bastante alejado del modelo del MRI, propone una integración un tanto ecléctica del enfoque comunicacional, la terapia de la *Gestalt*, el psicodrama y la técnicas narrativas.

Los terapeutas procuraban copiar el estilo íntimo, hogareño, cálido, que veían usar con tanta habilidad y efectos tan emocionantes. Tratando de seguir ese estilo, forzaban a los perplejos clientes a enfrentarse a situaciones simbólicas y a abrazarse o expresar sentimientos que jamás se habrían atrevido a manifestar en voz alta.

Pero mientras que muchos terapeutas eran capaces de imitar a Satir y los elementos básicos de sus técnicas, muy pocos lograban obtener resultados similares a los de ella. No entendían que lo que Satir hacía funcionaba porque se adaptaba plenamente a ella (Simon, 1992, pág. 168).

Su tendencia a la sencillez, que a veces linda con la simplificación, su aproximación a los movimientos «alternativos» más fuertes en aquella época, hacen de ella una figura cada vez más popular. Su libro *Peoplemaking* (1972) reproduce, para un público neófito, el éxito de *Conjoint Family Therapy*. Salvador Minuchin comenta que, entre los terapeutas familiares que conoce, Satir es probablemente la única de la que se puede decir que tiene «discípulos». Virginia Satir muere el 10 de septiembre de 1988. Cinco días antes de morir, envía una carta a amigos, colegas y familiares; en ella les agradece el papel que han desempeñado en su vida, por haberle dado la posibilidad de aumentar su capacidad de amar y por haberle permitido llevar una vida rica y plena.

La presencia de Virginia Satir en la terapia familiar de su tiempo es ciertamente atípica. Ante todo, es una mujer, y la diferencia de género es palpable en sus escritos y en su formación; además, Satir procede de la asistencia social y no de la psicología o de la medicina, como la mayoría de sus colegas; en este sentido, vale la pena citar la máxima de Von Foerster acerca de las ciencias fuertes que tienen éxito porque tienen que ver con problemas débiles, mientras que las ciencias débiles se enfrentan a grandes problemas. Satir pertenece a los débiles entre los débiles, y su formación cultural ni siquiera se puede decir que fuera científica.

Para Satir, la familia es un sistema que tiende a la homeostasis, siguiendo las enseñanzas de Jackson, y los problemas relacionales surgen sobre todo en familias en las que la autoestima de los progenitores es baja. Por ejemplo, dos personas se casan con la

esperanza de obtener algún beneficio, sin preocuparse de lo que deben aportar a su vez a la economía de la pareja: esperan una satisfacción completa de sus propias necesidades, y sus mayores miedos se hacen realidad cuando descubren las diferencias inmediatamente etiquetadas como malas o poco convenientes. Todo esto comporta una desilusión que ambos interpretan como una falta de amor. De aquí en adelante, la comunicación será siempre indirecta o encubierta, hasta que el conflicto ya ha arraigado.

La insatisfacción en el seno de la relación de pareja refuerza los roles que desempeñaban en la familia de origen; además, la pareja, cuando se convierten en padres, utiliza a los hijos para mantener la propia autoestima. Se ponen en funcionamiento los procesos de triangulación o de filiación de los hijos, y estos últimos, por una parte, quedan atrapados en problemas que no les corresponden, mientras que, por otra, no pueden recibir refuerzos de su propia autoestima, a causa de la baja autoestima de sus padres.

En lo que respecta a la técnica, Satir parece que se sitúa entre una modalidad netamente experiencial y una perspectiva trigeneracional. Su método se denomina *cronología de los hechos de la vida de familia*, y recorre las diferentes etapas de los acontecimientos más significativos de la historia familiar. El objetivo del trabajo es dar un sentido al contexto en el que la persona o la familia ha vivido, y, por otra parte, aportar significados a la situación actual.

A través del cambio en el estilo de comunicación del núcleo familiar, Satir se propone orientar al grupo hacia una modalidad más sencilla de interacción y consolidar las partes positivas de ese desarrollo. Todos los miembros de la familia están invitados a las sesiones, pero Satir prefiere ver primero a la pareja. En las primeras fases se recoge información, construyendo el genograma y reduciendo los niveles de ansiedad, mientras que después el grupo trabaja sobre los temas que han surgido en las primeras fases, modificando los viejos patrones relacionales. La teoría de Satir es una teoría y una praxis extremadamente sintética y dúctil, sin rigideces ni obstáculos teóricos, perfectamente integrada en la cultura visual y en el modo de ser de la década.

El terapeuta debe siempre confiar en el instinto y en la intuición: el potencial curativo está contenido sobre todo en el encuentro humano entre el terapeuta y la persona que tiene frente a él. La autoestima de las personas debe ser incrementada a toda costa. Las enseñanzas de Alexander llevan a Sapir a interesarse por el concepto de «experiencia emotiva correctora», que será muy importante en su estilo terapéutico.

Compartiendo la orientación individual de todos los terapeutas humanistas y existenciales, Satir no se preocupa por la familia, sino que ofrece a los miembros de la familia la posibilidad de crecer. Como Whitaker, no trata de obtener un cambio en las personas, sino que procura ofrecerles una profunda sensación de comprensión.

EL MODELO DE VIRGINIA SATIR

- El desarrollo de cada individuo está naturalmente orientado hacia los objetivos positivos y de bienestar para sí mismo y para los demás.
- Cada individuo tiene en sí mismo los recursos para incrementar en sentido positivo su proceso de crecimiento.
- Cada ser humano está en relación con los demás y, en consecuencia, pueden existir muchos estímulos e influencias recíprocas, pero ninguna responsabilidad directa; todo sucede en relación con el contexto al que se pertenece.
- La terapia involucra tanto al paciente como al terapeuta en un proceso de crecimiento al que ambos contribuyen en medidas y modalidades diferentes.

LOS TRIÁNGULOS

- *Triángulo de base*: comprende al padre, la madre y el hijo. La tripartición del triángulo primario es casi simbólica, y esta estructura relacional se transforma en una estructura conceptual muy significativa para el aprendizaje personal en todas las fases de la vida.
- *Cuerpo, mente y sensaciones*: existe una profunda ligazón entre estos elementos de la persona; forma física, emociones y mente se influyen mutuamente. En la práctica clínica de Satir, la verbalización en las sesiones con frecuencia es sustituida por técnicas corporales como la escultura, el posicionamiento de los pacientes, la conciencia corporal, etc.

Resulta interesante constatar que el modo de hacer terapia de Satir termina por ser exactamente el contrario de sus antiguos colegas del MRI. Para ellos, influidos por el pensamiento holístico de Bateson y por la idea homeostática de Jackson, el *sistema supraindividual* (en este caso la familia) es el centro de interés conceptual y una variante electiva de la familia. Para Satir, humanista y terapeuta bastante antes de colaborar en el MRI, el punto clave es el *individuo*, tanto de la teoría como de la terapia, y el objetivo terapéutico es enfrentar al individuo a las limitaciones que puedan serle impuestas por su sistema familiar. Para Satir, por tanto, los conceptos comunicacionales del grupo de Jackson son en cierto modo poco más que unas buenas gafas: en ocasiones se valdrá de ellas, pero no dejará de acudir a otras modalidades terapéuticas.

La teoría y la praxis de Satir están ya consolidadas y plenamente formadas en el año 1970. En los años siguientes, Satir intervendrá en todos los grandes congresos de terapia familiar, sobre todo para dar testimonio de su modo de hacer terapia, ligado por otra parte al clima cultural de esa década.

TERAPIAS MULTIFAMILIARES

Terapia multifamiliar

Henri Peter Laqueur

La terapia de grupo es, al menos hasta 1970, uno de los tratamientos que se aplican preferentemente a los pacientes psiquiátricos internados en las diversas instituciones. Después de todo, es un método que, por un lado, es relativamente barato, y, por otro, es coherente con los cánones de la psiquiatría social de la época, en la que la «socialización» es una especie de imperativo categórico. Los promotores de la terapia multifamiliar, Laqueur (Laqueur y otros, 1964) y Detre (Detre y otros, 1961), forman grupos de familias con el fin de resolver problemas ligados a la gestión y custodia de sus pacientes. Ambos logran incentivar cambios inmediatos e inesperados, ya sea en los pacientes o en los otros miembros de la familia. Podemos considerar a Henry Peter Laqueur el verdadero fundador de esta forma de terapia. Laqueur toma como punto de partida los grupos de pacientes psiquiátricos (que no son más que esquizofrénicos), pero pronto se da cuenta de su escasa eficacia: los pacientes se enzarzan en monólogos, mientras que los otros pacientes no prestan atención y los terapeutas tratan, en vano, de crear un contexto de «comunicación». Durante los primeros experimentos con grupos familiares, Laqueur y sus colaboradores se dan cuenta de que los pacientes hablan, con sus *propios familiares*, de asuntos importantes, y sobre todo hablan de un modo que, en el *contexto de la familia*, parece bastante menos insensato e incomprensible que en otros contextos psicoterapéuticos. Se establece en estos grandes grupos, generalmente caóticos, lo que Laqueur (1972) define como la «comunicación perturbada pero rica».

Lo hicimos en Nueva York con grupos que llegaron a tener hasta diecisiete familias a la vez (a partir de 1951). Durante la primera mitad de la sesión, un terapeuta (y en ocasiones un «colega paciente») llevaba a cabo una entrevista. Después las familias, por turnos, se sentaban en una «silla especial» y se les concedía la posibilidad de dar una «conferencia de prensa» a las otras familias, que hacían de entrevistadores durante un periodo de preguntas y respuestas que duraba 45 minutos.

[...] Las familias se reunían ocasionalmente para las sesiones, y debían aprender a mantener a «su» paciente con buena salud y fuera del hospital una vez que había terminado su «convalecencia» en la comunidad. Seguimos esta modalidad a partir de 1960, cuando me trasladé a Vermont, llegando a tratar a un total de 900 familias aproximadamente, bien con terapia multifamiliar en pequeños grupos, bien con el análisis de los sistemas familiares descrito antes para el periodo 1951-1960 (Laqueur, 1972, págs. 633-634).

La terapia multifamiliar no tiene la elegancia de los grandes modelos sistémicos, pero no le falta un marco conceptual y, sobre todo, operativo. Sin embargo, como subraya el mismo Laqueur, el método es de naturaleza esencialmente pragmática, aunque la teoría de referencia sea de tipo analítico: el problema fundamental de las familias que fueron

tratadas con este modelo es el conflicto entre la simbiosis con la familia y la diferenciación. La presencia de la familia sometida a terapia permitiría entonces desafiar la simbiosis sin negarla; y la presencia de otras familias permitiría aumentar la posibilidad de diferenciación.

Es notable cómo, en todo caso, la terapia se funda en la presencia de un «paciente», al que se considera un «verdadero paciente» y no un «paciente supuesto», lo cual contrasta con las teorías más importantes de la época. Aunque es cierto que el modo escogido por Laqueur para referirse a las familias al comienzo está influido indudablemente por el ambiente del periodo:

Nosotros no sabemos quién es el más enfermo en cada familia. No damos por sentado que el paciente que ha sido enviado al centro es el que necesita más ayuda en la familia. De hecho, preferimos pensar que las relaciones entre las personas que vienen a nosotros y las que están a su alrededor están gravemente dañadas y, por lo tanto, nos gustaría echarles una mano para corregir esas relaciones, de tal manera que cada uno actúe mejor. Esto debería permitirles después encontrarse mejor con los demás y tener la sensación de que vale la pena vivir la vida (Laqueur, 1972, págs. 619-620).

Es importante que, con el tiempo, las familias superen la polaridad «sano/enfermo», llegando a una cada vez mayor aceptación de los problemas. Idealmente, si las terapias tienden a comenzar con los familiares «sanos» que hablan de los enfermos, debería terminar con que todos hablen con todos, así como con los pacientes, en una implicación cada vez más activa.

William McFarlane (1991), el autor que revitalizó la terapia multifamiliar, ve el trabajo de Laqueur como una prefiguración de la psicoeducación. Y, en efecto, la comparación es acertada. Nacida en el State Hospital, uno de los grandes hospitales psiquiátricos donde aún se trataba a los pacientes psiquiátricos indigentes, la terapia multifamiliar deriva sobre todo de los problemas cotidianos de la gestión, psiquiátrica y no psiquiátrica, de la enfermedad mental.

Una de las diferencias fundamentales entre las terapias familiares de la época y la terapia multifamiliar reside en el hecho de que, en esta última, la conexión recíproca entre las familias permite neutralizar eventuales mensajes culpabilizadores provenientes del terapeuta, permitiendo el apoyo emocional directo y la posibilidad, para los miembros de la familia, de intercambiar estrategias de gestión eficaz respecto a algunos aspectos de la conducta problemática. Como consecuencia de su participación en el programa, se forma, en el Creedmor State Hospital de Nueva York donde trabaja Laqueur, un comité de familias muy activo, con actividades específicas de asociación y apoyo a los pacientes. La colaboración de los psiquiatras del proyecto con este comité configura una atención particular en alianza con las familias: se trata de aceptar los problemas y las visiones del mundo que traen las familias sin ponerlas en discusión: este comportamiento está indudablemente muy alejado de la fuerte dirección que imponen terapeutas como

Jackson, Haley, Bowen o Minuchin.

La carrera de Laqueur toma un peculiar rumbo. A finales de la década, es uno de los terapeutas más importantes de Estados Unidos que participa en numerosos congresos y en libros colectivos de la emergente profesión (véanse Haley, 1971c; Ferber y otros, 1972). Pero esto sucede justamente en el momento en que la terapia familiar abandona la «gran psiquiatría» de la psicosis y se convierte sobre todo en una práctica de ambulatorios (y en general de consultas privadas): un ambiente en el que los grupos multifamiliares resultan, sin duda, poco adecuados. Por esta razón, la terapia multifamiliar queda relegada como una práctica esotérica, utilizada esporádicamente en clínicas y hospitales destinados a pacientes mentales crónicos. De todas formas, algunos observadores comienzan a pensar que el apoyo social a las familias puede ser una variable determinante para el resultado del tratamiento, desde el momento en que los procesos sociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad mental tienden a dejar a las familias en un estado de aislamiento, abandono y marginación. Pero ésta es otra historia, que hará descubrir las ideas y métodos de Laqueur a un nuevo grupo de clínicos: los terapeutas psicoeducativos.

Terapias de redes sociales

Dos son los grupos que trabajan en estos años sobre las unidades sociales más amplias de la familia: el de Ross Speck y Carolyn Attneave en Filadelfia y el de Robert Mac Gregor en Galveston, Texas. El primero, influido en parte por el grupo de Nagy, con el que colabora, se encuentra con problemas análogos a los vividos por Minuchin en la Wiltwyck: familias multiproblemáticas. Se trata entonces de formalizar los encuentros con toda la red social que engloba a la familia (Speck y Attneave, 1973).

Característica de este método es la reunión, en al menos una ocasión, de la familia extensa, amigos, vecinos, tutores escolares, oficiales judiciales y cualquier otra persona que tenga o haya tenido que ver con la familia. Más tarde, esas personas se reúnen a veces todas juntas, a veces en subgrupos. El equipo terapéutico no se esconde detrás de un espejo, sino que trabaja en colaboración, en presencia de la familia y de todos los otros componentes de la red social.

Se concede la máxima importancia a la socialización y a la necesidad de sacar a la luz los diferentes puntos de vista de los presentes en la red. Los miembros del grupo suprafamiliar son incitados a asumir roles necesarios para el bienestar de la familia objeto de intervención. Por ejemplo, si dos cónyuges tienen dificultad para decidir quién se debe ocupar de un hijo pequeño, se puede pedir a un subgrupo que sea la unidad *baby-sitter*, con el fin de que los cónyuges tengan la posibilidad de ser una pareja.

El modelo de Speck y Attneave debe mucho a la psiquiatría social, considerada un vehículo para involucrar en la curación al contexto social de la persona con problemas mentales y evitar aislar al paciente en una estructura extraña, como es un hospital. Pero Carolyn Attneave, originaria de una tribu de indios americanos, nos aporta su propia experiencia con el cuidado tradicional de la enfermedad mental en las tribus de indios, donde el grupo (en este caso, todo el grupo significativo del «paciente») muestra un alto valor terapéutico y una gran eficacia. El trabajo terapéutico de Speck y Attneave incluye así elementos de tradiciones ignoradas pero presentes desde tiempos antiguos en la vida de sus clientes.

El grupo de la Universidad de Texas, el Medical Branch de Galveston dirigido por Robert Mac Gregor (Mac Gregor, 1967), es en cambio conocido por su «terapia de impacto múltiple». Como tiene que trabajar con familias que llegan de distintas zonas del estado de Texas, generalmente con poco tiempo a su disposición, el grupo decide multiplicar no el número de personas convocadas, sino los operadores involucrados. Varios profesionales organizan a los familiares en distintas combinaciones, para reunirse después en un único gran grupo donde intercambian ideas y determinan las prescripciones.

Poco después de 1970, este modelo prácticamente ha desaparecido, pero la práctica de las discusiones sinceras y abiertas entre profesionales, que comparten sus ideas con las familias, no dejará de influir a uno de los miembros del grupo, Harry Goolishian, que utilizará tal principio en su propio modelo.

PROFESIÓN

Superada la inicial indiferencia del público, la terapia de la familia inicia el camino hacia un reconocimiento más amplio. El prestigio que han adquirido algunos de los pioneros (Ackerman, Jackson, Bateson, Wynne, Bowen) permite que algunos artículos de terapia familiar aparezcan en prestigiosas revistas de psiquiatría, entre ellas los *Archives of General Psychiatry*, auténtica biblia de la profesión. Según Bloch y Rambo (1995), además, es entre 1965 y 1975 cuando el número de centros de terapia familiar en Estados Unidos aumenta más rápidamente. Por otra parte, la terapia de la familia comienza a despertar interés también fuera de Estados Unidos. De estas lecturas y experiencias derivan los primeros intentos de exportar los modelos sistémicos y familiares, que en pocos años generan novedades importantes también para la patria originaria de la terapia familiar.

En 1960 Jackson participa en un fundamental congreso de terapeutas familiares en Nueva York y se pone de acuerdo con Nathan Ackerman para fundar una nueva revista, bajo el auspicio conjunto del MRI y el Family Institute. Como primer director de la nueva revista, *Family Process*, fue designado Jay Haley. El primer número de *Family Process* se publica en marzo de 1962, con artículos de Nagy, Framo, Midelfort, Weakland y Speck, además del propio Haley.

Ya en el primer número se atiende sobre todo a los clínicos de la naciente profesión. Haley recuerda esos primeros pasos con una cierta nostalgia:

Desde finales de la década de 1940 se organizaban congresos de psiquiatría en los que no había ni una sola mención a la terapia familiar, salvo que, en el cálido salón del hotel, uno se decidiera a confesar que había tratado a una familia entera. Entonces otro terapeuta le seguía y revelaba que también él había realizado ese tipo de terapia. Estas conversaciones furtivas derivaron en un movimiento soterrado de terapeutas que se dedicaban a hacer terapia de un modo más estimulante; ese movimiento es el que hoy sale a la luz (Haley, 1963, pág. 70).

Estas líneas demuestran que el secreto y la marginalidad pertenecen ya al pasado y que la disciplina ha entrado en una nueva era. La revista, la primera en su género, tiene efectos poderosísimos en el movimiento, transformándolo definitivamente en una disciplina y en cierto modo oficializando y ofreciendo un escenario para los encarnizados debates que caracterizaban a la terapia familiar. Con la *Family Process*, los terapeutas dejan de ignorarse entre ellos y las influencias recíprocas comienzan a ser otra característica del movimiento. Se puede aceptar la idea de Broderick y Schrader (1991) de que el primer número de la revista marca el fin del periodo de los pioneros y se empieza a consolidar definitivamente la terapia familiar como disciplina.

Al mismo tiempo, la terapia familiar comienza a atraer también a los consultores matrimoniales. Sus organizaciones, con numerosos asociados y muy poderosas,

atraviesan, en el curso de la década, una serie de crisis. En concreto, la AAMC se escinde tras la aparición de la terapia familiar. La crisis de identidad de los profesionales les lleva a deambular entre la profesión legal, la enseñanza y la terapia. No obstante, después de 1960, el interés de los consultores matrimoniales por las nuevas ideas crece. En el congreso anual de la American Association of Marriage Counselors, Ackerman y otros terapeutas ilustran y ensalzan los nuevos métodos de terapia que se aplican a toda la familia. El impacto es tal que en 1964 la AAMC, siempre a la busca de legitimación profesional, entra en contacto con el comité editorial de *Family Process*.

A finales de la década tienen lugar dos acontecimientos que tendrán repercusiones notables en la terapia familiar como profesión. La grave crisis financiera de la asociación obliga al director de la AAMC a encontrar una solución, que no puede consistir en el incremento del número de miembros. Comienza así en 1967 un progresivo ralentizamiento en la admisión a la asociación, que se prepara así para absorber a todas las asociaciones rivales y convertirse en el único punto de referencia de la consultoría matrimonial, con interlocutores de gran autoridad incluso en el gobierno de Estados Unidos.

Mientras tanto, en el simposio de Kansas City de 1966, Gerard Neubeck había lanzado una propuesta (en aquellos días) revolucionaria: «Siguiendo las tendencias actuales, debemos denominar a nuestra asociación American Association of Marriage and Family Counselors y tratar de atraer a más profesionales de la terapia familiar a nuestras filas» (en Nichols, 1992, pág. 29). Poco después, el 8 de octubre de 1967, se organiza un encuentro entre el comité directivo de la AAMC y representantes de los terapeutas familiares, entre los que estaban Ackerman, Bowen, Haley y Pittman. Ackerman, especialista en las luchas de poder y en el esoterismo sectario de las organizaciones psicoanalíticas de su época, se manifiesta enérgicamente en contra de la creación de una gran organización nacional que tenga el poder de ofrecer credenciales a los clínicos. Bowen y Haley, junto al mismo Ackerman, juzgan «prematura» la idea de formar una organización nacional de terapeutas familiares, al tiempo que Haley, como director de *Family Process*, insiste en reivindicar la independencia de los terapeutas familiares frente a todas las organizaciones. De hecho, muchos de ellos (Bowen en primera fila), procedentes de las severas escuelas de psiquiatría, consideran aproximativa e incluso débil la preparación de los consultores matrimoniales. Para ellos, el terapeuta familiar debe ser un clínico con una gran preparación, que practique la terapia familiar como especialización suplementaria, y no un profesional que haya estudiado sólo técnicas de consultoría familiar. Ésta será la posición que se impone. La cercanía entre los dos campos —terapia familiar y consultoría matrimonial— es de todas formas algo que comienza a apuntar, hasta el punto de que en 1970 se cambia el nombre de la organización por el de American Association of Marriage and Family Counselors

(AAMFC; Nichols, 1992). Ello sucederá unos diez años más tarde.

4. 1970-1980: TÉCNICAS

CONTEXTO

Son años difíciles, profundamente contradictorios. Gradualmente, en todo el mundo occidental, se asiste al desencanto de la idea de renovación política, social y cultural que ha caracterizado la década anterior. Surge así una combinación de desorientación, desconfianza y elementos utópicos. Los acontecimientos políticos y económicos pesan: por primera vez después de la guerra, no se puede dar por hecho que el futuro sea más próspero que el pasado, una situación particularmente grave para Estados Unidos. La guerra de Vietnam parece incontrolable, mientras que la rebelión de los países petrolíferos, mediante el encarecimiento del producto, conduce a un índice de inflación mundial jamás alcanzado. La economía está paralizada, y con ella las esperanzas. La preocupación principal es cómo conservar el puesto de trabajo sin renunciar a la prosperidad a la que la sociedad se ha acostumbrado.

Las reacciones son diferentes a ambos lados del Atlántico. En Estados Unidos, después de la represión de las rebeliones universitarias, llega el fin de la guerra de Vietnam, el nacimiento de la «mayoría silenciosa» y las presidencias republicanas que aplastan rápidamente los movimientos de protesta y utopía. Los programas de utilidad social, una de las grandes apuestas de la administración Johnson, son abandonados. La sociedad evoluciona hacia una consideración cada vez mayor de la esfera íntima y privada, que algunos estigmatizarán como la «cultura del narcisismo». Los frustrados intentos de Nixon y la inepta administración de Carter no hacen más que aumentar la insatisfacción.

El feminismo es ya un modo de pensar que está adquiriendo una gran radicalidad, sobre todo en la opinión pública de orientación «progresista», a la que pertenece también la terapia familiar. No sorprende que en 1978 *Family Process* publique el primer artículo que interpreta la terapia familiar bajo una óptica feminista (Hare-Mustin, 1978). La novedad de la década en materia de géneros y roles sexuales es el nacimiento (siempre en Estados Unidos) del movimiento gay, que cuestiona la definición de la libertad sexual en términos exclusivamente heterosexuales (Coontz, 1992).

Para Europa la cuestión es más complicada. Acostumbrados ya a un bienestar difundido y sobre todo garantizado, bastante diferente del bienestar estadounidense, los europeos no están dispuestos a asimilar el liberalismo americano. Europa elige entonces gobiernos más o menos de izquierdas, que insisten en la política social de la década anterior, sobrepasando incluso los límites de compatibilidad económica. Se ponen en marcha algunas de las reformas sociales más avanzadas, mientras que el terreno económico y político lentamente se lo hace más difícil. Es el caso, entre otras, de la fundamental reforma psiquiátrica italiana, que casi por ensalmo encuentra a un país que acaba de terminar con la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, siendo la

primera nación en lograrlo.

Psicología y psiquiatría

El psicoanálisis, que parecía haber entrado en una fase de cierto ralentizamiento, recupera su dinamismo teórico, pero pierde igualmente terreno frente a la psicología y la psiquiatría. Adquieren mayor relieve las obras de autores como Erik Erikson y Heinz Kohut, que retoman muchas intuiciones de investigadores anteriores. El psicoanálisis, de todas formas, tiende en sus variantes estadounidenses, a ser cada vez menos una forma de «cura» y cada vez más una «teoría global de la personalidad» (Reisman, 1991).

Entre las concepciones y terapias más recientes, las comportamentales alcanzan su punto álgido con el triunfo de B. Frederic Skinner, teórico comportamental a quien se debe la idea del condicionamiento operante. Convencido, como Watson muchos años antes, de que un condicionamiento positivo de la humanidad por parte de sus miembros más sabios es el remedio por excelencia, escribe un libro, con el elocuente título *Más allá de la libertad y la dignidad* (Skinner, 1971), que provoca fuertes controversias, pero que aun así obtiene un gran éxito. La terapia del comportamiento, sin embargo, pronto encuentra resistencias. Alfred Bandura introduce la idea del aprendizaje social, que implica un concepto del yo, de la motivación, de los constructos internos. Supera así el rígido determinismo de Skinner, llegando a un acercamiento a las ciencias cognitivas, más activas que nunca en este periodo, mientras que, con una aproximación más abierta y colaboradora con los clientes, permite superar también las muchas objeciones éticas que recibían el paternalismo y la concepción directriz de las terapias del comportamiento. El cognitivismo llega, por su parte, a desarrollar sus propias terapias, diferentes de las comportamentales, sobre todo después de los estudios realizados sobre la depresión: Seligman (1975), con su terapia de la desesperanza aprendida (*learned helplessness*), y Beck (1967), con sus ideas sobre los falsos constructos cognitivos, abren el camino a la terapia cognitiva de la depresión, que será para el cognitivismo lo que las fobias habían sido para las terapias del comportamiento.

El psicoanálisis es todavía importante en la psiquiatría, especialmente en algunos países europeos (Italia, Alemania y sobre todo Francia), pero parece perder progresivamente su fuerza de atracción cultural. Mientras tanto, adquiere de nuevo importancia la investigación genética sobre la esquizofrenia y la depresión, y se investigan (sin mucho éxito) los *marker* genéticos de las enfermedades mentales.[1] La máxima preocupación de la psiquiatría anglosajona parece ser la obtención de diagnósticos más precisos. Después de que el proyecto CATEGO demostrara que la probabilidad de que dos psiquiatras de países diferentes diagnosticaran de la misma manera al mismo paciente era muy reducida (véase Kendell, 1975), Spitzer, Endicott y Robins (1976) publican su *Sistema RDC: criterios diagnósticos de investigación*, que permite una casi perfecta

identificación del diagnóstico. La American Psychiatric Association constituye un *task force* con objeto de revisar el sistema diagnóstico oficial vigente, bastante vago e impresionista: el *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder, second edition*, más conocido como DSM-II. De éste deriva una nueva clasificación con manual anexo, el DSM-III, que será publicado en 1980 y cambiará el modo de hacer psiquiatría.

Hacia 1970, la psiquiatría social norteamericana parece llegar a su punto álgido. Pero, como suele suceder, ese auge contiene ya el germen de un nuevo cambio. Entre los indicios de que el viento estaba cambiando de dirección se encontraría esta afirmación de Lawrence Kolb, presidente APA, de 1969:

En nuestra investigación sobre la excelencia de la cura de todos, debemos preguntarnos si los individuos dados de alta recientemente, aislados y desmejorados, están contentos de las curas proporcionadas por un hospital bien organizado, o bien si hubieran preferido una «cura de la comunidad» en la que se les alojara en un pequeño centro proporcionado por un departamento de servicios sociales sobrecargado de trabajo (en Coller, 1994, pág. 999).

En 1970 una modificación de la ley estadounidense sobre la asistencia psiquiátrica autoriza la creación de servicios ambulatorios específicos para los ancianos, los antiguos internados, los drogodependientes y los alcohólicos. Sin embargo, al mismo tiempo las administraciones Nixon y Ford se oponen férreamente a esas medidas. La tendencia hacia el ahorro no cambiará, aunque se necesitarán varios años antes de que se expanda por el mundo, y llevará a la psiquiatría de comunidad a una gran contradicción: la elaboración de métodos cada vez más complejos y costosos, que deben ser usados en contextos en donde el ahorro es vital.

Pese a todo lo apuntado, la psicoterapia como profesión está en pleno auge, especialmente en Estados Unidos. Esto da oportunidad, entre otras cosas, a la expansión de las terapias familiares y al hecho de que se definan como terapias practicadas en un ambiente privado y cada vez menos en un ambiente hospitalario o universitario. Como consecuencia, y también por efecto de las nuevas modas psiquiátricas, las terapias familiares tienden a abandonar la cura de la esquizofrenia y de los grandes síntomas psiquiátricos, concentrándose sobre otros problemas y enfermedades.

La investigación en psicoterapia es cada vez más importante, justamente porque la práctica se expande. Los metaanálisis del periodo (Smith y Glass, 1977) demuestran que los sujetos tratados con psicoterapia mejoran globalmente más que los que no han sido tratados, pero el cómo y el por qué resultan todavía un misterio; sobre todo la imposibilidad de demostrar de forma concluyente que una terapia es mejor que otra, llevando a la idea de que los factores comunes a las distintas terapias son más importantes que los factores específicos (véase Asay y Lambert, 1999). Es el primer paso en pro del integracionismo en psicoterapia, que tendrá efectos también en las terapias familiares y será la idea más recurrente en los años siguientes como telón de

fondo de las principales corrientes terapéuticas.

Teorías

No es éste un periodo de grandes revoluciones teóricas para la terapia familiar. Paradójicamente, la máxima revolución teórica es el redescubrimiento de las ideas de Gregory Bateson, sobre las que se debería fundar la terapia estratégica y la estratégico-sistémica. Sin embargo, cuando Bateson publica sus grandes obras, más de un terapeuta, a partir del grupo de Milán, se da cuenta de que la complejidad de su pensamiento no se reduce a la popularizada oferta del MRI. De ello deriva una evolución del pensamiento sistémico que se extenderá en toda la década siguiente.

Las máximas influencias teóricas sobre la terapia familiar, sin embargo, provienen de la evolución de la psiquiatría social, que había sido muy importante en años anteriores. Las investigaciones más relevantes son, por un lado, la de la Social Psychiatric Unit del Medical Research Council inglés y por otro, la de la psiquiatría crítica y política italiana.

La psiquiatría social inglesa, que está inserta en la tradición del escepticismo empírico, ha seguido interesándose por las familias, sobre todo gracias al pequeño grupo de investigación constituido y guiado por George Brown.^[2] En 1972 Brown, Birley y Wing publican los resultados de su trabajo: los esquizofrénicos que viven en estrecho contacto con familiares que manifiestan un cierto tipo de comportamiento (esencialmente demasiado implicados en la relación, o bien excesivamente críticos y hostiles) tendrán mayores probabilidades de recuperarse que los pacientes que han vivido con familiares que no muestran esos comportamientos. Brown denomina «emotividad expresa» al factor familiar que ha conseguido identificar. Cuatro años más tarde, Vaughn y Leff (1976) responden a los resultados de Brown, logrando el éxito que a su anciano colega le faltaba. La emotividad expresa parece hecha a propósito para obtener el favor de los psiquiatras (y el reproche de los terapeutas familiares): ante todo, es sencilla, de comprensión inmediata e inmune a los excesos de sutileza; en segundo lugar, no se basa en una teoría de los sistemas familiares o del funcionamiento familiar; se adapta bien a la psiquiatría tal como se configura con el DSM-III; y es compatible con teorías adaptadas al pensamiento psiquiátrico, como el modelo biopsicosocial de Engel (1977) y el modelo diátesis-estrés (Zubin y Spring, 1977); por último, es posible utilizar, a partir de la emotividad expresa, una serie de *estudios simples* sobre la familia, de los que se derivarían unos modelos de tratamiento que a su vez se pueden estudiar. Leff decide que es necesario probar si la reducción de los niveles de emotividad expresa familiar puede llevar a una mejora clínica de los pacientes.

La famosa Ley 180 de 1978 (rápidamente integrada en la ley de reforma sanitaria

nacional, pero siempre recordada como la «ley Basaglia») introduce novedades hasta entonces impensables: la sede central de las curas psiquiátricas es «el territorio», los hospitales psiquiátricos son abolidos, es reconocida la necesidad de insertar a los pacientes en su ambiente, los procedimientos para el internamiento no voluntario son más rígidos. Los pacientes serán tratados en casa, en los centros diurnos y en los ambulatorios, o bien (pero sólo durante un breve periodo) en pequeños centros situados dentro de los hospitales generales. Los jóvenes psiquiatras descubren rápidamente que su preparación, que ha tenido lugar en los hospitales psiquiátricos, es insuficiente para afrontar los problemas de relación con un «paciente» o una comunidad de pacientes. Entonces se dirigen en masa, entre otros, a los terapeutas familiares que en esos años han comenzado a surgir en Italia.

Ése es probablemente el origen del profundo vínculo entre la terapia familiar, la psiquiatría y la política social en Italia. La terapia familiar en Italia tiene una ubicación *crítica*; y la crítica es social y política, no sólo epistemológica como había sido en Estados Unidos.

Modelos

La terapia familiar se va consolidando. Estos años son, para Broderick y Schrader (1991), los años de las *escuelas* de terapia familiar. Framo (1996), más incisivo, los denominará *the battle of brand names*. El trabajo pionero de los iniciadores, después de la consolidación clínica, cristaliza de una vez por todas, mientras que todos los jefes de escuela publican una versión más o menos definitiva de sus doctrinas.

La desaparición de Nathan Ackerman pone en graves dificultades a la terapia familiar de orientación psicoanalítica de Estados Unidos. Don Bloch, su fiel alumno, se convierte en el director del Family Institute, rebautizándolo como Ackerman Institute for Family Therapy, y casi al mismo tiempo es nombrado director de *Family Process*, reemplazando a Haley. Rápidamente, Bloch imprime al instituto una orientación más ecléctica que le alejará de la ortodoxia de Ackerman. El Ackerman Institute, bajo la guía de muchas figuras eminentes contratadas por Bloch, entre ellas, Lynn Hoffman, Peggy Papp y Olga Silverstein, que fundan el Brief Therapy Project, orienta el modelo hacia el MRI y pronto llegan a él todas las novedades, desde la teoría sistémica de Milán hasta el constructivismo y el construccionismo de los siguientes años.

Es característico de todos los nuevos actores el entrar en escena con teorías y técnicas ya conocidas. La producción de teóricos de importancia contiene un elenco cada vez mayor de técnicas y procedimientos listos para ser aplicados. Son las técnicas lo que caracteriza a las terapias familiares de la época, ligadas siempre muy poco a la lenta

maduración del terapeuta y más a una rápida asimilación en cursos breves o incluso a través de seminarios y estudio de videograbaciones. Se definen en este periodo las dos principales variantes de la terapia estratégica: la estratégico-sistémica del MRI y la estratégico-estructural de Haley, mientras que el grupo de Milán, inicialmente fiel a los preceptos de Palo Alto, propone su propia terapia estructural batesoniana.

Pero también Bowen, Nagy y Framo crean su propio modelo, con muchas técnicas e intervenciones estándar: la teoría de los sistemas familiares de Bowen (más conocida como *Bowen Theory*), la terapia familiar contextual de Nagy y el peculiar modelo diseñado por Jim Framo, una combinación de terapia de pareja, modelos intergeneracionales y teoría de las relaciones objetales. Por su parte, Don Williamson ve la vida familiar como una lucha entre generaciones y crea una nueva terapia con la que se pueda ayuda a los hijos a liberarse del peso de los padres (Williamson, 1981). Finalmente, Maurizio Andolfi propone una síntesis personal entre Minuchin, Whitaker y algunas intuiciones en gran parte hijas del soliviantado clima italiano de aquellos años (Andolfi, 1977).

Al aumento de las terapias técnicas corresponde el ascenso de las más humanistas dentro de las terapias experienciales, sobre todo la de Virginia Satir.

Algunas ideas de Satir son recogidas por el matrimonio Fred y Bunny Duhl y por David Kantor, quienes en 1969 fundan el Boston Institute Family. Por más que los Duhl prefieran definir su modelo como «terapia familiar integrada» (Duhl y Duhl, 1981), en su aproximación influyen sobre todo las enseñanzas experienciales. Entre las técnicas que más utilizan se encuentran la escultura familiar, tan amada por Satir, los juegos de rol y la *family puppet interview* (Duhl y Duhl, 1981), en la que se pide a un miembro de la familia que represente una historia usando marionetas, una técnica especialmente apropiada para los niños.

En la década de 1970, el interés por la investigación cuantitativa crece también entre los terapeutas de la familia. Poco antes de 1980 aparecen las primeras revisiones sistemáticas de la literatura centradas en este tema (véase Gurman y Kniskern, 1978, 1981b), mientras que se multiplican las investigaciones cuyos criterios metodológicos son cada vez más estrictos.

En el mismo periodo se publican los primeros manuales importantes de terapia familiar. Al comienzo de la década hubo algunos intentos, someros y poco organizados, de dar una idea general de la disciplina: *Changing families* de Jay Haley (1971c) y *Handbook of family therapy* (1981a) de Alan Gurman y David Kniskern, los dos principales defensores de la *out-come research*. Éste es el estado de la disciplina, ya bastante estabilizada, en que se mueve la terapia familiar que apunta hacia los grandes cambios de los años siguientes.

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapias psicoanalíticas

Robin Skynner

Mientras en Estados Unidos muchas terapias familiares nacen en directa polémica con el psicoanálisis, en Gran Bretaña se crea en los mismos años un contexto en el que a los terapeutas les resulta más fácil mantener los vínculos con la tradición psicoanalítica. El mismo Jackson, que también tomaba ciertas distancias frente a la versión norteamericana del psicoanálisis, recurría a formulaciones inglesas como la de Fairbairn, una teoría que servía de puente entre la terapia intrapsíquica y la terapia familiar. En Gran Bretaña, los nuevos desarrollos y aplicaciones de la teoría de las relaciones objetales dan buenos resultados en el campo de la psiquiatría general (Main, 1957) y de la terapia de pareja (Dicks, 1967). En ambos sectores se observa que el problema individual está inexorablemente unido a problemas relacionales con otras personas clave del contexto social más cercano. En un artículo sobre la terapia breve psicoanalítica, Balint y Ornstein (1972) observan que el terapeuta se puede ver obligado a trabajar con la pareja también en un contexto terapéutico individual, puesto que, conforme avanza la terapia, el compañero del paciente termina participando en el trabajo terapéutico.

La aplicación de la teoría de las relaciones objetales a la psicoterapia de grupo por parte de Ezriel (1956) y Bion (1961) prepara en cierta forma el terreno para un cambio de modelo. Dentro de los grupos, los participantes reproducen los roles que desempeñaban en sus familias respectivas, lo cual lleva a considerar el ambiente en que se desarrollan y se forman estos roles. Distintos autores británicos trabajan sobre esta base: por ejemplo, en 1973 Arnon Bentovim y Warren Kinston, analistas infantiles de la Tavistock Clinic, organizan un seminario para aplicar a las familias el método de la psicoterapia focalizada breve de Malan; este trabajo es revisado dos años más tarde (Bentovim y Kinston, 1978; Kinston y Bentovim, 1978), constituyendo el núcleo de la futura terapia familiar focalizada (Bentovim y Kinston, 1991). Pero será Robin Skynner (1976) el que desarrolle la terapia familiar justamente en esta dirección.

Robin Skynner nace en 1922 en Charleston; es el mayor de cinco hermanos. Skynner (1981) habla de su propia familia como de un contexto extremadamente problemático: a un familiar se le diagnostica esquizofrenia, y el grupo familiar, según el relato del autor, parece caracterizarse por lo que Bowlby habría denominado «apego evitante». Skynner considera sus orígenes en una familia problemática como el centro impulsor y raíz de su vocación terapéutica: «[...] ese ámbito familiar es la fuente de mi capacidad de comprensión, por la experiencia directa que me proporcionó con la disfuncionalidad y sus

causas» (Skynner, 1981, pág. 40).

Interesado en los estudios sobre el lenguaje y en la relación entre las palabras y la realidad, comienza a estudiar medicina. Ya en el segundo año de carrera, colabora con Bertrand Russell y con su grupo, la Metalogical Society. Para Skynner, la teoría de los tipos lógicos es de extrema importancia, de la que rescata la convicción de que la elección de las posiciones teóricas por parte de un profesional no es un acto neutral o casual, sino que en ella se basa la clasificación de modelos con los que trabaja, una construcción frecuentemente inconsciente. En el Maudsley Hospital, Skynner conoce la terapia de grupo: la influencia de Foulkes, director de grupos, resulta extremadamente importante para el desarrollo posterior de sus premisas sobre la práctica clínica. De hecho, trabajando con adolescentes, niños y personas gravemente perturbadas toma conciencia de la importancia de asumir un papel director y del respeto de los roles «en un periodo en el que estaba de moda el estilo neutral» (Skynner, 1981, pág. 40). Poco después pasa a la Tavistock Clinic de John Bowlby. En 1972 introduce en el Group Analysis Institute de dicha clínica la práctica de la terapia familiar, y en 1977 funda el Family Therapy Institute, asociado a la Tavistock.

Su contribución sigue la línea de trabajo de Bowlby pero con características diferentes. Por un lado, su teoría se centra en los patrones de apego en el seno de la familia, y utiliza como instrumento clínico las investigaciones sobre los grupos de Bion. Por otro, recibe influencias de profesionales de formación y extracción cultural diferente. El resultado es que los colaboradores de su instituto crean varios estilos personales de gestión del *setting* y de la terapia en general, en vez de producir un único «método Tavistock» de terapia familiar (Papadopoulos y Byng-Hall, 1997).

La concepción de Skynner sobre la disfuncionalidad familiar tiene mucho que ver con las premisas de su formación. Por un lado, Skynner afirma que la familia disfuncional es una familia que ha alcanzado un estadio de desarrollo bastante bajo; por otro, sostiene que la disfuncionalidad no se explica solamente en términos de crecimiento, sino que presenta una escasa capacidad de aprendizaje de pautas para resolver situaciones estresantes. En su concepción confluyen tanto las teorías del desarrollo de la tradición psicoanalítica, que ven el crecimiento de la persona como un proceso lineal que pasa por diferentes estados de maduración, como la idea comportamental de que existen modalidades de aprendizaje óptimas para afrontar el estrés. La conexión que Skynner establece para unir estas dos ideas no está exenta de una cierta fascinación: «La familia tiende a descompensarse fácilmente cuando debe afrontar situaciones estresantes que responden al perjuicio ocasionado en el proceso de desarrollo multigeneracional de la misma» (Skynner, 1981, pág. 43).

En la concepción de Skynner, cada miembro de la pareja lleva a la familia aspectos no resueltos correspondientes al nivel de desarrollo que ha alcanzado y hace partícipe a

su interlocutor de los temas inherentes a su propia historia personal mediante mecanismos proyectivos. La lucha entre los dos «sistemas proyectivos» (neologismo de Skynner que combina ciertos conceptos psicoanalíticos con otros sistémicos) lleva a la destrucción de la posibilidad de relación cuando uno de los dos sistemas prevalece sobre el otro. En general, la teoría de Skynner es eminentemente sincrética y se halla en una posición intermedia dentro de la serie de teorías que surgirán en esos años. Con su bagaje teórico sobre las distintas tradiciones psicoterapéuticas, Skynner abre un camino a las ideas integradoras que adquirirán gran importancia posteriormente. Además, da forma a la terapia familiar británica, que se caracteriza tradicionalmente por su terapia ecléctica, poco inclinada hacia la ortodoxia y muy abierta al empirismo, según la mejor tradición nacional.

Helm Stierlin

La situación de la terapia familiar alemana en estos años es extremadamente inestable. Es sobre todo el descubrimiento de la terapia sistémica el que la hace entrar en una profunda crisis. Este cambio de paradigma encuentra terreno fértil entre los terapeutas familiares alemanes, y deriva en un enfrentamiento entre Hans Richter, decano de la terapia familiar psicoanalítica, y Stierlin. Casi al mismo tiempo se publican el libro de Stierlin, *Psicoanálisis y terapia familiar* (1975a), y el de Richter, Strotzka y Willi, *Familie und seelische Krankheit* (1976), donde se defienden las dos posiciones teóricas. Inmediatamente después Stierlin entra en contacto con las nuevas tendencias de la terapia familiar y conoce a Mara Selvini Palazzoli.

El camino de Stierlin, de hecho, llega en estos años a su fase de madurez, en la que los temas psicoanalíticos y las ideas sistémicas conviven armónicamente, como en el caso de Skynner, pero insistiendo en aspectos totalmente distintos. Para Stierlin, el mal, el dolor y el conflicto provienen del *pasado*, de una suerte de herencia sobre la que la persona debe decidir si llevarla consigo o abandonarla: esta línea de pensamiento es aplicada al contexto psicológico y también al contexto social e histórico.

En el artículo «Centrifugal versus centripetal separation in adolescence» (Stierlin y otros, 1973) cuestiona la idea de identificación proyectiva de Klein, criticando su carácter unilateral. Stierlin afirma que el mecanismo de identificación proyectiva «entendida como una modalidad de las percepciones y del comportamiento de los padres, es la que hace que el niño sea prisionero de proyecciones parentales» (Stierlin, 1975a, pág. 158). Citando a Bateson, Wynne, Searles y Laing, Stierlin sostiene que las representaciones que el padre se hace de su hijo pueden pasar al imaginario del hijo y proporcionarle motivaciones para desarrollar un determinado estilo de vida.

Stierlin defiende que la confianza y el reconocimiento de la potencial autonomía del

hijo, además de ser evidentemente positivos para la formación de su carácter, son también directamente proporcionales al logro de la separación del adolescente y a la eliminación de aspectos de dependencia en la edad adulta. Una aproximación al estilo psicoanalítico y sistémico se encuentra en «Group fantasies and family myths» (Stierlin, 1973), artículo en el que recoge las teorías de Bion (1961) sobre los grupos en el seno de la estructura familiar, pero teniendo en cuenta las ideas de Jackson y Ferreira sobre el mito familiar. Stierlin sostiene que los mitos familiares tienen el significado de una fantasía implícita y compartida por una familia, que constituye una forma de defensa contra la profunda conflictividad que se da en el interior o en el exterior del sistema. Según Stierlin, las personas que representan un mito intentan poner en acción una mediación entre las exigencias que consideran opuestas a ellos y complicadas.

Pero el tema más relevante de la obra de Stierlin, el proceso de la delegación en la adolescencia, saldrá a la luz en dos importantes trabajos que, desde perspectivas radicalmente diferentes, abordan la cuestión del pasado de Alemania. Se trata de «The parent's nazi past and the dialogue between the generations» (1981) y *Adolf Hitler, familienperspektiven* (1975b). Stierlin define el proceso de delegación por parte de los padres como una de las posibles formas de abordar la relación con los padres en la adolescencia: los hijos pueden ser vinculados, delegados o expulsados por los familiares cuando reivindican su autonomía personal, conservando o cortando el vínculo con la familia de origen. El proceso de delegación le parece muy interesante porque mantiene la continuidad de la línea familiar; además, si la delegación es razonable y adecuada respecto a las posibilidades del hijo, puede ser un proceso que fomente una motivación positiva para el desarrollo de la persona en el futuro. El hijo adquiere un elevado sentido de autonomía, de lealtad e integridad personal, sabiendo que busca el éxito (y no sólo eso) para sí mismo, así como para toda la familia.

El caso del joven Adolf Hitler es interpretado según esta línea: su madre era una mujer agresiva y cruel, mientras que su padre desapareció, si bien nunca gozó de buena reputación entre sus propios familiares. Así, dice Stierlin, Hitler se encuentra con que debe afrontar cuatro misiones, inconciliables y ambiguas: seguir ligado a su madre con un vínculo simbiótico; demostrar a todos sus familiares que su madre era una buena madre; dar un cambio a la mísera vida de su madre obteniendo cargos importantes en el ámbito público; y vengarse de un padre negligente y opresor. Esto habría podido ocasionar a Hitler una grave enfermedad mental, pero la patología fue desplazada al pueblo alemán. En el artículo «The parent's nazi past and the dialogue between the generations», Stierlin se pregunta cuáles son los procesos comunes que llevan a integrar el pasado en las experiencias existenciales, y recuerda una sentencia de Nietzsche: «Debo haberlo hecho, dice mi memoria. No puedo haber hecho todo eso, dice mi conciencia. Pero finalmente la memoria se rinde».

Stierlin dice haber encontrado en su práctica clínica a muchas familias que exponían recuerdos de la guerra y del periodo nazi, pero ninguna se enfrentaba al hecho de haber participado eventualmente en la violenta situación política vigente en aquellos años.

El problema, sostiene Stierlin, es que, si las familias no hablan claro acerca de esos aspectos de su pasado, los hijos tendrán una percepción distorsionada o equivocada de lo sucedido y se sentirán quizá responsables de la culpa inconfesada e incluso inexpressada por sus padres.

En los trabajos sobre el nazismo se ponen de manifiesto las bases del método de Stierlin, y quizá también la importancia de la posición del padre en la terapia familiar alemana. Como muchos intelectuales alemanes de su generación, Stierlin no puede sustraerse a la reflexión sobre la culpa, la responsabilidad y la transmisión de estas últimas a través de las generaciones. Como él mismo proviene de los culpables (culpables pero también derrotados), no puede refugiarse en el optimismo americano y en su énfasis en el presente; el psicoanálisis, con su método de indagación continua del pasado, le resulta muy próximo. Sin embargo, la parte más importante de su obra es *ética*, como le sucede también a Nagy, aunque su claridad de lectura evita los moralismos en que cae a veces Nagy.

Stierlin reúne, con un estilo absolutamente personal, los elementos filosóficos y culturales exquisitamente europeos (es más, alemanes) y los elementos pragmáticos de origen estadounidense. A diferencia de Skynner, y en los años siguientes de los Scharff, que constituyen el «estilo inglés» de la terapia familiar psicoanalítica, Stierlin es el representante del estilo neofreudiano dentro del marco familiar, pero con una música alemana de fondo, con un estilo metódico, puntual, en absoluto ligero.

Terapias intergeneracionales

Murray Bowen y la «Bowen Theory»

En estos años la famosa teoría de Bowen ya se ha formulado en su versión definitiva. Al contrario que otros maestros de escuela del periodo, Bowen es poco conocido por su modo de dirigir las terapias, aun cuando es un estilo bastante peculiar. Sus sesiones consisten en preguntas sutiles y ligeramente directas. Es una forma de dirigir las sesiones que se asemeja a la del grupo de Milán en cuanto a la discreción y sutileza.

EL MODELO DE BOWEN

Teoría

Diferenciación: es el concepto central de la teoría de Bowen y su utopía, la condición de realización psíquica a la que tiende a lo largo de toda su existencia; es un proceso y no un estado, y no se identifica con conceptos análogos, como la autonomía o la independencia, que tienen significados evidentemente más sociales o conectados a constructos de rol. La persona puede alcanzar niveles diferentes de diferenciación según sus potencialidades de crecimiento acordes con sus características personales, en vez de basar su crecimiento en el contexto exterior.

La diferenciación se manifiesta sobre todo en relación con un sistema emocional, generalmente el de la familia. En este caso el sistema emocional introduce en la persona expectativas y emociones frecuentemente no conscientes, pero que la llevan a asumir comportamientos, valores y convicciones que prescinden de su propia individualidad en favor del sistema emocional común.

Sistema emocional: cada organización social o etiológicamente estructurada desarrolla interdependencias emotivas entre sus miembros, que constituyen la identidad y organización del sistema. En el caso de la familia, el sistema emocional está formado por los recuerdos, las emociones, las fantasías y los vínculos con el pasado, tanto en cuanto al individuo como en cuanto al grupo, las posiciones de los individuos dentro de la familia y las formas de afrontar los cambios por parte de la familia, en particular las pérdidas y el grado de diferenciación de los miembros.

Este concepto se utiliza también en terapia para formular una hipótesis inicial sobre la identidad y sobre las características de la familia. Entre los elementos que contribuyen a delinear el sistema emocional en la fase de hipótesis cabe citar los niveles de diferenciación, el grado de ansiedad crónica y las triangulaciones.

Perspectiva multigeneracional: según Bowen, las familias se caracterizan por los procesos transmitidos por las respectivas familias de origen, pero también por las posiciones de las familias en el árbol genealógico, desde su posición de fuerza o debilidad hasta su posición cultural y social. El proceso, a su modo de ver, presenta una cierta rigidez, que se reproduce de generación en generación, como si estuviera relacionado, por un lado, con los factores psicológicos y, por otro, con un contexto biológico y de especie. Este aspecto es el que diferencia la teoría de Bowen, y constituye además la fuente de su actividad formativa: sacar a la luz el pasado de su familia, persiguiendo su propia diferenciación, permite a la persona retomar el contacto con los comportamientos que le han sido transmitidos durante generaciones sin volver a ser absorbido por ellos.

Triángulos emocionales: los triángulos, en la concepción de Bowen, se rigen por reglas propias. La más típica es que, si se trata de modificar la relación entre dos personas o entre una persona y su problema, la relación queda reforzada en vez de limitada. Otra regla es que si una persona se implica en la difícil relación que establecen otras dos personas, sufrirá el estrés de esa relación (triangulación). Solamente tomando en consideración los triángulos emocionales del sistema emocional se puede obtener un cambio.

Técnica

En la técnica de Bowen el primer y fundamental elemento es el terapeuta. Bowen sostiene que el cliente puede cambiar solamente hasta alcanzar el punto cumbre de la madurez del terapeuta, es decir, sólo hasta el nivel de diferenciación alcanzado por este último. Por ello, según Bowen, no existen técnicas específicas para conducir una sesión o la terapia, sino sólo el empeño del terapeuta por revalorizar continuamente su posición frente a los clientes. Bowen sostiene además que la diferenciación del terapeuta produce una diferenciación análoga en el cliente individual, dentro de una relación terapéutica que es más importante que cualquier posible técnica.

Técnicamente, la idea del triángulo emocional lleva consigo la necesidad de comprender los triángulos familiares sin permanecer triangulados. Con respecto a esto, Bowen sugiere que la técnica principal para obtener resultados es formular preguntas, pero sin sugerir interpretaciones. Las preguntas permiten a los pacientes reflexionar por sí mismos, pero adecuadamente guiados, sobre los aspectos que les han llevado a la sesión, al tiempo que evitan tomar posición en las triangulaciones. Bowen recomienda a sus alumnos que tengan en cuenta sus propias experiencias personales de trabajo con sus familias de origen, como una especie

de entrenamiento. La diferenciación se puede promover mediante la concienciación sobre las condiciones relacionales que nuestra familia de origen nos ha proporcionado.

Con la evolución de su teoría y técnica clínicas, madura también la antropología implícita de Bowen. Según esta visión, el individuo está solo y debe estar solo; sus vínculos de reciprocidad son interpretados como ataduras e impedimentos y deben ser liberados para que las emociones y las pasiones, que incidentalmente son la materia misma de tales vínculos, adquieran independencia. El hombre restituye así a la racionalidad lo que le debía.

Resulta interesante observar que Bowen, el terapeuta que más investigó sobre la «diferenciación» de la familia de origen, es un típico estadounidense blanco, anglosajón y protestante de clase media del sur de su país. Quizá por este motivo, en coherencia con las premisas básicas de su cultura, para Bowen la *diferenciación* y la *objetividad* son siempre valores positivos que hay que considerar, mientras que la dependencia y la emotividad tienden a ser vistas de un modo casi totalmente negativo. Terapeutas de culturas diferentes como el argentino Minuchin o los italianos Andolfi, Boscolo y Cecchin no comparten su opinión. Minuchin dice: «Creo que tomé en consideración las conexiones invisibles entre las personas con el fin de eliminarlas. Las personas son siempre interdependientes. En general, la cuestión más importante en una familia es cómo se puede convivir dentro de un conjunto y a la vez ser una parte del mismo. Pienso que, en este aspecto, Murray y yo hablamos lenguas diferentes» (Minuchin, en Simon, 1992, págs. 81-82).

Por último, Murray Bowen se muestra hostil al concepto de familia, por lo menos en el sentido de «lugar de los vínculos emotivos». Ignorará siempre el hecho de que la propia constelación familiar —la intimidad, los afectos y las emociones— es justamente un correlato histórico del racionalismo y del individualismo tan venerado por él.

En 1976 Bowen celebra los diez años de actividad de su instituto con una gran fiesta, y en 1978 publica su amplia antología *De la terapia familiar en la práctica clínica* (Bowen, 1978). Pero serán los últimos momentos de gloria. En el mismo año 1978 pierde su batalla contra la AAMFT por la formación de los terapeutas familiares. Se impone otra visión de la terapia, pragmática y aproximativa, y las ideas bowenianas pasan a ser ideas marginales.

La influencia directa de la *Bowen Theory* empieza a declinar, al tiempo que disminuyen los terapeutas dispuestos a aceptar sus exigentes reglas. Es un declive que continuará inexorablemente hasta la muerte de su creador. Sin embargo, ello no impide que la escuela siga siendo influyente. La actividad del Georgetown Family Center, cuyos miembros organizan cada año el Georgetown Family Symposium, genera un amplio grupo de terapeutas próximos a Bowen. Si algunos de ellos, como Michael Kerr y Daniel Papero, restan fieles al maestro y a su instituto, otros —más numerosos— buscan

fortuna por sí mismos. Los primeros que se separaron del maestro fueron Philip Guerin y Thomas Fogarty, que entran en la Family Studies Section del Einstein College, dirigido por Israel Zwerling y Andrew Ferber. Entre sus alumnos figuran Betty Carter, Monica McGoldrick y Ed Gordon. Junto a estos últimos, y a Peggy Papp, Guerin y Fogarty, fundan en 1973 el Center for Family Learning en New Rochelle, en el estado de Nueva York.

De todos esos alumnos, las contribuciones más importantes del periodo fueron probablemente las de Carter y McGoldrick. Elizabeth Carter, licenciada en ciencias sociales por el Hunter College, se dedica en los primeros tiempos a la terapia de grupo, pero pasa rápidamente a estudiar la terapia familiar en el Ackerman Institute, junto a Olga Silverstein. Incorpora rápidamente la técnica de Ackerman, aunque como no le satisfacen sus ideas sobre el funcionamiento familiar adopta las ideas de Bowen, que aprende primero en los textos, luego en diversos seminarios y finalmente en las lecciones de Guerin. En 1977 abandona el centro de Guerin para fundar y dirigir el Family Institute of Westchester, junto a Monica McGoldrick. No obstante, mantiene el contacto con otros colegas, en particular con Olga Silverstein y Peggy Papp, que, al igual que ella, son feministas convencidas y con las que fundará, hacia 1980, el Women Project en Family Therapy.

Junto a McGoldrick, se dedica en este periodo a difundir y aplicar el concepto de ciclo vital, debido a la psiquiatría de Erik Erikson (1959), a las familias. La idea pertenecía originalmente a los sociólogos Evelyn Duvall y Ruben Hill (Duvall, 1957) y fue retomada por Jay Haley en su libro *Uncommon therapy* (Haley, 1973). Carter y McGoldrick enriquecen la estructura original, centrada exclusivamente en una familia nuclear considerada aislada e inescindible, adoptando una perspectiva multigeneracional, según las lecciones de Bowen. En el libro *The Family Life Cycle* (Carter y McGoldrick, 1980) se populariza el concepto. Resulta casi superfluo decir que el maestro Bowen aprecia poco estas aplicaciones de sus ideas. Es sintomático, en este sentido, que rechazara escribir el prólogo del libro de McGoldrick sobre el genograma (McGoldrick y Gerson, 1985).

Michael Kerr, director de formación del Georgetown Family Institute desde 1977, escribe, junto a su alumno más fiel y prometedor, el importante capítulo dedicado a la terapia y a la terapia boweniana en el manual de Gurman y Kniskern (Kerr, 1981), y sobre todo colabora con Bowen en su último gran libro, *Family Evaluation* (Kerr y Bowen, 1988). Mientras tanto, la idea intergeneracional se convierte en una teoría general de sistemas «emotivos», humanos y no humanos. Los seguidores de Bowen, sin embargo, osan ser más papistas que el papa al subrayar continuamente la importancia de la teoría y rechazar cualquier implicación con otros modelos y métodos. Esta actitud traerá consecuencias y contribuirá al progresivo distanciamiento de los seguidores de

Bowen frente a las principales corrientes de la profesión. Bowen, por su parte, no goza de gran popularidad, al igual que su poco satisfactoria teoría. Hombre curtido, huraño y luchador, seguirá defendiendo sus ideas hasta el final. En 1991 Kerr elogia al maestro en los siguientes términos:

Murray Bowen habitaba en la teoría a su modo, una forma inimitable. [...] Observar a Bowen mientras experimentaba su teoría, tanto en relación conmigo como con otros, ha sido esencial para mí a la hora de integrar la teoría en mi vida. No es que Bowen diera lecciones sobre cómo diferenciarse —nadie puede decir cómo hacerlo—, lo importante era ver no sólo cómo definía abstractamente los principios de la diferenciación sino cómo los manejaba (Kerr, 1991, pág. 39).

Ivan Boszormenyi-Nagy y la terapia contextual

Después de 1970, Ivan Nagy se dedica a elaborar su propio modelo teórico, manteniendo como base los conceptos analíticos, pero sin olvidar al mismo tiempo sus crecientes preocupaciones éticas. El término «contextual» significa que la terapia se ocupa de un conjunto de personas individuales unidas por vínculos sanguíneos y de responsabilidad recíproca, indagando en la ética que sustenta al «contrato terapéutico multifamiliar».

Las cuestiones éticas, ya sea en el seno de la familia o entre la familia y la sociedad, nunca habían sido tan apremiantes. Al poner en primer lugar estas preocupaciones, la terapia contextual se aleja de los modelos que subrayan sobre todo las hipótesis abstractas como anomalías «estructurales» o «reglas rígidas» de comunicación. Los grandes cargos que las familias nucleares actualmente deben soportar son complejas, pero no pueden ser reducidas sencillamente a secuencias de interacción que se verifican dentro de la misma familia, sea nuclear o extendida (Boszormenyi-Nagy y otros, 1991, pág. 203).

Tabla 4.1. Conceptos centrales de la terapia contextual

<i>Ética relacional</i> : un equitativo balance de las relaciones dentro de una familia, en el que cada miembro de la familia toma en consideración los <i>intereses vitales de base</i> de todos los demás.
<i>Equidad</i> : el balance ético de las relaciones intergeneracionales. La equidad no es necesariamente simétrica: en las relaciones entre padres e hijos, por ejemplo, la asimetría es «equitativa».
<i>Herencia (legacy)</i> : la configuración de las expectativas que derivan de las generaciones precedentes y que se ejercen sobre los nuevos miembros.
<i>Registro</i> : el conjunto de créditos o deudas de la persona en relación con las generaciones anteriores. Existe una gran variedad de balances positivos si se usa este concepto, pero una vez más se trata de definir cuál es el equilibrio del balance familiar intergeneracional.
<i>Lealtad intergeneracional</i> : el conjunto de las obligaciones emotivas hacia la familia, que puede englobar a varias generaciones. Las «lealtades verticales» se refieren a las obligaciones contraídas en la infancia; las «lealtades horizontales» a las del cónyuge, que conducen a una renegociación de las lealtades anteriores. Los conflictos de lealtad («lealtad escindida» y «lealtad invisible») producen sufrimiento y disfunciones.

En 1973 se publica el libro *Invisible Loyalties* (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973), escrito junto a su colaboradora predilecta, Geraldine Spark, la primera en adoptar la orientación ética de Nagy. Es justamente la óptica individual la que abre las puertas al

discurso moral: si se considera la familia como totalidad, en lugar de como un conjunto de individuos ligados por vínculos contractuales, entonces es necesario ocuparse sobre todo de la *equidad* que regula las relaciones entre ellos. Fundamento de tal construcción es el concepto de *equilibrio de equidad*, una suerte de *a priori* que Nagy entiende como universal, independiente de las condiciones y de la cultura de la familia. Éste es el núcleo relacional que define al contexto más profundo de una familia.

La perspectiva multigeneracional que Nagy introduce en su teoría considera a los padres, por el hecho de asumir tal rol, responsables del bienestar de los hijos (independientemente de sus condiciones iniciales) y promotores de una mejora de las condiciones psíquicas de sus descendientes. En este sentido debe ser entendido el concepto de *lealtad*: los padres pueden depositar en los hijos *herencias* más o menos pesadas y más o menos constructivas, pero los hijos están obligados, por lealtad, a guiar sus vidas con las premisas de sus padres. Una tarea de la terapia es recuperar el carácter positivo de las experiencias de los hijos teniendo en cuenta el vínculo de lealtad que les une con los padres. Un concepto análogo, aunque menos rígido, es el que expresa Stierlin (1974) con su idea de la *delegación*. Obviamente, la lealtad hacia la familia de origen choca con la individuación de sus miembros, surgiendo problemas eventuales de diferenciación y triangulación.

Una paradoja muy importante, profunda, reside en la relación antitética que se da entre la individuación y la lealtad familiar. Aunque aparentemente la incapacidad de crecer y de madurar hace que un hijo sea desleal respecto a las aspiraciones familiares, lo cierto es que cada paso que lleve hacia la independencia del hijo, su verdadera individuación o su separación, tiende a tocar el tema fuertemente cargado de emotividad del deseo negado —si bien manifiesto en cada uno de los miembros de la familia— de unidad simbiótica ilimitada con la propia familia de origen (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973, pág. 39).

El concepto de *lealtad invisible* hace referencia a la presencia de vínculos aparentemente inexplicables entre las generaciones. La perspectiva del *registro* semeja un rendir cuentas de las deudas y los créditos: si la persona tiene la percepción de que debe saldar sus deudas en relación con las generaciones anteriores, su vida quedará bloqueada por una lealtad invisible y tenaz, y no podrá desarrollarse plenamente.

Para Nagy la individuación es importante, pero no en contraposición con la lealtad a la propia familia. Nagy trata de buscar un equilibrio entre las exigencias del individuo y las de la unidad familiar, y la vía de conciliación entre esas exigencias es eminentemente *moral*: ahí reside la ética correcta de las relaciones generacionales. En un periodo en el que todos los terapeutas familiares destacan la brevedad y simplicidad de las terapias, Nagy es uno de los pocos que propone una terapia de elevado número de encuentros que puede durar varios años. Quizá por ello la terapia contextual queda aislada, a pesar de que su fundador sea frecuentemente citado en todos los manuales por su condición de pionero.

En la historia de James Framo destacan diversos hechos. Tras separarse del EPPI en 1969, Framo constituye primero un departamento para las familias en el Mental Health Center del Thomas Jefferson Medical Hospital de Filadelfia. La idea guía es evaluar todas las primeras admisiones, cualquiera sea el problema presentado, con una diagnosis familiar. En ese periodo escribe su más importante artículo teórico, «Symptoms from a family transactional viewpoint» (Framo, 1970), en el que sostiene que los síntomas psiquiátricos son sustancialmente inexplicables si no se investiga sobre la familia. Según esta perspectiva, los síntomas serían sobre todo una forma particular de relación íntima.

Framo, profundamente influido por Bowen, pero sin olvidar su predilección por las relaciones objetales, cambia su campo de acción. Su trabajo será más intergeneracional, y progresivamente se centra en la terapia de pareja, obviamente teniendo en cuenta las familias de origen. En 1976 publica su primer artículo sobre su nuevo modelo de trabajo: en terapia de pareja, afirma Framo, es importante incluir al menos una sesión con cada uno de los cónyuges (solo) y su familia de origen. De este modo, puede trabajar al mismo tiempo con los objetos interiorizados (los padres y los hermanos introyectados) de cada individuo y con sus objetos reales (los padres y los hermanos tal como se encuentran en las sesiones). Éste será el punto central de su trabajo, en el que las terapias individuales, de pareja, de familia y por grupos de parejas constarán siempre de una sesión con las familias de origen (Framo, 1981).

Como sostiene el mismo Framo, la base para comprender su punto de vista intergeneracional es la teoría de las relaciones objetales de Fairbairn (1952) con su aplicación en las relaciones de pareja definidas por Dicks (1967). Según estas premisas, «los miembros de la familia realizan una coalición para hacerse cargo de las funciones psíquicas de los otros» (Framo, 1992, pág. 109): debido a la identificación proyectiva, algunas partes escindidas de la persona son «vividas» por otros miembros de su *entourage*. En la base de esta formulación está la idea de que la conflictividad en el sistema familiar es una conflictividad intrapsíquica que sólo secundariamente se transfiere a las relaciones con la pareja: el trabajo sistémico es, por lo tanto, un instrumento para enfrentarse a un problema de orden individual y de naturaleza psicodinámica.

La escisión psíquica interior, sostiene Framo basándose en la teoría de Fairbairn, puede tener su contrapartida en las realidades relacionales de la persona: los individuos buscan en los demás a los representantes de su propios objetos internos, que influyen de manera más o menos neurótica en las elecciones de la pareja o de otras personas significativas. Así sucede que personas con objetos internos prevalentemente *rehusantes* escogen una pareja con quien reproducir experiencias de sufrimiento y frustración, a

pesar de la aparente paradoja de tal elección; otros serán atraídos por personas seductoras, que prometen pero no corresponden jamás a los deseos del individuo, en este caso bajo la influencia de un objeto interno *excitante* otros incluso, portadores de un fuerte *objeto ideal*, serán propensos a desconocer la realidad de sus propias relaciones, no dándose cuenta de lo que sucede en su vida familiar o de pareja, hasta el punto de negar las situaciones relacionales.

Naturalmente, en este contexto teórico, la elección de la pareja se transforma en el punto central de la vida relacional. Es esto lo que lleva a Framo a la vía de la terapia de pareja, incluso antes de la terapia familiar.[4] Framo sostiene que las parejas se seleccionan en función del descubrimiento de aspectos perdidos en las relaciones objetales primarias: «Generalmente, las personas no escogen la pareja que quieren, sino la que necesitan» (Framo, 1992, pág. 113). La terapia intergeneracional es sustancialmente diferente de la terapia individual. En vez de evaluar con el terapeuta las relaciones objetales y modificarlas dentro de esa relación, la persona se enfrenta de nuevo a los objetos externos responsables de su mundo interior. La característica del *aquí y ahora*, si bien no ha sido claramente teorizada por Framo, retoma además las modalidades psicodramáticas clásicas, en las que se reviven temas y contenidos de la persona en presencia de otros que hacen de contexto.

Técnicamente, las adquisiciones de Framo se traducen en un estilo terapéutico afable y relajado, en el que se afrontan los conflictos de un modo bastante abierto, con una pizca de sentido del humor. Framo privilegia la coterapia (trabaja regularmente con su segunda mujer, Felise Levine) realizada semanalmente, centrándose primero en el *aquí y en el ahora* de las relaciones de pareja y de familia, para después retrotraerse gradualmente en el tiempo hasta encontrar las relaciones con la familia de origen. En este punto el trabajo da un giro, haciendo que intervenga primero uno de los miembros de la pareja y después el otro, hasta llegar a la sesión crucial con las respectivas familias de origen: se trata de sesiones intensas, de duración variada, preparadas mediante un largo trabajo individual. De este modo, cada cliente es incitado a enfrentarse con temas cruciales, con el resultado de una intensidad emotiva notable. Las sesiones intergeneracionales son el punto culminante y concluyente de la terapia.

Maurizio Andolfi[5]

El pensamiento de Andolfi es, en el panorama italiano, uno de los más ricos en contribuciones diferentes y, al mismo tiempo, uno de los más originales. Ha dado lugar a un contexto terapéutico en el que se mezclan elementos psicoanalíticos, sistémicos y técnicas expresivas, y donde se concede gran importancia a la formación de los alumnos terapeutas. Antes de 1970, en Roma no había posibilidad de trabajar o de estudiar terapia

familiar: tan sólo existía el grupo formado por Cancrini, su hermana Maria Grazia, Gianni Coletti, Marisa Malagoli Togliati y Gianni Fioravanti, además del mismo Andolfi, único neuropsiquiatra infantil en medio de tantos psiquiatras que se ocupaban de adultos. La carrera de los miembros de este grupo sigue cursos diferentes: mientras algunos se dedican a la enseñanza, otros optan por aprender. Entre estos últimos figura Andolfi, que se traslada a Estados Unidos, donde frecuenta al mismo tiempo el Einstein Institute de Nueva York, el Family Therapy Institute de Ackerman y la Philadelphia Child Guidance Clinic de Minuchin mientras realiza su análisis personal. Durante dos años y medio Andolfi se sumerge en la realidad estadounidense, frecuentando entre otros a Carl Whitaker.

Es justamente a Whitaker a quien Andolfi cita como su maestro de terapia y de vida, junto con Minuchin.

Creo que Minuchin no es un gran educador sino un gran clínico. Era muy autoritario, de un machismo increíble: las mujeres le temían, y precisamente por eso las trataba mal. Era tan absorbente, estaba tan preocupado de que uno pensara como él que al final era difícil ser creativo. En cambio en terapia era lo contrario: mostraba una profunda compasión, tenía una gran capacidad para identificarse con la gente, para debatir, para cometer errores sin sentir vergüenza, mientras que ante los alumnos no habría aceptado jamás que estaba equivocado. Whitaker me aportó una dimensión muy diferente a la de Minuchin. [...] Whitaker tenía una capacidad enorme para entrar en la dimensión irracional, simbólica, muy cercana a la de un niño. Además, trabajaba con dos o tres generaciones, alargaba las historias y por tanto normalizaba las patologías, porque cuando se las enfoca en el plano histórico, ya no son importantes (Andolfi, 2000, comunicación personal).

Al concluir sus estudios en Estados Unidos, Andolfi regresa a Roma en 1972. Su camino sintetiza de manera emblemática la doble dificultad de los terapeutas familiares en estos años: enfrentarse al contexto político, convenciéndose de que no están retrasados frente a éste, y, al mismo tiempo, reaccionar ante el boicot del mundo académico. Andolfi, no obstante el apoyo del neuropsiquiatra infantil Giovanni Bollea, no logra llevar adelante su programa de formación en terapia familiar para los especialistas en neuropsiquiatría infantil, y abandona la facultad de medicina para entrar en la de psicología.

La situación de estos años muestra una profunda escisión entre las partes en juego: la mayor parte de los representantes de la psiquiatría democrática, que critican ásperamente todo lo que tiene que ver con la modificación del *statu quo* de las personas o de las familias, considerado mistificador, se prepara técnicamente en los mismos institutos donde después critican a sus docentes. Aun así, Andolfi decide regresar a Italia en 1972; crea, junto con Carmine Saccu, el Instituto de Terapia Familiar, siguiendo el estilo de Reno, y rechaza la oferta de Cancrini, que le pide que regrese a su grupo. En 1977 nace también la revista *Terapia Familiare*, muy atenta a dejar espacio a las contribuciones de autores italianos.

Andolfi se diferencia sobre todo de las escuelas comportamentales: de hecho, no

intenta jamás modificar el comportamiento de las familias, sino que escucha y evalúa a la parte débil del sistema. Análogamente, las críticas de Andolfi se dirigen al MRI, que subraya siempre la importancia de las prácticas de la estrategia comportamental. Además, según él, la escuela de Palo Alto no se ha pronunciado jamás respecto a las enfermedades psíquicas más graves y ha conducido siempre su trabajo de forma ejemplar, pero sin involucrarse demasiado. El profundo sentido de la tolerancia de Whitaker y su relativismo respecto a los aspectos humanos introducen en el trabajo de Andolfi el tema de la valoración de los niños, que para él son la «parte débil» por excelencia de cada familia. En sentido más general se encuentra en sus postulados una neta inclinación del terapeuta hacia las partes débiles del sistema, hasta llegar a la paradoja de que las competencias se invierten dentro del *setting*, con el terapeuta que pide a la persona que presenta el síntoma que le ayude a resolver los problemas familiares:

Creo que el elemento peculiar, innovador, que he aportado a la terapia familiar es que mis colegas no han tratado nunca de hallar *un área de competencia* del mismo modo que hay que procurar conocer la competencia del paciente. Es una idea que no implica una connotación positiva: para mí era positivo lo que se presentaba como lo máximo de lo negativo. Desde entonces comencé a hablar de especialización (Andolfi, 2000, comunicación personal).

Esta perspectiva da lugar a un profundo cambio en la conducta del terapeuta frente a sus pacientes: si la idea inicial del trabajo sistémico era ponerse en el lugar del paciente para protegerlo y, en cierta forma, asumir la responsabilidad de lo que esto ocasiona en el seno de la familia, ahora el hecho fundamental es la colaboración plena, la cooperación entre el terapeuta y el miembro de la familia que asume los problemas y las contradicciones del grupo entero. De este modo, la valoración de la persona que tiene dificultades es una lógica consecuencia del comportamiento inicial y está privada de paternalismos implícitos.

Al igual que para Minuchin, para Andolfi es necesario que el terapeuta asuma posiciones fuertes, hasta el punto de desequilibrar el sistema. Hay que realzar las alianzas con las partes débiles y exhibir un comportamiento frecuentemente provocador con las presuntas «partes fuertes» de la familia. La visión general del grupo de Reno será sintetizada en el libro *La famiglia rigida* (Andolfi y otros, 1982), escrito junto a Claudio Angelo, Paolo Menghi y Ana Maria Nicolò, quien seguía desde hacía cinco años las pautas del libro inicial de Andolfi, *Terapia familiare* (Andolfi, 1977). Por supuesto, será Andolfi quien se haga cargo de la edición italiana de parte de los escritos de Bowen, con el libro *De la familia al individuo* (Bowen, 1979).

TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS

Terapias estratégicas

En estos años madura definitivamente la idea de terapia estratégica, con la formalización de al menos dos modelos diferentes: uno centrado en el *proceso*, el otro en la *forma* (Cade y O'Hanlon, 1993). El primero está representado por la terapia breve del MRI y el segundo por la terapia estratégica de Jay Haley. Más allá de las diferencias, ambos modelos comparten no obstante algunas ideas básicas. Son terapias ligadas al síntoma, y la introspección no es significativa. Desde el momento en que no es considerada importante la evolución de la personalidad, el pasado no es fundamental para comprender lo que sucede en el presente: sobre esto último trabajan los terapeutas estratégicos. Además, según una de las más férreas prescripciones de Erickson, los terapeutas prestan excesiva atención a los recursos de los clientes, poniendo en un segundo plano los déficit: el terapeuta estratégico tiene como dogma que el cliente posee recursos suficientes para enfrentarse a su vida. Desde el punto de vista de la técnica, las terapias estratégicas han sido siempre abiertas; esto ha llevado frecuentemente a acusaciones de manipulación. Sin embargo, como observan Cade y O'Hanlon, el buen terapeuta estratégico utiliza las técnicas directivas para favorecer el cambio de los clientes en la dirección que ellos deseen y evita imponer sus propios deseos y valores a los otros.

Tabla 4.2. Premisas comunes de las terapias estratégicas[6]

-
1. Los problemas son cuestiones fundamentalmente relacionales, más que individuales.
 2. En los problemas es importante saber ver y tratar el aquí y el ahora.
 3. Es necesario individuar y definir el problema específico, y por tanto proceder a tratar solamente eso, sin proponerse cambios relativos a entidades menos definidas, como la personalidad, el carácter, etc.
 4. El comportamiento observable es el que cuenta en la terapia, no las ideas sobre sí mismo, los otros y la naturaleza de los problemas referidos por las personas: se basa en la observación directa y también en la intervención directa sobre los comportamientos.
 5. El camino que se escoge es siempre el más corto posible; los patrones explicativos deben ser los más sencillos.
 6. La atención del terapeuta no debe ir dirigida a la comprensión de las causas del problema, sino a la solución de los problemas.
 7. El terapeuta debe ser activo.
 8. La definición del problema concierne al cliente; lo que éste expone al terapeuta corresponde al problema y debe ser reconocido como tal por el terapeuta.
-

El Brief Therapy Project del MRI

La terapia breve del MRI está ligada estrechamente a lo que acontece en la segunda y la tercera década de existencia del propio MRI. Después de la muerte de Don Jackson, en 1968, el instituto llama a la dirección a John Elderskin Bell.

En 1973 Bell es sustituido como director por Jules Riskin. En este periodo los intereses del MRI se amplían aún más. El mismo Riskin inaugura una nueva línea de investigación, el «Non-Labeled» Families Project, en el que se entrevista a familias «normales» una vez al mes durante dos años, y después una vez cada seis meses a lo largo de otros dos años. Por otra parte, Bodin, junto a Diana Everstine, crea un modelo para el tratamiento intensivo de las emergencias familiares, puesto en práctica más tarde por el Emergency Treatment Center del condado de Santa Clara, que ofrece una intervención dirigida a las víctimas de violencia familiar.

El proyecto más revolucionario del periodo se basa, en cambio, en una de las más antiguas ideas de Bateson: concebir los episodios clasificados como «esquizofrenia aguda» como crisis evolutivas en vez de como enfermedades. Gracias a la colaboración de Loren Mosher del NIMH, el MRI abre en San José la célebre Soteria House, dirigida por Alma Menn. Soteria es un centro donde los pacientes son tratados con los mínimos fármacos antipsicóticos posibles. Con los años el proyecto será célebre y seguido, entre otros, por Luc Ciompi en Berna.[7]

Ya bastante alejado de las ideas de Jackson respecto a la terapia familiar conjunta, este modelo es una evolución operativa natural de las ideas presentadas en la *Teoría*. Cuatro clínicos se dedican a elaborarlo: P. Watzlawick, J. Weakland, A. Bodin y R. Fisch.

En 1974 Watzlawick, Weakland, Bodin y Fisch publican su artículo capital, «Brief therapy: focused problems resolutions» (Weakland y otros, 1974). El método de terapia breve del MRI se hace universalmente conocido como «modelo de Palo Alto». El primer libro del proyecto, *Cambio* (Watzlawick y otros, 1974), tiene éxito inmediatamente y es traducido a nueve lenguas; más tarde se publica un manual aplicado titulado *La táctica del cambio* (Fisch y otros, 1982). Veamos a continuación cómo ha evolucionado el modelo.

Cuando se inicia el proyecto, en la primavera de 1967, éste se plantea tres objetivos: 1) encontrar un rápido y eficiente medio para resolver los problemas que los clientes exponen en la psicoterapia y a los consultores; 2) convertir el arte de la terapia en una tarea artesanal, para poder enseñarla fácilmente; y 3) estudiar el cambio en los sistemas humanos. Los problemas presentados en terapia son a su vez considerados fruto de intentos equivocados de solucionar las dificultades habituales de la vida; tales soluciones se convierten en problema pero son continuamente propuestas con gran énfasis, según el procedimiento de «más de lo mismo». Este patrón repetitivo disfuncional debe ser interrumpido para que la terapia resulte ser eficaz.

Tabla 4.3. Soluciones equivocadas más frecuentes[8]

-
1. Pedirse a sí mismo, o a los demás, ser espontáneo.
 2. Buscar un método que no presente riesgos, cuando un cierto grado de riesgo es inevitable.
 3. Buscar un acuerdo a través de la oposición.

4. Confirmar las sospechas del que acusa mediante la propia defensa.

El modelo conserva gran parte de los asuntos fundamentales establecidos en la *Teoría*. Como primer asunto general, el terapeuta da por hecho que lo que determina el comportamiento de una persona es el de los otros. En esta posición es fácil identificar elementos concernientes al modelo cibernético. Así, las preguntas cardinales que formula el terapeuta a un individuo o a una familia que parece atrapada en un patrón de comportamiento persistente y a veces destructivo son: ¿qué hace que ese comportamiento persista?, ¿qué hay que hacer para cambiarlo? (Watzlawick y otros, 1974, pág. 2).

La terapia propuesta en *Cambio* es similar a las demás terapias «liberales» estadounidenses. El énfasis en las potencialidades del individuo otorga mucha importancia a la familia. Atribuir mucha importancia a la familia significaría, según la óptica de la terapia breve, reificar la fluidez de las interacciones. De ahí que el área habitual de las intervenciones sea la esfera individual, según una praxis ya usada por Erickson muchos años antes.

En lo que concierne a las *técnicas* que se deben usar para disolver los vínculos del individuo, los terapeutas breves acuden claramente a los modelos comportamentales; la diferencia fundamental es que los comportamientos prescritos *no son* los deseados, el terapeuta *no* modela los comportamientos deseados ni se espera que el cliente haga o siga haciendo exactamente lo que se le pide. Un ejemplo paradigmático es la prescripción del síntoma, base de numerosos procedimientos estratégicos: prescribir el síntoma refuerza la homeostasis del sistema y a la vez lo descoordina; así el síntoma que se produce en respuesta a una intervención del terapeuta es un signo de sometimiento, ya no es espontáneo; mientras que no producir el síntoma, rechazando la petición del terapeuta, significa desobedecer, pero al mismo tiempo obtener el efecto deseado de la terapia. La prescripción del síntoma se revela así como una maniobra comportamental, pero absolutamente anticomportamentalista.

El modelo de terapia breve, en su conjunto, es la más perfecta aplicación de las teorías de Watzlawick. Además de su laxitud, tiene la virtud, que no es menor, de sustraer la terapia a la lógica de la norma, de la tipología y de la diagnosis. De este modo se abre el camino al modelo de Milán y a las terapias constructivistas y posmodernas de los veinte años siguientes, cuyos virtudes y defectos tienen mucho que ver con las discrepancias con el MRI. El éxito de la Brief Therapy está garantizado por su elegancia, desde sus aplicaciones sencillas hasta el tecnicismo que permite, al menos como intención, su utilización en varios tipos de actores sociales, tras una mínima formación pragmática y clínica.

Después del año de interregno de Nicholas Cummings, presidente del American Psychological Association, el MRI pasará en la década de 1980 a ser dirigido por Sluzki y en la de 1990 por Fisch. Mientras se transforma en una institución el MRI, sin embargo, pierde buena parte de su fuerza innovadora debido al movimiento de terapia familiar. El modelo de terapia breve es tan elegante y completo en sí mismo que a sus creadores les parece imposible perfeccionarlo.

Jay Haley

El libro *Uncommon Therapy* (1973) constituye el punto cumbre de la carrera de Haley. Una vez más, el libro es un homenaje a las inigualables técnicas del maestro Milton Erickson. Haley define la terapia estratégica por primera vez:

Se habla de terapia estratégica cuando el terapeuta mantiene la iniciativa en todo lo que se verifica en el transcurso de la terapia y elabora una técnica particular para cada problema. [...] En la terapia estratégica, la iniciativa está siempre en manos del terapeuta, que debe individuar los problemas que hay que resolver, establecer los objetivos, proyectar las intervenciones para alcanzar tales objetivos, evaluar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, en definitiva, examinar sus resultados para ver si la terapia ha tenido éxito (Haley, 1973, pág. 7).

El trabajo en la Philadelphia Child Guidance Clinic ha influido en Haley más profundamente de lo que se pudiera esperar. Sin perder su originario énfasis en el tema del poder, Haley construye un modelo de terapia que une sus intuiciones estratégicas anteriores con algunos elementos directamente estructurales, aunque el mismo Haley negará siempre la naturaleza «estructural» de su teoría. Al sistematizar sus ideas apreciamos la influencia de su mujer, Cloé Madanes, con quien se casó en 1973, el último año de su estancia en Filadelfia. Juntos se trasladan a Washington, donde, a veinte años del inicio de su carrera, Haley finalmente crea su propio instituto de terapia familiar, al que denomina con su nombre y con Madanes como codirectora.

Problem-Solving Therapy (Haley, 1976) se basa esencialmente en la *forma* más que en el proceso: los síntomas son considerados signos de un desequilibrio de la estructura familiar, en el que los confines generacionales normales y las jerarquías son superadas por alianzas transgeneracionales de poder: el ejemplo típico de Haley es el de un «triángulo perfecto» en la esquizofrenia (Haley, 1939). El modelo es por tanto *jerárquico*, puesto que la estructura de la familia —como la de todos los seres humanos, incluida la diada terapeuta/cliente— es vista como una jerarquía en la que las personas utilizan estrategias y tácticas para mantener el poder de definir la relación con el otro. Además es *normativo*, porque considera la existencia de una estructura jerárquica «correcta» que no produce patología. Los síntomas entonces se pueden interpretar con un doble criterio: por un lado, son modos de estabilizar las estructuras jerárquicas, sobre todo en la familia; y por otro, son tácticas de poder personales. El terapeuta reorganiza las estructuras desequilibradas adoptando a su vez, en la terapia, estrategias y tácticas que hacen inútiles los intentos del cliente por mantener el control de la relación.

Haley propone una serie de técnicas para ayudar a los padres a relacionarse con los hijos cuando abandonan la casa natal, en *Leaving Home* (Haley, 1980) y poco después en *Ordeal Therapy* (Haley, 1984). Madanes asume, con su estilo más cálido, el papel de primera dama de la terapia estratégica. Otros colegas darán mucha importancia al papel de *outsider* siempre reivindicado por Haley y a su estilo seco, pragmático y distante, técnico y poco cálido de hacer terapia.

Teoría

Dominio: las relaciones dentro de la familia son importantes por ser relaciones de fuerza: las personas tratan de alcanzar una posición de poder sobre las otras. La dinámica familiar se basa en relaciones de poder consolidadas. Uno de los objetivos de la terapia estratégica es reagrupar a las personas en torno a un poder que favorece a todos los miembros, en vez de al poder individual.

Negociación: si la cuestión central es alcanzar el poder en el seno de la familia, la tarea del terapeuta afecta a la posibilidad de negociar las relaciones de poder entre los miembros. Las negociaciones pueden ser explicitadas también a través de verdaderos contratos que deberán ser respetados por la familia.

Rituales: el ritual está relacionado con el tiempo mágico de lo sagrado: prescribir un ritual significa dar lugar a una nueva fase en la evolución de la familia, creando un tiempo sin tiempo en el cual las cosas importantes, por ejemplo los acuerdos contractuales asumidos al comienzo de la vida familiar, son revisadas y renegociadas.

Prescripción del síntoma: la elección terapéutica paradójal respecto a la prescripción del síntoma opera sobre la base de un presupuesto extremadamente simple: incitando, e incluso obligando, a la persona a manifestar el comportamiento disfuncional se permite a la persona extraer de la conducta las valencias negativas que posee. En esta perspectiva el síntoma no tiene razón de ser.

Técnica

En *Problem-Solving Therapy*, Haley establece algunas fases fundamentales en el desarrollo de la terapia estratégica:

- En la primera fase, el terapeuta elabora una relación de cooperación con los pacientes, con una conducta de respecto y cordialidad.
- Durante la segunda fase, indaga sobre el problema presentado por la persona con el interlocutor o con personas significativas para éste.
- En la tercera fase, el terapeuta expone al paciente algunos puntos de vista contradictorios o curiosos que surgen de la indagación, poniendo énfasis en su situación y no en la relación con el terapeuta: generalmente reaparece la idea de un nuevo comportamiento sintomático.
- En la cuarta fase, establece los objetivos de la terapia y define un contrato con el paciente: los términos del contrato son eminentemente prácticos.
- En la fase final, da algunas directivas al paciente, directivas que tienen que ver con el problema presentado en la primera sesión.
- La terapia estratégica pensada de esta forma dura un promedio de ocho a diez sesiones: de este tiempo, la primera mitad está dedicada a la solución del problema, y las últimas sesiones a consolidar las soluciones alcanzadas.

Ya a comienzos de 1980 es evidente que la terapia estratégica ha dejado una profunda impronta. Además, una serie de artículos de los más diversos autores evidencian lecturas y aplicaciones de este modelo. Hay que destacar asimismo el libro *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction* (Stanton, Todd y otros, 1982), uno de los escritos más importantes que defienden la aplicación de la terapia familiar para casos de drogodependencia, el cual se basa en gran medida en las ideas que expone

Haley en *Leaving Home*.

Terapias estructurales

En estos años la Philadelphia Child Guidance Clinic es el punto de contacto para las personalidades del área: además de Haley y Montalvo, trabaja allí la joven Cloé Madanes, mientras que el puesto de Minuchin como director de formación será inmediatamente asumido por Marianne Walters, que será una de las representantes más destacadas de la terapia feminista. En los años de Filadelfia, Minuchin ha consolidado su reputación, como director (exigente, a veces agresivo, lleno de ideas y de proyectos) y como terapeuta. Empiezan a circular los vídeos con grabaciones de sus célebres sesiones.

Minuchin se caracteriza por el sentido dramático que imprime a sus sesiones, pero también por su gran sensibilidad hacia las necesidades de los miembros de la familia en tratamiento; destaca su capacidad para suscitar confianza y para hacer que los pacientes afronten el conflicto, pero subrayando su potencialidad intrínseca para hacerlo. En este sentido, Minuchin pertenece a la escuela de Ackerman, mucho más que a la de Haley, que también es un terapeuta que impone su dirección en las sesiones, pero es más frío y discreto. Minuchin, en cambio, llega a teorizar respecto a la calidez que debe mostrar el terapeuta en su *Técnicas de terapia familiar* (Minuchin y Fishman, 1981).

La Child Guidance Clinic, poco después de 1970, comienza a colaborar con el Philadelphia Child Hospital. Minuchin aprovecha la ocasión para trabajar sobre problemas de tipo médico, como la diabetes infantil y la anorexia. Forma así un equipo de investigadores y terapeutas cuyo núcleo está constituido por el mismo Minuchin, el pediatra Lester Baker, el psiquiatra Ronald Liebman y la psicóloga Bernice Rosman, su antigua colega en Wiltwyck y coautora de *Families of the Slums*. Los descubrimientos clínicos y resultados del equipo son recogidos en *Psychosomatic Families* (Minuchin y otros, 1978).

Los primeros pacientes a los que estudia son los niños diabéticos hospitalizados de urgencia por episodios poco frecuentes de un repentino aumento del azúcar en la sangre, inexplicables desde el punto de vista médico. Minuchin y sus colaboradores empiezan a recoger datos que muestran una correlación entre ciertas características familiares (fusión, exceso de protección, dificultades para resolver conflictos) y la particular vulnerabilidad del paciente diabético. Conexiones análogas se establecen en el caso del asma psicósomática, por la que los niños sufren de ataques recurrentes o dependen de esteroides, y también en el caso de la anorexia nerviosa.

Muchas de las características interactivas individuadas en esas familias de clase media habían sido ya evidenciadas en las familias de Wiltwyck. Existe sin embargo una

diferencia crucial: las familias con niños psicósomáticos muestran una organización demasiado rígida, hasta el punto de que parece excesivamente estable. Requieren de una estrategia terapéutica que apunte hacia la desestructuración de los modelos rígidos de la familia, para reestructurarlos después según parámetros más funcionales: límites más claros, mayor flexibilidad en las transacciones, negociaciones de los conflictos, destriangulación del paciente. La actuación (*enactment*), inicialmente utilizada en la escuela Wiltwyck para obtener una comunicación eficaz con los clientes que tenían escasas habilidades verbales, adquiere una nueva función, en cierto modo opuesta: provocar crisis desestabilizadoras en las familias que hablan demasiado (Minuchin y Barcai, 1969).

De los tres síndromes investigados por Minuchin y su equipo, la anorexia nerviosa responde mejor a la terapia familiar. El éxito de Minuchin en este campo será fundamental para captar la atención de los terapeutas hacia el modelo estructural, mientras que el trabajo clínico con familias de anoréxicas permite explicar mejor el problema. De este modo, la terapia de Minuchin, diseñada ya en la Wiltwyck, es revisada en Filadelfia y toma su forma definitiva. La primera formulación sistemática se publica en 1972, en un artículo titulado justamente «Structural family therapy» (Minuchin, 1972). Algunos de los puntos clave presentados en este artículo, como el desplazamiento de la «patología» del individuo a la relación, son comunes a muchos otros apuntados por investigadores de la familia. Otros, como la atención a los diferentes «puntos de ingreso» que las familias ofrecen a los terapeutas y la definición de la terapia como una reorganización de la *estructura* (relacional) familiar, son claramente específicos. Característica distintiva de la terapia familiar estructural es el uso de metáforas espaciales y organizativas, a partir del rol protagónico que desempeña el terapeuta como agente de cambio.

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

Teoría

Estructura: cada sistema humano tiene la necesidad de organizarse, ya sea con reglas de independencia entre los miembros o con jerarquías. Estos dos elementos proporcionan organización estructural a la familia. Las negociaciones entre los miembros definen una especie de contrato entre los familiares, o mejor dicho, un pool de contratos que interactúan entre sí. Los contratos no son siempre conscientes: pueden ser olvidados con el tiempo, o bien no haber sido nunca explicitados.

Subsistema: en el sistema familiar se pueden delimitar subsistemas que reagrupan a miembros con funciones o características análogas. La pareja es un subsistema, la pareja de progenitores es un subsistema diferente al anterior (aunque esté compuesto por las mismas personas); otro grupo está formado por los hijos, pero es posible también que existan otros subsistemas basados en historias biográficas o en funciones específicas.

Confines: son las reglas generadas por los contratos implícitos o explícitos entre los miembros de la familia que dominan la interacción. Toman el nombre de «confines» sobre todo porque imponen las distinciones, los límites, las interacciones y los intercambios entre un subsistema y otro (además del intercambio entre la familia y el exterior). El conjunto de los confines define la *estructura* familiar.

Desempeño (disengagement): es observable en las familias en las que los confines de los subsistemas son rígidos o impenetrables. Cuando son leves, los confines aíslan a los miembros de la familia de otros sistemas extrafamiliares. De ello se deriva una familia poco estructurada, con mínimos vínculos emotivos entre sus miembros, escasas jerarquías y fuertes conexiones con personas y grupos externos.

Involucramiento (enmeshment): es una forma extrema de proximidad y de intensidad emotiva entre los miembros. Los confines entre los subsistemas son frágiles y fluidos, mientras que los confines entre la familia y el exterior son poco permeables. Esta familia «cerrada» presenta una escasa diferenciación individual: los miembros de la familia tienden a ser intrusivos y poco respetuosos con el pensamiento y los sentimientos de los otros.

Técnica

El terapeuta estructural trabaja con técnicas orientadas hacia la situación actual de la familia y sus relaciones. No sólo es consciente de que actúa dentro del sistema terapéutico, sino que participa activamente en la dinámica con objeto de modificarla.

En síntesis, se puede definir la modificación de la estructura como una redistribución de las posiciones jerárquicas y de nivel en el seno de la familia. Por ejemplo, en una familia en la que el padre ha sido tradicionalmente infravalorado por la esposa, por el hijo y por la hija, y la posición central de la madre contribuye a crear las condiciones para una drogodependencia del hijo, introducir una mayor valoración del padre modifica la estructura familiar y puede permitir al hijo reposicionar su condición, tanto dentro de la familia como respecto a las motivaciones que lo llevan a la conducta patológica.

Los procedimientos que el terapeuta estructural pone en acción consisten en participar de las configuraciones transaccionales habituales de la familia, asumiendo un rol en el grupo familiar y observando cómo interactúan los miembros entre ellos; delimitar los confines y mostrárselos a los familiares, potenciando los subsistemas débiles o abriendo posibilidades relacionales diferentes en la familia; y atribuir tareas terapéuticas a miembros que están en un segundo plano o que son infravalorados dentro de la familia.

La teoría de Minuchin es una teoría «sociológica» que ve a la familia a través de metáforas sociales, no cibernéticas o biológicas. Su condición de emigrante le lleva a ver con particular claridad los problemas sociales. A su vez, esto le lleva a crear una teoría que concibe la familia como una microsociedad, usando metáforas sociológicas. Además, destacan los puntos de contacto, pero también las diferencias, que presenta su terapia estructural respecto a la terapia estratégica de Haley.

La obra de Minuchin culmina con la publicación, en 1974, de *Familias y terapia familiar* (Minuchin, 1974), quizás el libro más vendido en toda la historia de la terapia familiar. Es sobre todo el conjunto de técnicas presentadas lo que contribuye al éxito de la terapia estructural. Minuchin considera su teoría como un conjunto orgánico que debe ser comprendido y asimilado como tal. Pero pocos terapeutas (como les sucede a casi todos los maestros) la aceptan en su totalidad.

En 1975 Minuchin abandona el cargo de director de la clínica, que en sus ocho años de dirección ha pasado de contar con sólo doce personas a un equipo de trescientos profesionales, con un presupuesto anual de más de tres millones de dólares. Nombrado

director del centro de formación, trabaja exclusivamente sobre esta línea hasta 1981. Síntesis de dicho trabajo es el libro, escrito junto a Charles Fishman, *Técnicas de terapia familiar* (Minuchin y Fishman, 1981).

Tabla 4.4. Puntos comunes de la terapia estructural y la terapia estratégica[9]

-
1. El comportamiento está comprendido en el contexto ambiental.
 2. El ciclo vital de la familia es importante para el diagnóstico y el tratamiento.
 3. Los comportamientos individuales cambian al cambiar de contexto familiar.
 4. Las familias son sistemas jerárquicos que se rigen por reglas.
 5. Se trabaja especialmente sobre el presente.
 6. La teoría procura cambiar las secuencias comportamentales repetitivas.
 7. El proceso es más importante que los contenidos.
 8. El terapeuta desempeña un rol directivo.
 9. El terapeuta usa todo lo que «funciona».
 10. Se emplean «reestructuraciones» y «reformulaciones», no interpretaciones orientadas al insight.
 11. Se usan prescripciones comportamentales y paradojas terapéuticas.
 12. La terapia tiende a ser breve.
-

Tabla 4.5. Principales diferencias entre la terapia estructural y la terapia estratégica [10]

Terapia estratégica

1. Destaca los ciclos de retroalimentación positiva.
2. Actúa esencialmente sobre el síntoma, subrayando la importancia del comportamiento inadaptado en las secuencias comportamentales disfuncionales.
3. Actúa de forma indirecta eludiendo el enfrentamiento.
4. El terapeuta frecuentemente trabaja sólo con uno o dos miembros del sistema familiar.
5. Se enfocan retrospectivamente las secuencias y el comportamiento que aparecen en la sesión.
6. Emplea preferentemente medidas directivas que se tienen que aplicar fuera de la sesión.

Terapia estructural

1. Subraya los ciclos de retroalimentación negativa.
 2. Opera esencialmente sobre la estructura familiar sometida al síntoma, del que es un epifenómeno.
 3. Actúa de forma directa y no evita el enfrentamiento.
 4. El terapeuta en general procura trabajar con toda la familia.
 5. Se insiste en el comportamiento inmediato en la sesión.
 6. Subraya las acciones dentro de la sesión (enactment).
-

Terapias sistémicas

El grupo de Milán[11]

A comienzos de 1971, el centro para el estudio de la familia de Milán estaba compuesto por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana

Prata. El primer paso hacia lo que será conocido como «grupo de Milán» es la separación definitiva del psicoanálisis y la adopción del modelo sistémico en la versión procedimental. Durante varios años, el grupo se reúne dos veces por semana. Más tarde, para avanzar el trabajo piden a Paul Watzlawick (al que Selvini Palazzoli ha conocido en Filadelfia) que lo supervise durante varias semanas, ya que, como habla italiano perfectamente, puede seguir las sesiones familiares detrás del espejo.

El modelo del MRI representa una absoluta novedad para los terapeutas acostumbrados a trabajar según la tradición psicoanalítica ortodoxa. Selvini Palazzoli está influida por la terapia breve, sobre todo debido a los años que trabajó con anoréxicas: la duración del tratamiento completo no supera las diez sesiones, y generalmente se interrumpe a la quinta o sexta sesión.

Al mismo tiempo, los restantes días de la semana el grupo se dedica al psicoanálisis. Los terapeutas de Milán entran en un sistema de oposiciones y diferencias respecto a su procedencia psicoanalítica y al modelo que han escogido de terapia estratégica. El contacto continuo con dos tipos de práctica pone al grupo en una situación paradójal: un colega psicoanalista de Roma que visita el centro en 1972 queda sorprendido al ver que los cuatro profesionales que al parecer eran psicoanalistas actúan como psicoanalistas, hablan exclusivamente de sistemas, retroalimentaciones, dobles vínculos, coaliciones y paradojas.

Cuando el grupo sale a la luz, lo hace con artículos en lengua inglesa, que envía directamente a las principales revistas de terapia familiar. En el primero de ellos, «The treatment of children through brief therapy of their parents» (Selvini Palazzoli y otros, 1974), se destaca la importancia de la connotación positiva y de los rituales, temas que serán desarrollados en escritos posteriores.

En 1975 se publica *Paradoja y contraparadoja*, traducido al inglés tres años más tarde (Selvini Palazzoli y otros, 1975), que se plantea como objetivo principal, sobre todo para Selvini Palazzoli, «investigar las *raíces relacionales* de los grandes trastornos mentales, incluida la esquizofrenia» (Selvini Palazzoli, en Doherty, 1999, pág. 16). La sección dedicada a la teoría de las transacciones familiares, sin embargo, es la menos completa e innovadora: se basa demasiado en las ideas de Jackson (homeostasis y familia como sistema gobernado por reglas), del primer Bateson (doble vínculo) y de Haley (el triángulo perverso).

El libro describe una serie de «patrones rígidos y repetitivos de interacción familiares», definidos como «juegos»: coaliciones secretas entre los miembros de la familia y las familias de origen; comportamientos de uno de los hijos que tienen el efecto de mantener a otro hijo en el seno de la familia; intentos de los hijos de «reformular» el matrimonio de los padres antes de independizarse.

Es en la técnica, sin embargo, donde el grupo presenta las innovaciones más

significativas. Entre sus principios técnicos destacan el equipo basado en relaciones paritarias, la subdivisión de las sesiones, los intervalos entre sesiones, la connotación positiva y los rituales terapéuticos.

Como todos los terapeutas sistémicos, los miembros del grupo de Milán trabajan en equipo. Pero este equipo es distinto de los equipos jerárquicos usados por los estratégicos o los estructurales para la formación: cuando un terapeuta hace una intervención con la familia, lo hace siempre en nombre del equipo y no a título personal. Este particular uso del equipo conduce a un formato de sesión muy ritualizado, con una compleja subdivisión en cinco partes.

El intervalo entre sesiones es característico del modelo: aun compartiendo en esta fase las canónicas diez sesiones de la terapia breve, el grupo de Milán establece un mes de tiempo entre una sesión y otra, denominando a su método terapia breve-larga (pocas sesiones, pero en un largo periodo de tiempo) (Selvini Palazzoli, 1980).

Con objeto de prescribir con cierta lógica el hecho de que no se produzcan cambios en el comportamiento sintomático en función de las connotaciones estratégicas, el grupo define un nuevo principio terapéutico: la *connotación positiva*. No se trata de prescribir el *síntoma* (y por lo tanto de obviar al resto de la familia) sino de *prescribir la configuración conjunta de la familia*, privando a los síntomas de su papel «privilegiado». Muchas intervenciones descritas en el libro citado se basan en rituales familiares o en prescripciones ritualizadas. Uno de los objetivos del ritual es evidenciar el conflicto entre las normas verbales de la familia y las analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento en vez de una reformulación hablada con un posible *insight*. El valor de la ritualización del comportamiento prescrito reside en la creación de un nuevo contexto para la familia, de orden superior al que tiene la sencilla prescripción del terapeuta.

Tabla 4.6. Estructura de la sesión terapéutica según el grupo de Milán

-
1. *Sesión previa*: el equipo discute las informaciones preliminares con objeto de preparar la sesión.
 2. *Sesión*: dura cerca de una hora, consiste sobre todo en preguntas y puede ser interrumpida por los miembros del equipo de observación.
 3. *Discusión de la sesión*: los terapeutas se reúnen con el resto del equipo, separado de la familia, y, en forma conjunta, discuten el modo de concluir la sesión.
 4. *Conclusión de la sesión*: los terapeutas se reúnen con la familia y presentan, en nombre del equipo, comentarios, prescripciones o rituales.
 5. *Discusión de las reacciones de la familia al comentario o las prescripciones*: tiene lugar después de que la familia haya abandonado la sesión.
-

En el artículo «Family rituals: A powerful tool in family therapy» (Selvini Palazzoli y otros, 1977) se describe una prescripción adaptada a los casos en que el conflicto entre los padres hace ingobernable la relación con los hijos. Así, en días alternos a lo largo de

la semana, uno de los padres decide solo cómo quiere tratar a los hijos problemáticos mientras que el otro actúa como si no existiera. Esto puede tener el efecto de crear nuevos patrones transaccionales entre los miembros de la familia, provocando consecuencias en el rígido comportamiento que se ha impuesto con el tiempo.

En 1972 se publica *Pasos hacia una ecología de la mente*, síntesis definitiva del pensamiento de Gregory Bateson. Aun cuando parezca extraño, en este periodo ningún terapeuta lee a Bateson. Será un modelo más puro y complejo el que abra nuevos horizontes. Las tentativas ensayadas para utilizar los principios de la epistemología cibernética de Bateson terminan por modificar y enriquecer la teoría del grupo de Milán con muchos elementos nuevos, superando la visión estratégica y desarrollando el «purismo sistémico» que comienza a ser conocido como «modelo de Milán». El interés se desplaza desde los síntomas a los patrones de comportamiento, a las premisas epistemológicas y a los sistemas de significado, desde el tiempo presente a un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro. Los problemas familiares son la inevitable consecuencia de convicciones familiares (premisas) no más congruentes que el estado relacional de la familia misma. Los sistemas, bajo esta óptica, son evolutivos más que homeostáticos. *Impasse* y homeostasis familiar no son más que apariencias, sostenidas por los patrones comportamentales que derivan de errores epistemológicos de los miembros de la familia. La tarea del terapeuta es crear un contexto de deuteroprendizaje donde los clientes puedan descubrir las soluciones por sí mismos.

Tabla 4.7. Características del ritual terapéutico

-
1. Permite a la familia comportarse de forma diferente a la que la ha llevado al sufrimiento y a los síntomas (paso del «pensar» al «hacer»).
 2. Sitúa a todos los miembros de la familia en el mismo plano al seguir el ritual. Esto crea una experiencia colectiva que puede crear nuevas perspectivas compartidas.
 3. Favorece la armonización de los tiempos individuales y colectivos, a veces reintroduciendo secuencias que habían sido canceladas.
 4. No tiene necesariamente contenidos; el objetivo al formular un ritual es actuar sobre los procesos: cuenta más la forma que el contenido del ritual. Por ello, el ritual debe ser críptico, de tal manera que la familia pueda atribuirle sus propios significados.
 5. Es notoriamente distinto a la vida cotidiana de los clientes. Por ello, es necesario prohibirles hablar de todo lo que sucede en el transcurso del ritual hasta que vuelvan a la sesión.
-

El trabajo sobre las teorías de Bateson ocupa toda la segunda mitad de la década y modifica profundamente también la praxis terapéutica del grupo. Menos confiados en la «realidad» de lo que ven en la familia, los terapeutas familiares de Milán empiezan a considerar las conclusiones a las que llegan como simples hipótesis de trabajo. También la concepción del diálogo terapéutico cambia radicalmente. Durante un viaje a uno de los numerosos congresos, los cuatro investigadores discuten sobre cómo podrían construir preguntas que hagan emerger las diferencias implícitas en el pensamiento de los

miembros de la familia. Surgen así las *preguntas de diferencia*, que más tarde serán denominadas «preguntas circulares».

La observación de lo no verbal sigue siendo para ellos esencial, pero, en ese momento de su evolución, todo se transforma en *discurso*. La terapia de Milán es sin duda la más logocéntrica de todas las que nacieron en este periodo. En ella está la raíz de las terapias narrativas y conversacionales de veinte años después.

El trabajo de la segunda mitad de la década culmina en la formulación de los célebres principios para la conducción de sesiones, que aparece justamente en 1980 en el histórico artículo «Hypothesizing-circularity-neutrality» (Selvini Palazzoli y otros, 1980a). Con la *hipotetización* el grupo pasa del descubrimiento del juego a la creación de una hipótesis, que es simplemente una explicación coherente que reúne a todos los miembros del sistema observado en un patrón plausible. Guiada por la hipótesis, la entrevista introducirá información y estructura (o *entropía negativa*) en el sistema familiar, que tiende a desarrollar patrones comportamentales repetitivos con escasa capacidad de discriminar las diferencias.

Por lo general, cada miembro del equipo formula «hipótesis simples» sobre las relaciones diádicas, que después se enlazan con las de los restantes miembros para converger en una de las numerosas hipótesis sistémicas posibles. En esta primera formulación, el concepto de hipótesis está ligado a lo que es el equipo terapéutico. Para el terapeuta, es importante continuar evaluando la plausibilidad (no la veracidad) de las hipótesis y modificarlas con el tiempo para poder enriquecer el discurso con distintos puntos de vista alternativos, además de evitar caer en las reificaciones, es decir, la trampa de la «hipótesis verdadera», que introduciría rigidez y cerraría el discurso. Con este objetivo, el terapeuta se vale del principio de *circularidad*, es decir, de las retroalimentaciones verbales y no verbales de los clientes. «Por circularidad entendemos la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones de la familia respecto de informaciones solicitadas en términos de relaciones y, por lo tanto, en términos de diferencia y mutación» (Selvini Palazzoli y otros, 1980a, pág. 6). Gracias a la circularidad, el terapeuta puede contrastar las hipótesis, ideas, impresiones y emociones con las respuestas de los clientes: tales respuestas le llevan a cambiar posiciones de modo que pueda encontrar, junto a los clientes, un sentido compartido de lo que sucede en la sesión.

El concepto de circularidad se ha confundido frecuentemente con el de preguntas circulares,^[12] que son, por el contrario, un instrumento terapéutico en sí mismo. Las preguntas circulares contienen elementos de las diferencias, nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos que pueden no sólo orientar al terapeuta, sino además actuar sobre el sistema modificando la epistemología, es decir, las premisas personales de varios miembros de la familia, y configurándose así como la intervención

más importante para los terapeutas sistémicos de Milán.

Tabla 4.8. Tipos de preguntas circulares[13]

-
1. Preguntas triádicas, en las cuales se pide a una persona que comente la relación que existe entre otros dos miembros de la familia.
 2. Preguntas sobre las diferencias de comportamiento, no sobre la cualidad intrínseca de las personas.
 3. Preguntas sobre los cambios en el comportamiento antes o después de un evento específico.
 4. Preguntas sobre circunstancias hipotéticas.
 5. Graduación de los miembros de la familia respecto a un comportamiento o a una interacción específica.
-

El tercer principio, la *neutralidad*, determina la posición del terapeuta respecto a la familia: el terapeuta de Milán se caracteriza por ser discreto e imparcial. En los años siguientes el concepto de neutralidad será muy criticado.

Los nuevos puntos de vista se reflejan también en el cambio del modo de interpretar el sentido de las intervenciones. La intervención deja de ser una incursión en un sistema estático mediante rituales o prescripciones finales. El grupo de Milán cierra su artículo «Hypothesizing-circularity-neutrality» con una pregunta: «¿Podría la terapia familiar producir cambios sólo a través del efecto negentrópico de nuestro método de conducción de la sesión, independientemente de una intervención final?» (1980a, pág. 12). También estas ideas serán ampliamente desarrolladas en la década siguiente. Poco después de la publicación del citado artículo, que Luigi Boscolo definirá como «el trabajo más importante del grupo de Milán», aparece «The problem of the referring person» (Selvini Palazzoli y otros, 1980b), donde el grupo discute por primera vez el proceso del envío a la terapia y la influencia que esto tiene sobre sus resultados. El trabajo sobre el enviante es más importante de lo que pudiera parecer: subraya el interés del grupo por los sistemas externos a la familia, los sistemas extensos que adquirirán una enorme importancia a partir de entonces.

El impacto de los últimos trabajos (y sobre todo de las últimas demostraciones) del equipo de Milán es enorme. Si terapeutas de medio mundo habían quedado subyugados por la fuerza de su primer estilo estratégico, ahora les atrae su sutil epistemología y su inimitable modo de hacer preguntas. Llama también la atención su modo de formular hipótesis, la entrevista abierta y vivaz del equipo.[14] Muchos terapeutas estadounidenses quedan asombrados ante las hipótesis y sus consecuentes intervenciones: nadie se da cuenta, en aquellos años, de cuánto hay, en el trabajo de grupo, de su pasado interés por el psicoanálisis, especialmente en el modo de considerar, en cuanto a las hipótesis, los núcleos relacionales más significativos presentados por los clientes; en la observación de las más mínimas retroalimentaciones verbales y en la descripción de los elementos relevantes emotivos de la familia. No obstante, en esta fase del trabajo del grupo, las influencias psicoanalíticas son menos identificables: la hipótesis recuerda en cierta forma a la interpretación, la circularidad al análisis de la transferencia, la neutralidad al mismo concepto analítico.

Así, si antes muchos críticos sostenían que era imposible distinguir la terapia estratégica de la terapia sistémica (véanse Stanton, 1981; Piercy y Sprenkle, 1986), después de 1980 resulta evidente que el modelo de Milán es el modelo sistémico por excelencia de la terapia sistémica, «la silenciosa revolución de Milán», según la definición

de Lynn Hoffman (1981).

TERAPIAS EXPERIENCIALES

Carl Whitaker

En esta época, Whitaker combina su trabajo en la Wisconsin Medical School y la práctica privada en Madison. Aunque sigue siendo un investigador difícilmente clasificable, con el paso del tiempo su estilo es menos provocador. Con la ayuda de sus discípulos Augustus Napier (Napier y Whitaker, 1978) y sobre todo David Keith (Whitaker y Keith, 1981), formaliza su forma de hacer terapia, la «terapia simbólico-experiencial».

Para poder ser transmitida, la terapia simbólico-experiencial debe ir más allá del modo propio de Whitaker, adoptando también algunos puntos teóricos, a pesar de que Whitaker es un enemigo de la teoría. Whitaker y Keith, de manera aún más marcada que sus sucesores (véase Giat Roberto, 1991), se ven en la obligación de utilizar constructos de otros modelos, sobre todo del psicoanálisis, la terapia estructural (por la presencia de confines y jerarquías dentro de la familia) y la teoría de Bowen (por el trabajo intergeneracional).

En su teoría de la disfunción y de la «patología», Whitaker considera que la raíz de muchos problemas familiares está en los confines internos demasiado rígidos o demasiado fusionados, de los que derivan subsistemas no funcionales: los cónyuges no están en condiciones de afrontar aspectos de pareja, los indicadores generacionales se pierden, la misma familia entra en el caos o bien permanece aislada. En estas familias con confines desestructurados, los hijos pueden ser incapaces de aceptar sus propias emociones dentro de la familia: «Un delincuente es una persona que expresa sentimientos y emociones en una situación de escaso riesgo, por ejemplo en la comunidad en vez de en su casa» (Whitaker, en Neill y Kniskern, 1982, pág. 370).

Whitaker recurre en cambio al psicoanálisis para profundizar en el efecto que tiene en los individuos este conjunto de confines mal definidos y de roles rígidos: se generan interconexiones, o mejor dicho, identificaciones excesivamente ricas o demasiado escasas. En las familias fusionales, la preocupación central es que las fusiones aumentan a medida que los síntomas empeoran y requieren mayores cuidados. Los miembros más distantes se preocupan porque cada vez están más alejados de los demás. Pero para que se desarrollen auténticos síntomas es necesario que estructuras y procesos disfuncionales persistan en el tiempo e interfieran en las tareas vitales de la familia. Según Whitaker, el riesgo es máximo cuando hay mitos o herencias familiares profundas que obligan a cada generación a reaccionar ante las necesidades y pérdidas de las generaciones anteriores (Whitaker, 1976). La presión emotiva obliga a ser leales a las experiencias del pasado en vez de adaptar las propias percepciones del mundo y de sí mismos a las condiciones y a

los tiempos que cambian.

También el Whitaker maduro es fiel a la coterapia, incluso sostiene que se trata de la modalidad principal para la formación de los futuros terapeutas. La presencia de un equipo compuesto por dos personas frente a la díada de padres (para Whitaker la parte esencial de la familia) crea un *cuarteto*.

Activos, pero no directivos, los terapeutas simbólico-experienciales indagan en los síntomas en su fase inicial, proponen temas que hacen surgir ansiedad en la familia y verifican las consecuencias de los intentos de cambio anteriores. A diferencia de la mayor parte de los terapeutas estructurales o estratégicos, el terapeuta al estilo de Whitaker hace uso del silencio como medio para dramatizar algunos aspectos de la sesión. Es fundamental el uso del propio yo por parte del terapeuta para mantener la diferenciación en relación con el sistema terapéutico, aun cuando trabaje con material que tiene una carga afectiva extrema. Whitaker defiende, no sólo para su trabajo sino para el de todos los terapeutas, la franca exhibición de las propias emociones y fantasías, incluso las más perturbadoras, en el curso de las sesiones, respondiendo, si se diera el caso, de forma personal a las preguntas de los clientes.

En la primera fase de la terapia se entablan dos «batallas»: *la batalla por la estructura y la batalla por la iniciativa* (véase también Whitaker y Napier, 1977). Esencialmente, la batalla por la estructura establece la posición de los coterapeutas en el sistema terapéutico. La definición indica que el proceso no es fácil de llevar a cabo ni está exento de dolor. La batalla por la iniciativa surge cuando la familia pregunta qué debe hacer o de qué debe hablar. A los coterapeutas les queda la tarea de dirigir la atención de la familia hacia los problemas relacionales (Giat Roberto, 1991).

Una vez terminadas (y vencidas) las batallas, la terapia puede darse por iniciada. En la fase central, el equipo de coterapeutas opera de modo que facilite la reorganización en torno a la nueva configuración interpersonal que ha surgido del análisis del síntoma. La cohesión familiar es mayor, y los subgrupos familiares son movilizados en torno a las áreas problemáticas. Este tipo de esfuerzo y actividad permite a los terapeutas familiares asumir un rol cada vez más periférico: la familia está ya en condiciones de observarse reflexivamente.

Whitaker, en su uso de modelos que conjugan la tradición experiencial, el psicoanálisis y las teorías estructurales, mantiene no obstante una peculiaridad: es el único que privilegia la familia sobre el individuo. Frente a Minuchin y al grupo de Milán, Whitaker defiende que el sistema unitario está constituido por símbolos y emociones, más que por reglas o premisas cognitivas. Bowen ve a la familia como una unidad emotiva, pero plantea como objetivo de la terapia la superación de la sofocante totalidad; Whitaker insiste en cultivar la idea de que es justamente esta unidad irracional y a veces extraña la que debe ser preservada en el trabajo terapéutico, marcando así su absoluta

originalidad en el panorama de la década, en gran parte dominado por terapias técnicas y normalizadoras.

Simon describe al Whitaker de los últimos años como un hombre que logra suscitar emociones extremas con su sola presencia, aunque sostiene que la imagen que mejor le define es la del anciano un tanto sordo que procura dominar su pésimo carácter. Los treinta años de carrera han suavizado su actitud de terapeuta que no recuerda el nombre de los clientes y que, como contrapartida, los somete a intervenciones muy severas, rozando el límite de la descalificación. Pero su énfasis en la carencia de importancia de los objetivos o resultados de la terapia permanece: la idea de que la terapia no debe tener objetivos precisos o culminar en una definición clara persiste aún, al igual que su lema «proceso, y no progreso».

TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES

Terapias comportamentales[\[15\]](#)

El auge de las teorías comportamentales no genera una terapia de base comportamentista, sino que está ligada sobre todo al ambiente universitario. Hay que esperar hasta 1960 para asistir al surgimiento de una verdadera terapia del comportamiento (Glass y Arnkoff, 1992).

Los terapeutas familiares se consideran a sí mismos como los únicos que defienden teorías con una sólida base científica. La teoría cardinal es la teoría del aprendizaje social, si bien evoluciones posteriores harán referencia a paradigmas psicosociales, sociológicos, cognitivos y fisiopatológicos. No obstante las diferencias, existe un principio unificador, el de la verificación experimental: los casos clínicos y las estrategias de intervención son sometidas siempre a una mirada empírica, de modo que se individualizan los factores terapéuticos específicos en condiciones de facilitar los objetivos deseados. Por esta razón, la terapia comportamental de la familia es la primera en adoptar lo que Donald Schön (1983) denomina «modelo de la ciencia aplicada»: estudiar de modo natural una situación, determinar las técnicas necesarias para intervenir, conducir una experimentación para demostrar su validez, y, por último, pasar a la aplicación clínica completa.

La terapia familiar comportamental es por tanto un modelo cualitativamente diferente de los anteriores, al menos en el ámbito de la terapia familiar. Asume características típicas de la experimentación cuantitativa: parece hecha a propósito para proporcionar manuales de tratamiento y estudios experimentales sobre la eficacia.

El primer trabajo supraindividual de matriz comportamental es el dirigido por el fundador de esta terapia, Wolpe, quien, al aplicar su técnica de desensibilización a los problemas de ansiedad, desarrolla también una especie de terapia de pareja (Wolpe, 1958). Posteriormente, algunos terapeutas comportamentales publicarán estudios clínicos sobre intervenciones familiares, centrándose en problemáticas infantiles específicas: perturbaciones del sueño (Williams, 1959), comportamientos agresivos (Boardman, 1962), la enuresis nocturna (Lovibond, 1963), la educación lingüística de un sujeto autista (Risley y Wolf, 1967).

No obstante el esfuerzo de los primeros terapeutas comportamentales, sus terapias familiares se centran en el modelo individual, basado en la díada estímulo-respuesta. Los familiares son considerados nada menos que como los factores capaces de influir enormemente en el ambiente natural del individuo problemático.

La terapia consiste sobre todo en el adiestramiento de padres y parejas en la eliminación de las circunstancias que sustentan los comportamientos desviados,

favoreciendo el desarrollo de los modelos comportamentales más deseables. Como no es posible nombrar a una única figura carismática de la terapia comportamental de la familia, citaremos a las tres más relevantes: el psicólogo Gerald Patterson, el asistente social Richard Stuart y el psiquiatra Robert Liberman.

Gerald Patterson

Patterson, de la Universidad de Oregon, toma de Risley y Wolf lo que más tarde se denominará «adiestramiento de los padres» (*parental training*) para la resolución de los problemas del comportamiento en edad evolutiva. Desde su primer artículo sobre tal tema, Patterson comprende que es esencial desviar la atención de los comportamientos del niño problemático para concentrarse en las modificaciones de las respuestas de los padres (Patterson y Brodsky, 1966). Patterson se da cuenta de que una cosa son los estudios experimentales de modificación del comportamiento, con su ambiente privilegiado de laboratorio, y otra, totalmente distinta, la vida de las familias. Los comportamientos observables en el transcurso de las sesiones no son idénticos a los observables en el ambiente real de sus vidas. Se trata entonces de encontrar el modo, siempre más sofisticado, de favorecer la generalización de comportamientos aprendidos en el ambiente previsible y reforzador de la terapia, de modo que entren a formar parte del patrimonio que la familia se lleva a su vida cotidiana (Patterson y otros, 1967).

Con este objetivo, Patterson y su grupo aplican al trabajo con las familias una de las ideas clave de la terapia comportamental: la evaluación preliminar. Se trata de elaborar una evaluación estructurada de la familia que dé cuenta de todo lo que sucede en la vida real de la familia, identificando con precisión los antecedentes y consecuencias de los episodios disfuncionales con objeto de fundar sobre estas observaciones las estrategias de intervención. Cuando un comportamiento disfuncional se repite, se asocia invariablemente a un cierto patrón, y ello permite elaborar una formulación clara del problema. De ese modo se puede eliminar el comportamiento no deseado (verificando al mismo tiempo la correcta formulación del problema) si se modifican adecuadamente las circunstancias que estaban en la base (Patterson y otros, 1975).

Pero no se trata sólo de enseñar a los padres a actuar sobre el comportamiento disfuncional del menor, sino de operar al mismo tiempo sobre el niño para ayudarle a hacer frente a las necesidades de los padres. El elemento que define a estos primeros métodos de terapia comportamental de la familia es el concepto de *reciprocidad*. El trabajo de Patterson será conocido por la mayoría de los terapeutas familiares sólo después de 1980, con la publicación de los primeros manuales interdisciplinares. La impermeabilidad recíproca de los dos campos terapéuticos, de todas formas, no durará mucho. Poco después de 1970, Patterson, desilusionado por la escasa eficacia de sus

métodos dirigidos y lineales sobre las familias multiproblemáticas y poco colaboradoras, se acerca a la Philadelphia Child Guidance Clinic para estudiar la terapia estructural de Minuchin.

Richard Stuart

Si el psicólogo Patterson se ocupa, al igual que muchos otros psicólogos del periodo, de los menores y los padres, será un investigador social, Richard Stuart, quien elabore el primer modelo verdaderamente comportamental de terapia de pareja. El método toma el nombre de *contrato situacional* (*contingency contracting*), y apunta a la creación de un intercambio de comportamientos positivos que permita al otro miembro de la pareja vislumbrar modelos alternativos de interacción, sobre todo en las parejas en las que ya se ha desencadenado una espiral destructiva. Su concepto de «equilibrio relacional» tiende otro puente, tras el de Patterson, entre las concepciones comportamentales y las orientaciones sistémicas. Así como la reciprocidad de Patterson recuerda a la circularidad y al *quid pro quo* conyugal, el equilibrio de Stuart es afín a la homeostasis.

Los principios sobre los que se funda el método del contrato situacional son los siguientes. Cada miembro de la pareja escribe una lista de posibles comportamientos que está dispuesto a poner en acción en relación con el otro. Después de una fase de negociación directa para establecer la deseabilidad de tales comportamientos para cada uno de ellos, la pareja estipula un contrato. Stuart sugiere que antes se intercambien fichas (*token economy*) como moneda de cambio que avala los comportamientos establecidos. Esto lleva a las partes en juego a adquirir una especie de crédito cuando exhiben los comportamientos considerados deseables por el otro. Después se abandonan las fichas, pasando al uso de contratos escritos y conformados. El enfoque contractual de Stuart es el principio del incremento de la consideración positiva recíproca, con el fin de proceder a la resolución de los problemas, pasando del tratamiento de pareja a muchos otros *settings* comportamentales, incluida la terapia familiar. La idea de Stuart es que cada uno debe asumir la responsabilidad del cambio, modificando en primer lugar su propio comportamiento.

Robert Liberman

El tercer pionero de la terapia comportamental de la familia, Robert Liberman, es psiquiatra. Su primera contribución al área de la terapia familiar es del año 1970: «Behavioral approaches to family and couple therapy» (Liberman, 1970). Liberman agrega a los principios del refuerzo operante algunas estrategias derivadas del modelo de aprendizaje imitativo de Bandura y Walters (1963), tales como la simulación de roles

(*role rehearsal*) y el modelamiento (*modeling*) de esquemas alternativos de comunicación interpersonal. En 1971 organiza una suerte de seminario con los pacientes esquizofrénicos crónicos y sus familiares. La idea es que la enfermedad mental sea sobre todo una forma deficitaria, y que el déficit pueda ser manejado por los pacientes y las familias mediante el adiestramiento guiado (véase Bertrando, 1997b).

Para Liberman, como para todos los terapeutas familiares comportamentales, es fundamental evaluar analíticamente las relaciones funcionales entre los síntomas y los patrones de interacción familiar; por esta razón conduce sus propias evaluaciones basándose sobre todo en una serie de entrevistas semiestructuradas a varios miembros adultos de la familia. Lieberman vive durante algún tiempo en Londres, donde conoce al neozelandés Ian Falloon, a su vez terapeuta del comportamiento, y a Christine Vaughn, creadora, junto a Julian Leff, de la versión moderna de la emotividad expresa.

Atraídos por el rigor metodológico de esta última concepción, Falloon y Liberman la toman como concepto guía en la proyección de la intervención: se trata de incitar, en las familias con un miembro esquizofrénico, a una justa expresión de las emociones, evitando todas las conductas que presenten «una alta emotividad expresa». La aplicación a la unidad familiar de los métodos de análisis del comportamiento, anteriormente utilizados en la rehabilitación psiquiátrica de pacientes adultos (Kanfer y Saslow, 1965), conduce a la intervención individual múltiple.

El análisis comportamental, además, sigue inserto en el marco de la terapia, permitiendo la modificación de los objetivos prefijados en el caso de que exista un cambio, o ante la ausencia de un cambio. Es éste un modo muy estructurado de entender la retroalimentación: la hipótesis es que un análisis global del comportamiento permitirá al terapeuta predecir, en línea con el método de las «ciencias duras», los cambios posibles antes de aplicar las estrategias de intervención. Liberman reafirma así su confianza en la terapia como una ciencia aplicada en la que las personas son una entidad altamente previsible. Es una concepción que recuerda a las terapias técnicas del periodo (MRI, modelo estructural, etc.), mientras que deja menos margen a los factores imprevistos y la singularidad humana; por contra, se adapta magníficamente a las ideas que se están extendiendo en la psiquiatría biológica y farmacológica.

Como buen psiquiatra acostumbrado a operar sobre la comunidad, Liberman advierte también la necesidad de afrontar las problemáticas extrafamiliares que interfieren en el sistema familiar. La atención al ambiente, y sobre todo la interacción con los servicios sociales y sanitarios, le dará además una cierta autoridad en el campo de la rehabilitación. Cuando rehabilitación y psicoeducación se conviertan en los procedimientos prioritarios para el trabajo con las familias dentro de la psiquiatría, la figura de Liberman adquirirá gran relieve.

PROFESIÓN

En estos años la terapia familiar se convierte en una profesión reconocida en todo el mundo. Sin embargo, como se ha visto, las condiciones culturales y sociales son bastante distintas a ambos lados del Atlántico: en Estados Unidos la terapia familiar esta desplazándose hacia el sector privado y en Europa es una actividad que involucra sobre todo a los servicios públicos. De esto se derivan dos tipos de profesionales profundamente diferentes. En Estados Unidos se insiste en el derecho a la formación de los alumnos. Se entablan batallas entre las escuelas de terapia, pero también en el seno de las asociaciones profesionales. En Europa, en cambio (y sobre todo en Italia), se trata de aplicar las novedosas ofertas de la terapia familiar a una serie de servicios psiquiátricos extrahospitalarios que están en plena expansión.

Estados Unidos

Las escuelas

Henri Ellenberger (1970) recuerda que en la antigüedad las «escuelas» filosóficas se caracterizaban por una adhesión rígida, basada en presupuestos morales y de comportamiento, y que estas modalidades —siempre en el campo filosófico— fueron asumidas por las escuelas de psicoanálisis y terapia. Inexistentes al comienzo, en estado embrionario en la década siguiente, las escuelas asumen una preeminencia absoluta sólo después de 1970. El reconocimiento que se dispensa a los fundadores de las diversas escuelas, venerados y carismáticos, convierte el mundo de la terapia familiar estadounidense en un verdadero *star-system*.

El nacimiento de las escuelas es también reflejo del exceso de tecnología (Gergen, 1991) aplicada a la terapia. Los simposios, cada vez más frecuentes, son posibles gracias a los medios de comunicación masivos, mientras que los espejos unidireccionales y las videograbaciones hacen posible muchos contactos: los libros serán cada vez menos importantes para la transmisión de conocimientos sobre la profesión. Sin embargo, esto tiene otras consecuencias: los *master therapists* son conscientes de que son observados atentamente por sus discípulos, y su estilo será cada vez más demostrativo y carismático. El estilo de los discípulos, que tiende a imitar el de los maestros, es también demostrativo, y, en lo posible, trata también de ser carismático. Por vez primera, una terapia en su desarrollo profesional es modulada y modificada por la tecnología, gracias a los medios de comunicación de masas, aunque con el riesgo de simplificar las teorías.

En realidad, los maestros de las escuelas siguen manteniendo sus ricos diálogos y sus

intercambios de experiencias. Son los alumnos los que asumen posiciones extremas hasta el punto de ser intolerantes. Así, mientras otras terapias más pasivas empiezan a pensar ya en la integración (Arkowitz, 1992), las diversas escuelas de terapia familiar siguen enfrentándose por imponerse sobre las demás.

Las asociaciones

A medida que se constituyen y se refuerzan, las diferentes escuelas de terapia familiar (y sobre todo muchos terapeutas, cuyo número continúa creciendo) sienten la necesidad de crear asociaciones propias.

Hemos seguido en el capítulo anterior las vicisitudes de la AAMC hasta su transformación en la AAMFC. Es evidente que, a partir de su nueva denominación, la asociación trata de atraer a más terapeutas familiares. En 1975 se edita el primer número de la revista de la asociación, el *Journal of Marriage and Family Counseling*, dirigida por William Nichols. La proliferación de escuelas hace necesaria otra tribuna de debate, y rápidamente la nueva revista adquiere importancia publicando contribuciones importantes y sirviendo indirectamente a los objetivos de la AAMFC.

Hasta ese momento la consultoría familiar y la terapia familiar habían evolucionado paralelamente pero sin enfrentamientos. Nichols observa que no se trata simplemente de un conflicto epistemológico con los terapeutas familiares ligados al nuevo modelo sistémico más que a los consultores. Existe también un conflicto tradicionalmente profesional:

Una cuestión importantísima para los terapeutas de pareja era los vínculos que percibían dentro de la terapia de la familia (no obstante la oposición de Haley y Satir) entre la medicina y la no medicina. [...] Los visibles esfuerzos de Murray Bowen por conectar su propia teoría a la biología y convertir a la psiquiatría y a la terapia familiar en una disciplina de la ciencia médica no satisfacían a los clínicos que no eran médicos, a pesar de que consideraran interesantes y útiles sus constructos terapéuticos (Nichols, 1992, págs. 82-83).

En cuanto a los terapeutas familiares, su desconfianza es notoria. El intelectual Bowen, en la cima de su carrera, no puede tolerar que el campo del que se considera el único investigador relevante se mezcle con una gran cantidad de practicantes que no se preocupan por la teoría o por la investigación. En 1977, reúne a un grupo de ocho conspicuos representantes de la terapia familiar para constituir la American Family Therapy Association (AFTA), que presidirá él mismo, y más tarde lo hará Framo. Nace así una lucha por la preeminencia en el seno de la terapia familiar entre la emergente AFTA y la AAMFC.

Otro hecho agudiza la competencia entre ambas asociaciones. Ya desde varios años antes, bajo la guía de Nichols, la AAMFC ha empezado a interesarse por los aspectos legales ligados a la profesión, en particular por la (crucial) cuestión de la acreditación

profesional. Se trata de elegir a quién corresponde otorgar los títulos de «consultor matrimonial y familiar», y en consecuencia ejercer el control sobre los programas de las escuelas y los requisitos de los candidatos.

En 1978, la candidatura de la AAMFC como centro de acreditación para los consultores matrimoniales y familiares es refrendada por el Office of Education de Washington. Murray Bowen, en representación de la AFTA, ha escrito una carta al comité en la que expresa su oposición al respecto. En palabras del entonces presidente de la AAMFC, Don Williamson:

La oposición de la AFTA [...] se basaba en el argumento de que hoy en día existen dos campos distintos y separados: por un lado, la «consultoría matrimonial» y, por otro, la «terapia familiar». Según el escrito que presentaron a la comisión, la «terapia familiar comprende a la consultoría matrimonial», pero «la consultoría matrimonial no comprende a la terapia familiar» (en Nichols, 1992, pág. 89).

Gracias a los esfuerzos de Nichols y del psiquiatra James Lieberman, la AAMFC obtiene, no obstante, la aprobación de la comisión y se convierte oficialmente en «la organización que concede las acreditaciones en el campo de la consultoría matrimonial y familiar». Basta con cumplir algunos requisitos mínimos: un *master* (diploma universitario) en consultoría matrimonial o familiar, o bien un diploma o doctorado equivalente. Sobre todo, no se hace distinción alguna entre un consultor familiar y un terapeuta familiar: la profesión se nivela, sustancialmente, en los consultores.

Gracias al poder que le confiere esta victoria, la AAMFC empieza a atraer a los terapeutas familiares; de este modo los límites de esta última disciplina, que hasta la década anterior habían sido muy claros, se difuminan.

No obstante, Bowen sigue oponiéndose a la confluencia de los dos campos; pero la fuerza (especialmente numérica) de la AAMFT y el reconocimiento obtenido con la acreditación hacen irreversible el curso de los acontecimientos. El 31 de octubre de 1980, después de un simposio conjunto en San Diego, el comité elabora un comunicado por el que se anula el acuerdo entre las dos organizaciones.

Llegados a este punto, puede decirse que la confluencia de los dos campos es completa: en 1980, el comité constituido para la acreditación está formado por tres cuartas partes de profesionales inscritos en la AAMFT o en la AFTA. Cuando en 1981 Broderick y Schrader escriben la historia de la disciplina en su *Handbook of Family Therapy* (Gurman y Kniskern, 1981a), la cuentan como una convergencia desde el comienzo pacífica a partir de campos diferentes pero destinados a la integración final.

Europa: terapia privada, terapia pública[\[16\]](#)

Europa es un territorio casi virgen para la terapia familiar; no se ve en la década nada

que sea siquiera comparable a los acontecimientos derivados de las asociaciones en Estados Unidos. Europa vive más bien en un periodo pionero similar al que Estados Unidos había conocido diez años antes. Sobre todo en Italia, Alemania e Inglaterra, la terapia familiar se expande velozmente y con sorprendente fuerza. Ya se ha mencionado al grupo de Milán y a Maurizio Andolfi; en Roma trabajan igualmente los psiquiatras Luigi Cancrini y Gaspare Vella. A diferencia de los milaneses, profesionales privados con intereses preferentemente teóricos y epistemológicos, los terapeutas romanos mantienen contactos frecuentes, por un lado a través de la universidad (Cancrini, Malagoli Togliati y Andolfi enseñan en la facultad de psicología; Vella en la facultad de psiquiatría), y por otro, en la psiquiatría hospitalaria pública: para ellos, la intervención sobre el sistema familiar es la reproducción de la intervención política y social predicada por la psiquiatría clínica. Mientras los terapeutas de Milán insisten en el rigor teórico, ganándose el calificativo de «puristas sistémicos», los de Roma se revelan más eclécticos y pragmáticos. La relación, a veces polémica, entre estas dos tendencias dará forma a un debate sobre la terapia familiar en Italia (véase Angelo, De Bernart y Giacometti, 1987).

Mara Selvini Palazzoli, junto a Pierfrancesco Galli, organiza el primer simposio italiano dedicado a la terapia familiar, en 1967. Los dos principales invitados cubrían los campos de mayor importancia para la psiquiatría italiana del periodo: Nathan Ackerman en la terapia psicodinámica y Ronald Laing en la antipsiquiatría. Entre los inscritos se encuentra el grupo de jóvenes psiquiatras críticos que está renovando las instituciones de la época, de Basaglia a Jervis.

La confluencia no es casual. En el escrito de Cancrini *Verso una teoria della Schizofrenia*, la enfermedad mental es interpretada en clave de «mistificación», como una crítica política a las estructuras de poder. De ello deriva, además de la relación directa con la psiquiatría de Basaglia, el interés por insertar la terapia familiar en los centros públicos psiquiátricos.

El clima de esos años impone la toma de postura política. Los terapeutas italianos se ven obligados a enfrentarse a una serie de cuestiones, tales como la neutralidad de la ciencia y del saber psiquiátrico, la terapia como liberación o normalización, o la influencia de los prejuicios culturales y sociales y de los estereotipos sexuales, todos ellos temas que los terapeutas anglosajones descubrirán veinte años más tarde.

Entre 1974 y 1978 una serie de escuelas más o menos aisladas se convierten en un verdadero movimiento. El grupo romano de Cancrini funda en 1973 el Centro de estudios de terapia familiar y relacional, que en 1974 pone en marcha el primer programa italiano para la formación de terapeutas familiares. En 1975 lo hace también Maurizio Andolfi, mientras que en 1978 son Boscolo y Cecchin los que inauguran su propia escuela de formación en Milán. El profundo cambio que ha sufrido la psiquiatría italiana es el que determina el gran interés que se concede a la formación. La «ley Basaglia» ha

producido en un escaso lapso de tiempo una dramática metamorfosis de las instituciones psiquiátricas. Los profesionales psiquiátricos se dan cuenta de que no cuentan con los instrumentos teóricos operativos necesarios para afrontar las nuevas necesidades de la asistencia psiquiátrica territorial masiva.

De la vitalidad del nuevo movimiento se da cuenta en la primera revista italiana del área, *Terapia Familiare*, fundada y dirigida por Andolfi.

Una situación análoga de renovación y redefinición de la terapia familiar se da también en Alemania. La IAGF (Internationale Arbeit Gemeinschaft für Familien Forschung und Familien Therapie), nacida como asociación de psicoanalistas interesados en la terapia familiar, comienza a mostrar signos de envejecimiento y se resquebraja como un cristal cuando las instancias sistémicas entran en juego en la práctica clínica. El portavoz de esta nueva visión de la terapia familiar es Helm Stierlin, y su oponente conservador es Hans Richter, en absoluto dispuesto a reconocer la existencia de novedades en el tratamiento de las familias, así como tampoco a ceder el poder que ostenta dentro de la asociación. El conflicto llega a tales extremos que en 1976 Stierlin y Josef Duss-von Werdt fundan su propia revista, *Familien Dynamik*. Poco después, en 1978, fundan una asociación alternativa a la vieja IAGF, la DAF. En 1978, la terapia familiar ha ganado la partida en Alemania: se configura principalmente como terapia sistémica, mientras que la psicoanalítica es absorbida por los institutos alemanes de psicoanálisis, y la cuota de poder de la que antes se podían jactar los terapeutas familiares psicoanalistas decae drásticamente.

La terapia familiar inglesa, en cambio, crece y se desarrolla sobre todo en el ámbito de los servicios sociales, donde encuentra un amplio campo de aplicación en el tratamiento de las familias desfavorecidas. Hasta 1970, está orientada a la técnica comportamental y a la psicodinámica, mientras que la ideología del trabajo familiar resulta análoga a la estadounidense. Se trataba de la prevención como elemento de planificación social.

En los primeros años de la década la terapia familiar británica se practica, aparte de en la Tavistock Clinic, en el Woodberry Down Child Guidance de Londres, en la Young Peoples Unit de Edimburgo y en el Family Institute de Cardiff. El procedimiento estándar de los terapeutas familiares parte del ámbito infantil: se invita a las sesiones a todas las personas que tienen una relación significativa con el niño problemático, se proponen hipótesis que enlazan el problema presentado y la situación relacional, y finalmente los terapeutas de la familia presentan una posible solución en forma de comentario, sin mencionar técnicas específicas ni plantear artificios retóricos. Después de 1973 la situación cambia. La influencia del grupo de Milán es significativa y se abren nuevas perspectivas de trabajo y de reflexión teórica.

Las asociaciones profesionales británicas no constituyen un vehículo que permita

tomar una posición teórica, como sí sucede en Alemania, sino que se limitan a la gestión de la formación, a la consultoría, a la acreditación de los profesionales. La National Association of Family Therapy se ocupa principalmente de la formación de los terapeutas familiares, y al mismo tiempo trabaja para que los terapeutas familiares sean reconocidos en todo el país. En el norte, el Scottish Institute of Human Relations ofrece terapia y formación, además de aconsejar a las organizaciones en lo que soliciten, pero su tarea está profundamente connotada en sentido técnico, prescindiendo de las cuestiones legales. En cuanto a la enseñanza, es una práctica común en Gran Bretaña asociar centros privados a la universidad con objeto de impartir los cursos de formación. En el caso del Institute of Family Therapy, una estructura nacional ligada a la sanidad del Estado, el centro ofrece un curso inicial básico con examen final para la adquisición del diploma; en los años siguientes el alumno puede acceder a la universidad para cursar un *master* en terapia familiar (dos años) o bien optar por el ingreso en un curso de perfeccionamiento clínico que comprende además la supervisión del trabajo.

5. 1980-1990: COMPLEJIDAD

CONTEXTO

Tras casi treinta años de políticas sociales y de igualitarismo más o menos acentuado, el año 1980 marca el inicio de una auténtica revolución conservadora. La inicia Margaret Thatcher, la primer ministro inglesa que, poco después de ser elegida, acaba con las poderosísimas *trade unions* británicas y socava las bases del Estado social. En Estados Unidos sigue sus pasos Ronald Reagan, que a su vez muestra a los sindicatos quién tiene el poder, saca a la economía estadounidense de su crisis (recurriendo al usual incremento en los gastos militares), reduce los impuestos a las grandes fortunas y recorta los ya exigüos subsidios federales a programas sociales. Resulta de ello un *boom* económico desconocido desde veinte años antes, mientras que el optimismo, impulsado por la amplia sonrisa de Reagan, crece desmedidamente: los estadounidenses vuelven a sentirse guía del mundo.

Fuera de su país, el agresivo anticomunismo de la administración estadounidense no impide el inesperado acuerdo de paz con la URSS, en vías de una lenta reforma, obra de Mijaíl Gorbachov. La convivencia de los dos bloques constituidos tras la Segunda Guerra Mundial parece más fácil, el comunismo se desmorona, derrotado no militarmente, sino económicamente, por la fuerza del capitalismo. En la segunda mitad de la década se disuelve el Pacto de Varsovia, y en 1989 cae literalmente a pedazos su símbolo, el muro de Berlín, y con él Alemania Oriental y todos los gobiernos del Este.

A la Europa continental llegan las ideas hedonistas del reaganismo y del thatcherismo; no obstante, el gasto social continúa incrementándose. Un cambio cultural, sin embargo, une a las dos orillas del Atlántico: el dinero se convierte en la única medida del éxito social. Éstos son también los años de la informática, la ciencia procedimental ha sustituido en el imaginario colectivo a la cibernética. La revista *Time* proclamará al PC «hombre del año 1980», como muestra de la creciente importancia de la informática en la vida cotidiana.

La familia, de todas formas, evoluciona siguiendo las líneas de las décadas precedentes. La agresiva política liberal de los nuevos gobiernos anglosajones acelera la modificación de la estructura familiar: la disminución del gasto social y de los impuestos sobre los salarios animan (y frecuentemente obligan) a las familias a favorecer el trabajo de la mujer y a posponer la procreación; en cuanto a la casa propia en un barrio residencial, el mito de la familia estadounidense de la mitad del siglo, son cada vez menos las parejas jóvenes que pueden permitírsela:

El modo de organizar la familia, la comunidad y los roles sexuales se basaba en las condiciones económicas, laborales y de vivienda que ya han desaparecido en los años setenta. Según parece, es imposible mantener los valores asociados a esas condiciones cuando desaparecen los incentivos económicos que los sostienen (Coontz, 1992, pág. 266).

La familia nuclear pasa a estar lentamente en minoría respecto a las familias reconstituidas, las familias monoparentales (generalmente con una sola madre) y las numerosas parejas sin hijos. También las parejas homosexuales exigen un trato no discriminatorio. Así, la familia típica cambia, tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo: padres cansados por exceso de trabajo y por el escaso apoyo social que reciben; hijos con más libertad pero un tanto abandonados. Mientras tanto, aumenta la pobreza y el desempleo, y con ellos el índice de violencia en las familias. Además, el sida, enfermedad de transmisión sexual que nace con la década, amenaza la libertad social, adquirida solamente a partir de 1970. Se constata que la violencia familiar no es un hecho excepcional: en 1981 se realiza en Estados Unidos la primera conferencia nacional sobre el tema, de la que salen datos preocupantes: sólo en Estados Unidos, casi dos millones de niños padecen algún tipo de abuso (véase Reisman, 1991).^[1]

Los estadounidenses, sin embargo, parecen interesarse más por otras comunidades «problemáticas», como las madres adolescentes y las familias afroamericanas (obviamente afectadas por la inevitable «crisis»). En 1960, el 15,4 % de las madres norteamericanas menores de 20 años no estaban casadas. El índice se duplica en 1970, y nuevamente en 1986. Ahora la *mayoría* de las madres adolescentes no tiene pareja (AA. VV., 1988). Cuando el bienestar deja de aumentar, la combinación entre las presiones económicas y la discriminación racial (que jamás desaparece) hace explotar literalmente a las familias (véase Jaynes y Williams, 1989). En los guetos negros, generalmente en el centro de las grandes ciudades, se crea una subcultura de violencia, minoritaria pero señalada por los medios de comunicación, los estudiosos y los políticos: la «subcultura» negra, con sus familias destruidas por la droga y sin padres, se convierte en un asunto prioritario nacional (Anderson, 1990). Obvia decir que justamente en el gueto se concentra el mayor número de madres adolescentes, centro por tanto de la crisis familiar por antonomasia.

Sin embargo, esta situación no se traduce en un incremento de los programas sociales; al contrario, hay menos proyectos de prevención y se concede más importancia a los problemas privados, hay menos esperanzas y más miedo. La psiquiatría y la psicología trabajan sobre esta base. No sorprende, por tanto, que la terapia familiar norteamericana se interese cada vez menos por los problemas psiquiátricos —las intervenciones farmacológicas son ya sus favoritas— y se incline por la asistencia social. A tal cambio contribuye también la renovación en la cultura psiquiátrica, en la que la respuesta farmacológica se ve siempre más favorecida no sólo por la economía, sino también por la cultura.

La revolución conservadora llega también a la psiquiatría: significa el regreso a una concepción sustancialmente biológica de los problemas mentales, dejando en segundo plano todos los factores psicológicos, sociales y ambientales. La industria farmacéutica, decidida a invertir cada vez más en la farmacoterapia psiquiátrica, financia una enorme cantidad de investigaciones, centradas exclusivamente en la biología cerebral. Los primeros resultados importantes surgen en el campo de la esquizofrenia, que sigue siendo una de las enfermedades mentales más estudiadas.

La *American Psychologist* publicó un artículo sorprendente en que se afirmaba que la esquizofrenia era una enfermedad del cerebro [...] que provocaba profundas alteraciones en el comportamiento de la persona; [...] los hijos de ésta generalmente no heredaban la enfermedad ni estaban gravemente perturbados, por lo que se deducía que la causa de la enfermedad residía en factores ambientales. El paciente y la familia se habrían sentido menos marginados y culpables si la esquizofrenia no hubiera sido atribuida a factores familiares (Reisman, 1991, págs. 369-370).

De hecho, la investigación neurofarmacológica sobre la esquizofrenia, más que ofrecer esperanzas, alimenta la idea de que la esquizofrenia es causada por una enfermedad cerebral irreversible, con pérdida de tejido neuronal, como se podía apreciar en las tomografías axiales computarizadas (Weinberger y otros, 1986). Se discute si esto es debido a una predisposición genética, o bien a factores externos, como una infección viral. Esta idea de la esquizofrenia lleva a los psiquiatras a interesarse sobre todo en los llamados síntomas negativos de la esquizofrenia (Crow, 1980; Andreasen, 1983), recalando que los esquizofrénicos deben ser, más que cuidados, «rehabilitados», de modo que puedan adaptarse a vivir con su propia deficiencia.

Mientras tanto, la actitud de los técnicos, considerados culpables de esta situación, provoca la fundación de distintas asociaciones de familiares de pacientes psiquiátricos, que se convierten en grupos de ayuda mutua y en grupos de presión; la primera gran organización de este tipo, obviamente estadounidense, es la NAMI (National Alliance for the Mentally Ill) (Clerici, 1999). El objetivo principal es frenar la estigmatización y culpabilización de las familias; para ello dichas asociaciones ejercen una gran presión sobre las organismos gubernamentales con el fin de que privilegien las investigaciones sobre los factores biológicos de la esquizofrenia, en vez de sobre los factores familiares (Goldstein, 1989, comunicación personal).

La psiquiatría académica deja de interesarse por las teorías psicoanalíticas: al tiempo que nace una increíble confianza en la eficacia indudable de los fármacos antidepresivos, se fomenta la idea de que algunas psicoterapias, como la terapia cognitiva individual (King, 1989) y ciertas terapias de pareja (Bertrando, 1995b), tienen un efecto sólo relativo sobre la depresión.

Éste es un típico ejemplo de disputa psiquiátrica en un periodo en el cual el tema de

la nomenclatura y las definiciones pasa a primer plano. El año 1980 ha traído consigo una renovación: la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), el manual que define por vez primera los criterios diagnósticos estandarizados que deben seguirse en la diagnosis psiquiátrica. Además de la depresión «reactiva», figura la «neurosis» pero se omite la «histeria» porque ambos términos tienen connotaciones psicoanalíticas. Por el mismo motivo, las enfermedades psicosomáticas son sustituidas por los más neutros «factores psíquicos que influyen una condición física».

Sin embargo, el DSM no está exento de defectos. La idea de crear una nomenclatura que proporcione un diagnóstico a todo el que acuda a un psiquiatra, termina por hacer entrar en el campo de interés psiquiátrico también a la timidez (denominada ahora «trastorno por ocultación de la personalidad») y a la obstinación («trastorno opositivo de personalidad»). Con sus decisiones, adoptadas por votación, que sancionan las posibles diagnosis,^[2] el DSM demuestra cuán contingente y política puede ser la diagnosis más atórica y científica.

La estandarización afecta tanto al DSM como a la terapia: los protocolos estándar permiten prescribir mejor los fármacos, y los psiquiatras comienzan a pensar que, después de todo, tales criterios pueden ser válidos también para las psicoterapias. De ahí se deriva la aplicación generalizada de la terapia comportamental y cognitiva y de los nuevos tratamientos psicoeducativos.

En cuanto a la psicología, sus procesos son en buena medida diferentes. La técnica médica aceptada por los psiquiatras se combina con una mayor atención a la persona mientras aumenta el interés por el yo. El concepto de inconsciente es aceptado incluso por los experimentalistas, mientras que la idea del ello y de las pulsiones sexuales tiende a pasar a segundo plano, pues los analistas descubren la narrativa y la hermenéutica. Tras la publicación de la obra fundamental de Bowlby, *Apego y pérdida* (Bowlby, 1969-1980), aumenta el interés por su teoría del apego, que subraya la matriz relacional de la vida psíquica. Crece el número de analistas que acepta la posibilidad de leer en clave relacional el desarrollo y, por tanto, también la clínica (Stern, 1985).

Todos estos movimientos, no obstante, influyen tangencialmente en los psicoterapeutas, que siguen con su trabajo clínico. La psicoterapia en general (y la familiar en particular) vive en esta década su punto álgido desde el punto de vista económico. En Estados Unidos la psicoterapia es una actividad privada, caracterizada por la negociación libre entre el terapeuta y el cliente. También en Europa, aunque por caminos diferentes, la década es próspera en este sentido. Los terapeutas familiares trabajan mayoritariamente en el sector público, pero se trata de un sector público rico en recursos y dispuesto a aceptar el bagaje terapéutico reconocido, así como los métodos de la terapia familiar.

La situación, sin embargo, no es estable. El gasto sanitario sigue creciendo. A finales

de la década, políticos y administradores comienzan a estudiar las nuevas disciplinas. En Estados Unidos el cambio se denominará *managed care*, mientras que en el resto del mundo se hablará más de «reducción de presupuesto»; de todos modos la era de la psicoterapia no durará más allá de 1990.

Teorías

El constructivismo

En 1980 muere Gregory Bateson. Tan citado como a veces ignorado, incluso por los sistémicos que se inspiraban más o menos rigurosamente en sus ideas, Bateson quedó como un punto de referencia. Después de su muerte los terapeutas sistémicos buscan un sustituto. Lo encuentran rápidamente (gracias al psiquiatra Karl Tomm, gran descubridor de talentos de la época) en la persona de Humberto Maturana.

Se trata de un neurobiólogo chileno que ha hecho fortuna gracias a un artículo publicado en 1959, cuando trabajaba en los laboratorios del MIT de McCulloch y Pitts: «What the frog's eye tells to the frog's brain» (Lettvin y otros, 1959). Es uno de los tantos productos del departamento de cibernética de McCulloch; Maturana ni siquiera es el primero de sus coautores, pero comienza a construir un complicado edificio teórico, cuyos fundamentos son la autonomía y el cierre operativo de sistemas, junto a la arbitrariedad de las propias definiciones del sistema, definido no por su naturaleza sino en función de la elección del observador: «Toda expresión es expresión de un observador».

Durante los siguientes veinte años, Maturana sigue delineando sus propias ideas, frecuentemente con la colaboración de su joven colega (también chileno) Francisco Varela, con quien publica *Autopoiesis and cognition* (Maturana y Varela, 1980). Los temas del libro no son ajenos al debate de los primeros cibernéticos, pero Maturana los persigue con una convicción y una determinación tal que convence a muchos (al menos entre los terapeutas familiares) de que se hallan ante elementos radicalmente nuevos. Además, expresa sus conceptos en un lenguaje verdaderamente inédito.

Toda expresión es expresión de un observador. En su discurso el observador habla a otro observador que podría ser él mismo; todo lo que se aplica a uno es válido también para el otro. El observador es un ser humano, es decir, un sistema vivo, y todo lo que se aplica a los sistemas vivos se le aplica también a él. [...] Para el observador, una entidad es tal entidad cuando puede ser descrita. Consecuentemente, el observador puede describirla sólo si existe otra entidad de la que se diferencia y con la que se puede comparar, interactuar y entrar en relación. Esta segunda entidad que sirve como referencia a la descripción puede ser cualquier entidad, pero la referencia final para cualquier descripción es el observador mismo (Maturana y Varela, 1980, pág. 53).

Junto a Varela, Maturana (1978) crea el término *autopoiesis* para referirse al proceso mediante el que interactúan las partes de un sistema hasta que producen la organización

del mismo. El sistema autopoietico es informativamente cerrado en cuanto al ambiente externo. Como el sistema nervioso, por su parte, está cerrado operacionalmente, no es posible distinguir las ilusiones de las percepciones. Como consecuencia, el observador se encuentra sin base alguna para defender la existencia de los objetos o las relaciones independientes respecto a él mismo. El aforismo de Maturana, «Toda expresión es expresión de un observador», subraya la posición constructivista: desde el momento en que falta un punto de apoyo externo para decidir acerca de la verdad, no se puede hacer otra cosa que no sea basarse en las múltiples realidades que surgen en el lenguaje a través del consenso.

El impacto de tal cambio epistemológico es notable: la atención se desplaza del sistema observado al sistema del observador; del «descubrir» una realidad externa al «inventar» la realidad; de la llamada visión objetiva a la reflexividad y la autorreferencia. La premisa básica es que el observador forma parte de lo que está observando y, en consecuencia, el terapeuta forma parte del sistema en que ofrece la terapia. Si los terapeutas sobrepasan los límites que circundan a la familia observada, se convierten en parte de un sistema cerrado y autónomo. Sus observaciones están influenciadas por lo que observan, y lo que observan está influenciado por sus observaciones. Es un círculo cerrado y no existe una «realidad externa».

Maturana y Varela no son los únicos que apuntan estas ideas. Ya en 1978 Paul Watzlawick, el gran divulgador de la cibernética de Bateson, invita a Hein von Foerster a participar, como ponente principal, en un congreso del MRI; Von Foerster sigue desde hace unos treinta años un camino paralelo a los terapeutas familiares, estudiando el conocimiento y desarrollando una ciencia basada en el observador a la que denomina «cibernética de segundo orden», cibernética de los sistemas observantes, o cibernética de la cibernética (Von Foerster, 1982). Es una cibernética de la autorreflexividad en la que el centro de interés es justamente el observador mismo, quien con sus prejuicios, teorías y sensibilidad construye y describe la «realidad» observada.

Inmediatamente después de esta pequeña revolución epistemológica, la idea de Bateson de que el mapa no es el territorio —en el sentido de que la realidad (el territorio) existe pero lo único que podemos conocer depende de nuestras premisas y de nuestros límites— es rebatida: ahora el mapa *es* el territorio, por cuanto no podemos conocer directamente el territorio sino sólo mapas, y esto constituye nuestra «realidad» (Von Foerster, 1982).

Una vez más es Watzlawick quien se hace cargo del primer libro que recoge las nuevas tendencias teóricas, *La realidad inventada* (Watzlawick, 1984), donde aparecen también las ideas del constructivista radical Ernst von Glasersfeld (1984). Cibernética de segundo orden y constructivismo se convierten en sinónimos para los terapeutas de la familia, que acogen con gran interés todas las novedades que plantean estas corrientes,

sobre todo después de que Tomm organiza en Calgary la conferencia «Philosophers meet clinicians» (1983), en que los «clínicos» Boscolo y Cecchin, en el punto álgido de su popularidad internacional, se reúnen con los «filósofos» Maturana, Von Foerster, Cronen y Pearce. La linealidad del modelo del MRI es sustituida por una menos consoladora *complejidad* (Bocchi y Ceruti, 1985) que acaba con la ilusión de poder actuar sobre las familias como si fueran máquinas homeostáticas. La terapia familiar (especialmente en sus variantes sistémicas) es entonces el arte de lo posible, y el terapeuta tiene la tarea de secundar y favorecer la evolución espontánea e imprevisible de los «sistemas observados». Al mismo tiempo, los teóricos se inspiran en las más variadas fuentes, y así las teorías del cambio terapéutico recogen influencias de la termodinámica de Prigogine (Elkaim, 1993), de las teorías del caos (Gleick, 1987), de los fractales o de la teoría de las catástrofes de Thom.

El radicalismo constructivista, sin embargo, no convence a todos. Minuchin (1991) critica la negación de la diagnosis y las técnicas, mientras que las feministas (Jones, 1993) no aceptan el relativismo. El modelo, de hecho, presenta tendencias aristocráticas y elitistas, en virtud de su propia complejidad, y responde en cierto modo al desinterés social y político que domina en la década. Además, tiende a subrayar solamente los aspectos intelectuales y cognitivos de la terapia, relegando los aspectos emotivos a un segundo plano, a pesar de la aceptación del *emotioning* (Mendez y otros, 1988). Se perfila así una profunda escisión entre teorías sistémicas, teorías estratégicas y estructurales, teorías analíticas e intergeneracionales, teorías comportamentales. En esta década, la terapia familiar carece ya de un principio teórico unificador.

Modelos

Son los años en que la terapia tecnológica, aun estando presente en todo el panorama internacional, comienza a ser eclipsada, en el debate y en la literatura, por las terapias centradas en las personas y en los sistemas de significado. Las terapias sistémicas adquieren su propia especificidad respecto de las terapias estratégicas, y, bajo la guía del grupo de Milán, serán conocidas como terapias «milanesas», o más tarde como «posmilanesas».

No obstante, terapeutas familiares de otras tendencias siguen trabajando en esta década. Se trata en muchos casos de terapeutas ingleses que continúan con la característica línea pragmática anglosajona. Muchos de ellos trabajan en la Tavistock Clinic: Bentovim y Kinston (1991) formalizan su propia terapia familiar focalizada mientras John Byng-Hall afina su teoría de los «scripts familiares» (*family scripts*). Paradójicamente, en esta fase las terapias psicoanalíticas más innovadoras no pertenecen

a las corrientes principales de la terapia familiar, sino que derivan del trabajo de analistas que poco saben (o quieren saber) de estas corrientes: es el caso de las terapias psicoanalíticas francesas, nacidas directamente de las terapias de grupo de Bion, y de las terapias familiares de las relaciones objetales, creadas por David y Jill Scharff.

Las clásicas escuelas de terapia intergeneracional no muestran evoluciones dignas de mención. La idea intergeneracional es ya un patrimonio común de toda la terapia familiar. Una vez pasado el impacto inicial, las escuelas intergeneracionales se centran en la necesidad de conciliar sus ideas más ortodoxas con las de otras escuelas, sobre todo las escuelas estructurales y sistémicas: el trabajo desarrollado por el grupo de Andolfi, pero también por escuelas cercanas como la de Gaspere Vella y Camillo Lorio.

La evolución de las terapias sistémicas y estratégicas es compleja. Bajo la dirección de Carlos Sluzki, el MRI se limita a gestionar su inquebrantable prestigio. Las novedades en terapia estratégica, de todas formas, provienen sobre todo: 1) del trabajo de Cloé Madanes, la cual, en el Family Therapy Institute de Washington, liberado de la presencia de Jay Haley, desarrolla creativamente las ideas de su ex marido; 2) del trabajo de un grupo de alumnos de Milton Erickson que tratan de introducir en la terapia familiar las partes de la obra del maestro excluidas en las reelaboraciones estratégicas existentes.

Estos años son quizá los menos favorables a las terapias familiares experienciales, por los menos en su forma histórica. Satir está, desde hace poco tiempo, alejada de la terapia familiar, y a su muerte, en 1988, es recordada como una de sus fundadoras más antiguas (Simon, 1992); Whitaker es aún uno de los más respetados pioneros, pero no participa en los grandes debates del periodo. Aun cuando el modelo experiencial parece estar en declive, la evolución de las terapias sistémicas parece incluso abrir el camino a otros modos de hacer terapia en los que se aprecian ciertas influencias de las antiguas terapias experienciales, como será evidente en la década posterior.

Las terapias comportamentales prosiguen su evolución por separado, siempre distantes del tronco principal de la terapia familiar, pero obteniendo más seguidores, especialmente en los ambientes académicos. Gusta de estas terapias la capacidad para ofrecer confirmación experimental de sus propios éxitos, considerables sobre todo en el caso del adiestramiento comportamental de los padres para resolver los problemas (de conducta y de tipo escolar) con sus hijos (Gordon y Davidson, 1981), y de la terapia comportamental de la pareja (Holtzworth-Munroe y Jacobson, 1991). La otra faceta de la terapia familiar comportamental es la psiquiátrica, que presenta cambios notables a la hora de introducir métodos de trabajo completamente nuevos con las familias.

En la psiquiatría de estos años surge una fuerte reacción a la terapia familiar tal como ha sido concebida hasta entonces. Algunos autores (véase Terkelsen, 1983) empiezan a criticar las terapias familiares existentes: los familiares de los enfermos se sienten frecuentemente rechazados y acusados por las instituciones y los especialistas de ser

nada más que obstáculos al tratamiento. Esta necesidad de reafirmarse y de obtener una mayor consideración es una de las primeras causas de la interrupción o abandono de las terapias familiares.

En la relación entre la psiquiatría y las familias de los pacientes se crea así un vacío inaceptable. Nace un «nuevo» modo (que contiene bastante del antiguo, pero que aparece como novedoso) de enfrentar el trabajo con las familias de los pacientes psiquiátricos: la psicoeducación. El trabajo psicoeducativo con las familias es un intento de enfrentar simultáneamente el fracaso de las formas de tratamiento exclusivamente farmacológicas y la pesada carga que supone la enfermedad para las familias, si bien se considera a la enfermedad como algo ajeno a las relaciones familiares.

Un último fenómeno, pero de gran importancia, es la aparición de la perspectiva feminista en terapia. No sólo se crea una escuela de terapia familiar feminista, sino que, aún más importante, todas las escuelas históricas se suman a su causa. Defender un *statu quo* masculino o ignorar los problemas ligados a la identidad sexual (lo que se conocerá como *gender*) será, a partir de entonces, imposible.

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapias psicoanalíticas

La terapia familiar psicoanalítica francesa

Lacan, nombre tutelar de todo el psicoanálisis francés, dedicó a la familia un importante escrito de 1938, publicado en la *Encyclopédie française* (véase Roudinesco, 1993), pero eso no facilitó el desarrollo de la terapia familiar en Francia y en los países francófonos, que, con la excepción de Bélgica, permanecen durante décadas ajenos a las influencias de las teorías sistémicas.

Según Eiguer (1983), es a finales de la década de 1970 cuando un grupo de analistas franceses asume el discurso familiar, manteniéndose fieles a la metapsicología freudiana y al mismo tiempo rechazando el activismo terapéutico. Lemaire (1979) sostiene en cambio que la perspectiva familiar en la práctica psicoanalítica en general, y en la francesa en particular, se abre camino a partir de la psicoterapia infantil. Esta nueva corriente de profesionales encuentra sus bases teóricas en el trabajo del grupo de Bion (1961) y en las reflexiones de Anzieu (1975) y Kaës (1976), quienes defienden que en los miembros de la familia existe un imaginario inconsciente, el cual responde a la misma concepción del grupo imaginario elaborada por Bion. Desde el punto de vista técnico, en cambio, la terapia familiar francesa se caracteriza por tres criterios fundamentales: la utilización de un *setting* estable y regular para las sesiones con las familias; la intervención verbal del terapeuta deriva, tanto en el estilo como en los contenidos, de la interpretación psicoanalítica; y la importancia concedida a la transferencia colectiva como expresión del proceso analítico grupal, sin descuidar el análisis de la contratransferencia. Desde el punto de vista teórico, esta terapia se basa en el concepto de *inconsciente organizador del psiquismo familiar*, reformulado por los trabajos de Spitz (1965): se trata de un proceso que integra de forma permanente las funciones psíquicas y las polariza en torno a un hecho significativo (por ejemplo, la respuesta a la sonrisa de un niño) mientras permite el desarrollo de nuevas funciones más evolucionadas. Kaës y Anzieu utilizan este concepto en el tratamiento con grupos.

Ruffiot (1979) aplica la misma idea a la situación de la familia. La concepción de la familia como grupo permite considerar al conjunto con su propia identidad, concepción que abre las puertas a una definición *sui generis* del sistema. La teorización de Ruffiot permite delimitar los tres elementos organizadores del psiquismo familiar:

1. La *elección del objeto* en el momento de formar la pareja. Es la clásica teorización de las proyecciones recíprocas que unen o crean intimidad. Las tres posibilidades

- que Ruffiot cita como paradigmas de la elección de objeto son: a) la elección narcisista, b) la elección anaclítica, y c) la elección edípica, en la que la pareja escoge sobre la base de fantasmaticaciones de las figuras paternas.
2. El yo *familiar*, que tiene la función de diferenciar lo que pertenece al ámbito de la familia frente a lo que no pertenece a la misma.
 3. La *interfantasmaticación* entiende a la familia como lugar de encuentro de las historias familiares de cada uno de sus miembros. La teorización respecto al tercer organizador tiene muchas similitudes con la concepción sistémica del mito familiar: una historia más o menos fantástica que hace que la familia se cohesione y permite dar sentido a sus orígenes y a su proyecto colectivo.

En un plano más pragmático y clínico, Ruffiot establece que las familias «funcionales» son aquellas en las que la elección del objeto es de carácter edípico y donde el mundo interior colectivo está presente como estructura triangular, al tiempo que se puede verificar la presencia de un sentimiento de pertenencia y de un ideal del yo familiar. Ruffiot define como «disfuncional» a la familia anaclítica y «disfuncional con sistema rígido» a la familia narcisista.

Lemaire (1979) centra su trabajo en un área intermedia entre el psicoanálisis y la teoría sistémica. El punto de partida es siempre la dimensión grupal; sin embargo Lemaire define al grupo cambiando los conceptos de Lewin y de los principales autores sistémicos, entre ellos Selvini Palazzoli. Esta actitud sitúa a Lemaire en la misma línea de otros psicoanalistas que se han interesado por el tema de los grupos, como Foulkes (1964).

Lemaire centra su interés en la elección del objeto, la historia personal y la dinámica de las proyecciones recíprocas. Lo que regula las expectativas recíprocas de la pareja es el *rol*, que representa la estructuración casi contractual de la vida de pareja. La definición del concepto de rol tiene que ver con los procesos intrapsíquicos de cada miembro de la pareja. Sin embargo, el uso contractual de un rol puede derivar en una compensación para uno o los dos miembros de la pareja, con el fin de liberarse de una conflictividad personal intrapsíquica mediante mecanismos proyectivos. ¿Cómo puede ser útil un tratamiento de pareja o de familia si el problema está pensado como un problema individual? La cuestión no es baladí, y de hecho el propio Lemaire se enfrenta a ella:

¿Existe una contradicción entre la definición individual y la definición sistémica de la psicopatología? [...] Ackerman imagina la enfermedad mental como el engranaje de la vulnerabilidad de los miembros de la familia que causa los problemas clínicos que les enfrentan entre sí. Pichon Rivière [...] como un intento de reelaboración del sufrimiento provocado por la angustia de base, [...] pero la pareja [...] es un ámbito donde el límite entre lo normal y lo patológico es particularmente variable, incierto, incluso arbitrario (Lemaire, 1979, pág. 445).

Lemaire resuelve el problema definiendo lo patológico en la pareja como el *comportamiento de negación de la ambivalencia*. Si existe un problema central en la terapia familiar francesa es quizá justamente la paradoja siguiente: la supremacía de la vida intrapsíquica no es sometida a discusión, lo cual hace más difícil la concepción misma de la terapia familiar. Al mismo tiempo, los terapeutas franceses son conscientes de los límites que tienen los métodos individuales en las situaciones claramente relacionales. La paradoja, finalmente, queda sin resolver. Esta contradicción no es ajena al sustancial alejamiento de los terapeutas familiares franceses.

La terapia familiar de las relaciones objetales

David Scharff y Jill Savege Scharff provienen de formaciones y países diferentes. David Scharff, estadounidense, estudia en la facultad de medicina de Yale y en Harvard, donde se especializa en psiquiatría infantil; las concepciones de la escuela inglesa le llevan a dedicarse a la aplicación de la teoría de las relaciones objetales al *setting* familiar. En 1970 se incorpora a la Tavistock Clinic de Londres, donde conoce a Anna Freud, John Bowlby y John Byng-Hall. Sus aportaciones a la teoría de las relaciones objetales son, sin embargo, poco conocidas en Estados Unidos, adonde finalmente regresa en 1973, dedicándose a la enseñanza de la terapia familiar en Washington, junto con Cloé Madanes y James Lieberman.

Jill Savege, escocesa, se especializa en Aberdeen, y su formación sigue, por un lado, el psicoanálisis individual y, por otro, la psiquiatría social, sobre la que profundiza en el Dingleton Hospital de Maxwell Jones. Justamente en Dingleton se concentra en la familia como núcleo del trabajo clínico. Posteriormente trabaja para el Royal Edinburgh Hospital, donde encuentra en la persona de Sutherland el posible puente entre la familia y la teoría psicoanalítica. Asume, incluso antes que David Scharff, la teoría de las relaciones objetales.

De los estudios de Fairbairn (1952) sobre las *díadas precoces* es de donde derivan las premisas teóricas de los Scharff y de su lenguaje. El modelo ofrece la posibilidad de trabajar en modo satisfactorio sobre las interacciones intrapsíquicas entre los miembros de la familia o de la pareja, utilizando el análisis de la transferencia y la interpretación acerca de la modalidad de relación de la *díada precoz* de cada uno de los miembros de la pareja. Los instrumentos básicos son los conceptos de Klein de la identificación introyectiva y proyectiva, aunque en los que se refiere al rol de la díada primaria, los Scharff asumen una posición intermedia entre Fairbairn y Klein:

A diferencia de Klein, no creemos que las identificaciones proyectivas e introyectivas deriven solamente del niño: vemos en cambio que se trata de un proceso que tiene lugar entre los padres, entre la madre y el hijo, entre los padres y el hijo, los hermanos e incluso entre el grupo familiar y el terapeuta (Scharff y Scharff, 1987).

Así, en vez de limitarse a usar las ideas de las relaciones objetales en el trabajo con el individuo, los Scharff buscan observarlo directamente en el juego familiar. El concepto de Balint y Balint (1968) del *basic fault* es una contribución a la observación del juego familiar: si, como sostiene Balint, la reacción individual al «daño básico» puede ser un adherirse a los objetos o un inventar los objetos, los miembros de una familia pueden mantener relaciones de dependencia entre ellos, en vez de arriesgarse a relacionarse como pares, o bien pueden fantasmaticar los objetos y las modalidades de relacionarse dentro de la familia. Es necesario, por tanto, desarrollar una técnica para facilitar el cambio en la familia. Es aquí donde resultan útiles las ideas clínicas de Winnicott. A partir de la teorización de este autor, los Scharff introducen modificaciones en una serie de conceptos que serán básicos para su trabajo clínico. En primer lugar, la idea de «relación centrada» (*centered relating*): «Creemos que la madre y el hijo se relacionan intencionalmente sobre los límites de su propio yo corporal mientras cada uno de ellos trata de comunicar con el centro de su propio cuerpo y de su propio yo, marcando recíprocamente la identidad del otro» (Scharff y Scharff, 1987).

Este concepto es retomado tanto para definir el comportamiento del terapeuta en relación con la familia como para evaluar las relaciones dentro de las familias o parejas.

Otro concepto de Winnicott que resulta útil para los Scharff es el «*holding* contextual» (*contextual holding*), que se refiere a la capacidad, por parte de la madre y del padre, de responder a las exigencias del niño. El terapeuta familiar, sostienen los Scharff, debe poder garantizar el *holding* centrado y el contextual: este último está mediatizado por su capacidad para «manejar la disposición» de los clientes,[3] para demostrar competencia en la entrevista clínica, transmitir atención y cuidado por la salud de la familia. A continuación el terapeuta pasa a ejercer un *holding* centrado para poder atraer a la familia: esa operación le pondrá en el rol de *caregiver* atento, participativo y comprensivo respecto a los contenidos expresados por la familia. Se trata de observar si la relación exige una tarea evolutiva, por ejemplo, una mayor individuación o un *holding* recíproco, o bien si la vida relacional se basa en la réplica de situaciones objetales ya vividas en el aprendizaje de la compensación de objetos perjudiciales.

Resulta también interesante la posición teórica acerca de la restitución a las familias: en vez de sacar a la luz mitos y secretos familiares, como habitualmente hace la terapia familiar, los Scharff sugieren que se mantenga la reserva respecto al contenido, interpretando la resistencia.

Los terapeutas están habituados a descubrir secretos familiares, la revelación de los cuales es muy importante para salir de las situaciones de terapia; sin embargo, no siempre tiene efectos mágicos. A nosotros nos gusta en cambio la idea de Guntrip de mantener el secreto [...] y aprender de él lo que sucede a raíz de la terrible ansiedad por no caer en el vacío. Análogamente, la familia puede preservar una parte secreta de sí misma que le aterroriza revelar. La familia tiene miedo porque si esa parte saliera a la luz anularía a la familia

misma. Hasta que ese miedo no haya sido interpretado, el secreto puede seguir oculto (Scharff y Scharff, 1987).

Considerando que la praxis de los Scharff retoma casi completamente la estructura conceptual y operativa de la terapia analítica individual, resulta muy interesante el proceso de transformación de la transferencia individual en la transferencia de contextualización. Generalmente la familia habla a través de uno de sus miembros, cada uno de los cuales toma la palabra por turnos durante la sesión. Cuando esto sucede, la transferencia del miembro designado para comunicar al terapeuta un contenido o un afecto puede llamar la atención del terapeuta apartándole de la imparcialidad (Stierlin, 1975a): esto sucede normalmente en toda sesión con familias o parejas. Cuando se pone en marcha este proceso, se debe afrontar el hecho de que toda la familia, entendida como entidad única, comunica partes de sí misma mediante la transferencia del miembro que conduce la sesión en estos momentos. La contratransferencia del terapeuta se transforma de este modo en una *vía directriz* para la comprensión de las modalidades y de la interacción de las partes de la familia.

En resumen, el trabajo de los Scharff consiste en trasladar conceptos y técnicas ampliamente utilizados en terapia individual a la terapia familiar. La renuncia a considerar la totalidad y los fenómenos holísticos (sistémicos) de la familia hace que la teoría sea limitada, aun cuando puede ser considerada como un puente importante entre la terapia familiar *externa* prevaleciente hasta 1980 y la más atenta a la interioridad de la década posterior.

TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS

Terapias estratégicas

Cloé Madanes

Primogénita de una rica familia argentina de origen judío, Cloé Madanes se enfrenta desde su infancia a una serie de acontecimientos imprevisibles y a veces dramáticos.^[4] Muy ligada a su familia de origen, posteriormente recordará a su padre, a quien veneraba, con el estilo lúdico y teatral que trataba de introducir en las paradojas terapéuticas de Jay Haley.

Mi padre siempre estaba jugando. Recuerdo que cuando yo era adolescente, si le hacía algún reproche mientras cenábamos, él tomaba un cuchillo, me lo daba y, apuntando el filo hacia él, decía: «Clávamelo, me hará menos daño que tus palabras». No quedaba más remedio que reírme de mi enfado, que me parecía tan absurdo como su drama (Madhanes, en Simon, 1992, pág. 125).

Después de licenciarse en psicología en Argentina el año 1965, Madanes sigue durante algún tiempo los seminarios del MRI, donde se interesa por la terapia familiar. En esos momentos, sin embargo, su atención está dirigida exclusivamente al psicoanálisis, como buena argentina, y descarta con cierta molestia la simplicidad de Palo Alto. En 1969 colabora con Minuchin y Haley en la Philadelphia Child Guidance Clinic. Madanes ha conocido a Haley en los tiempos del MRI, pero le ha evitado deliberadamente: aún ligada al modelo psicoanalítico, ha leído con indignación el famoso artículo «The art of psychoanalysis» y por ello rechaza cada contacto con el autor. Esta vez el encuentro tiene un resultado diferente: Madanes y Haley no sólo comienzan a colaborar, sino que contraen matrimonio. En 1975 Haley deja Filadelfia, junto a Madanes, para partir a Washington y fundar el Family Therapy Institute. Durante muchos años trabajarán juntos y se identificarán con la terapia estratégica.

Cuando inauguramos el instituto, yo hacía de secretaria, de recepcionista y de contable. Jay se ocupaba de los recados y del vídeo. Nos turnábamos para hacer la supervisión directa. Y siempre me aseguraba de que todos los alumnos tuvieran a Jay como supervisor. No quería que ninguno se sintiera bloqueado por mí (Madhanes, en Simon, 1992, pág. 126).

No será Haley quien escriba *Strategic Family Therapy* (1981), obra capital, sino Madanes; el libro impulsa su carrera hasta el punto de que se convierte en la (ya no sólo nominal) codirectora del instituto. Con *Behind the One-Way Mirror* (1984) consolida su reputación como terapeuta y docente.

Inicialmente, las ideas de Madanes (1981) parecen una atinada reformulación de las ideas de Haley. Los síntomas son vistos como el resultado de «jerarquías

incongruentes», es decir, como intentos, por parte de los hijos, de cambiar a sus padres, con claras referencias no sólo a Haley, sino también a las ideas jerárquicas de Minuchin. Se aprecia la influencia psicoanalítica en su consideración de los síntomas no tanto como partes del proceso familiar, sino más bien como *metáforas* de los problemas de la familia, una idea que recuerda además a las teorías del grupo de Milán. Al igual que Minuchin y Haley, Madanes ve como tarea esencial de un teórico de la familia la conexión entre un determinado patrón estructural y los problemas clínicos observados, a diferencia de los teóricos del MRI, que evitan distinguir normalidad y patología, y adoptan una aproximación más flexible.

Más que a sus teorías, Madanes debe su fama a su estilo terapéutico, caracterizado por una actividad extrema, con innumerables intervenciones, muy creativas y ofrecidas en un tono ligero, de comedia, una combinación de elementos dramáticos, expresivos y lúdicos. A veces son intervenciones en el límite de lo cómico, pero su candidez es tal que son aceptadas por los clientes.

Durante muchos años, Madanes se dedica fundamentalmente a la didáctica, limitándose a la supervisión directa, sin intervenir personalmente en las terapias. Su estilo de supervisión es extremadamente directivo, pero no a la manera intelectual de Haley. Madanes, como Minuchin, es más directa, sigue sus propias pautas. Regresa a sala de terapia en 1985, con el desarrollo de un programa por estadios (*12-step*, sobre el modelo de los grupos de ayuda mutua), utilizado en los casos de violencia doméstica (Madhanes, 1991).

En el periodo en el que Madanes es codirectora del instituto, entra en polémica con los defensores de la psiquiatría biológica. Por un lado, los tratamientos estratégicos, como los sistémicos, reciben duras críticas por parte de la psiquiatra Carol Anderson, líder del grupo que inventó el término «psicoeducación». Según Anderson, la terapia familiar despierta en las familias de los esquizofrénicos (y en los esquizofrénicos mismos) infundadas esperanzas de sanar, que no acarrearán más que desilusiones. Por otro lado, el ataque llega de una fuente inesperada: los familiares de los esquizofrénicos, reunidos por primera vez en una asociación, la National Alliance for the Mentally Ill.

Algunos terapeutas familiares tienden a dejar aislados a los dos directores del instituto en su precaria posición frente a la psicosis (ambos intentan negar los posibles efectos positivos de los fármacos antipsicóticos). Haley y Madanes serán no obstante respetados, pero por quienes les asocian al terreno de la terapia estratégica, que no contempla —o casi no lo hace— la intervención sobre la psicosis, ni el contacto con la psiquiatría en general.

Terapia ericksoniana[5]

Los terapeutas familiares conocen a Erickson sobre todo a través de la versión que proporcionó Jay Haley (1973, 1985), quien exalta deliberadamente la utilidad de sus fundamentos en sus ideas estratégicas. Así como el Bateson del MRI no es exactamente igual al Bateson original, el Erickson de Haley no contiene todo sobre Erickson. Subsisten algunos aspectos fundamentales, tales como emplear el lenguaje del cliente, tener una idea precisa de hacia dónde conducirlo, usar prescripciones comportamentales, no dar importancia a la introspección y al *insight*. Por otra parte, elude todo lo derivado del trabajo con la hipnosis por parte del clínico de Phoenix.

En los años siguientes a la muerte de Erickson, algunos de sus alumnos, guiados por el neoyorquino Jeffrey Zeig, empiezan a construir un modelo de terapia familiar «ericksoniana», que conserva muchas características estratégicas, pero amplía mucho las posibilidades y las modalidades de intervención. El método seguido por los neoericksonianos tiene diferentes puntos de contacto con las anteriores terapias estratégicas: pone el acento en las capacidades y talentos naturales, generalmente inconscientes, de los clientes y procura encuadrar el cambio de tal manera que se minimice la resistencia y reduzca la eventual dependencia del terapeuta. Las técnicas se orientan a remover el problema presentado, incentivando el *insight* y expandiendo la capacidad de adaptación creativa a la necesidad evolutiva, permitiendo a las familias atribuirse los méritos de los cambios alcanzados en la terapia.

Desconfiando de todas las grandes construcciones abstractas, Erickson sostenía que la terapia tradicional, en cuanto a la teoría, pone a los clientes en el proverbial lecho de Procrustes, tratando de adaptar el cliente a la teoría en vez de al contrario. Le gustaba provocar a sus alumnos, diciendo que no tenía ninguna teoría de la personalidad humana (Lankton y Lankton, 1983).

Aunque es cierto que los terapeutas ericksonianos usan un repertorio técnico amplio, aunque no infinito, éste es bien reconocible para un observador externo (Lankton, 1985). Respecto a otros terapeutas estratégicos, los ericksonianos parecen menos deseosos de construir una teoría global de la psicopatología familiar. En compensación, su repertorio técnico es enorme: un gran número de prescripciones, ordalías terapéuticas, metáforas, anécdotas y reformulaciones, además de inducciones hipnóticas y sugerencias indirectas (Lankton y otros, 1991).

Tabla 5.1. Conceptos principales de la teoría ericksoniana

-
1. Los terapeutas ericksonianos tienden a ignorar la teoría estructural de la familia y de la psicopatología y, más en general, saben que están ignorando la idea misma de la psicopatología para concentrarse en la singularidad.
 2. Es difícil encontrar patrones de intervención comunes a todos los que se definen como «terapeutas ericksonianos»: como el legado escrito y oral de Erickson es una colección de casos clínicos, cada seguidor se puede concentrar en alguna de las numerosas técnicas usadas por el maestro.
 3. Los ericksonianos tratan de recuperar lo que consideran la verdadera lección del maestro, el

reconocimiento de la unicidad de cada individuo; de este modo las intervenciones, modificadas para adaptarlas a cada persona, refuerzan el vínculo terapéutico en la unicidad más que en la similitud.

4. Han desarrollado la más amplia teoría y praxis de la conexión (joining) con los clientes, a partir de la técnica o metatécnica ericksoniana que se denomina utilización, o bien mediante el uso de lo que trae el cliente para construir a su medida la metáfora, los discursos y las intervenciones terapéuticas.
 5. Se atribuye gran importancia a la empatía, aunque no se trata de una empatía genérica o que actúa a través de la pasividad. En algunas familias, se puede transmitir una justa empatía a través de una escucha reflexiva y activa, una consideración positiva y la revelación del yo por parte del terapeuta.
 6. La empatía y la construcción de una relación de confianza con los terapeutas no son considerados aspectos alternativos, sino sinérgicos respecto a las intervenciones paradójales. Los terapeutas ericksonianos usan la prescripción paradójal con casi todas las familias, aun cuando no estén presentes síntomas evidentes.
-

Absolutamente específico de los terapeutas ericksonianos es el uso de la inducción hipnótica en la terapia familiar, anticipado por el maestro ya en 1945 (Haley, 1973). La hipnosis es considerada por los ericksonianos como un modo conveniente de estimular el pensamiento, las emociones y la búsqueda de recursos dentro de la sesión. Existen oportunidades variadas de introducir la hipnosis en la terapia familiar, una de las cuales consiste simplemente en observar e incentivar los estados alterados de conciencia que los miembros de la familia pueden experimentar autónomamente, en respuesta a una comunicación o una sugestión ambigua.

Los ericksonianos de estos años se ven obligados (dada la creciente atención a los aspectos éticos de la terapia) a ser menos desenvueltos que Erickson. El terapeuta usa la hipnosis sólo después de haber confirmado que la familia es estable, funcional y orientada a entrar naturalmente en trance, considerando el trance como una condición que se alcanza autónomamente, sin tener en cuenta en modo alguno la intención de los terapeutas.

Tabla 3.2. Principales prescripciones de los terapeutas ericksonianos

-
- *Prescripciones de construcción de una capacidad:* están reservadas sobre todo a aquellos clientes particularmente disminuidos (por ejemplo, los diagnosticados como «psicóticos» o «borderline»), para ayudarles a desarrollar una serie de capacidades.
 - *Prescripciones paradójales:* prevén que se siga haciendo algo que es quizá considerado el síntoma o parte del problema, pero haciéndolo con una connotación positiva referida a la interacción que subyace tras ese comportamiento.
 - *Prescripciones de función ambigua:* útiles tanto para recabar informaciones a las que de otra forma no se podría acceder como también para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia de ser implicados en la terapia.
-

También las prescripciones, tan características de Erickson como de las terapias estratégicas, son generalmente pensadas de manera análoga al trance: para inducir en los clientes una confusión creativa, de la que pueden surgir nuevas visiones del mundo y nuevas relaciones, apelando a la «mente inconsciente», a la que Erickson atribuía gran

importancia. Esto vale sobre todo para las llamadas «prescripciones de función ambigua».

Los miembros de la familia que siguen una prescripción ambigua no están en condiciones de aplicar la usual jerarquía de poder para resolver la ambigüedad. En realidad, nadie sabe cuál es el objetivo de la prescripción. Cuando se hallan en el proceso de las prescripciones, los clientes, a un cierto nivel, reexaminan y reflexionan sobre las experiencias que han acudido a su mente durante el trance. Así, la prescripción se convierte en un modo de ayudar a los clientes a utilizar lo que han aprendido en la sesión para aplicarlo en casa (Lankton y otros, 1991, págs. 273-274).

Es justamente a partir de estas prescripciones que surge la peculiaridad de los ericksonianos entre los terapeutas estratégicos. En la sesión siguiente a la prescripción, los terapeutas preguntan a los clientes los motivos por los que se ha hecho la petición. A través de tal proceso se busca que los clientes alcancen niveles progresivamente más profundos de interpretación respecto a lo que han respondido durante la prescripción. También para los ericksonianos, como para todos los otros terapeutas estratégicos, resulta indiferente trabajar con individuos, parejas o familias. No obstante, en el caso de las familias se presta una particular atención a la especificidad de los individuos. Existe, además, otro género de terapia derivada del trabajo de Erickson que asume una cierta importancia en estos años. Se trata de la programación neurolingüística (véase Bandler y Grinder, 1976). Fascinante desde el punto de vista metodológico, esta terapia indudablemente «tecnológica» ha sido adoptada por muchos terapeutas próximos al modelo sistémico.

Terapias estructurales

En 1980 Salvador Minuchin renuncia a su cargo de director de formación en el Philadelphia Institute. Después del abandono de este último cargo oficial, su carrera toma un nuevo curso. Aunque continúa con la actividad de formación en su propio centro privado en Nueva York, junto a su mujer Patricia, Minuchin busca nuevos intereses más allá de la terapia familiar, sobre todo estudiando familias «normales». El libro *Calidoscopio familiar* (Minuchin, 1986) testimonia este interés, como también la actividad con el drama que pondrá en práctica en el transcurso de varios años sabáticos.

El relativo declive de su modelo no es extraño a este nuevo tipo de interés. Aunque es una de las más importantes, la terapia estructural pierde la batalla en un seminario organizado por el Kensington Consultation Centre, donde se enfrentan Minuchin y Boscolo y Cecchin. Minuchin lucha de forma heroica, pero ve sucumbir su modelo pragmático e intervencionista ante el modelo más discreto e intelectual de los dos italianos, exactamente como le había sucedido a Virginia Satir con respecto al mismo

Minuchin diez años antes.

Es así como Minuchin se convierte en un reputado maestro, empeñado en enfrentar problemas de largo aliento como la marginalidad de la profesión (tema particularmente querido por un psiquiatra que durante toda su vida había tratado de poner en contacto la terapia familiar con las instituciones y también con la política). Quizá la mejor síntesis del pensamiento de Minuchin en estos años se encuentra en este breve extracto de su discurso para la Conference on the Evolution of Psychotherapy de 1985:

El objetivo de la terapia es la expansión del repertorio de respuestas de los miembros de la familia frente a la complejidad de la vida. Dentro de este marco, las posibilidades son muchas y variadas, tantas como las voces que se dirigen a mí. Éste es ahora mi modo de hacer terapia. Es cierto que las voces que oigo no me dicen que todo es igual o que el escepticismo es bello. Las necesidades de cada una de las situaciones y las posibilidades y las limitaciones de un terapeuta actúan todavía como una selección. Quizás es como el contexto armónico de una melodía: dentro de un contexto surge un tema, es retomado por otras voces y puede aparecer como contrapunto o como repetición. En cuanto a la posibilidad de estar abiertos, lo mejor de nosotros aprende siempre de lo mejor de los demás (Minuchin, 1987, pág. 14).

Terapias sistémicas

En el año 1980, el grupo de Milán estaba ya dividido. Los motivos son varios: algunos prácticos, relativos a la decisión, por parte de Boscolo y Cecchin, de comenzar con la formación en terapia familiar; otros más bien caracteriales, inevitables en un equipo de fuerte personalidad; pero los más esenciales son los motivos de tipo teórico. Usando una distinción común a este periodo, Selvini Palazzoli y Prata se ocupan sobre todo del *sistema observado*, mientras que Boscolo y Cecchin se centran en el *sistema observante*. Como consecuencia, las primeras crean un modelo de génesis familiar de las psicopatologías, y los segundos un modo de hacer terapia independiente de cada tipología.

Mara Selvini Palazzoli

El interés de Mara Selvini Palazzoli se centra ahora en el pasado de la familia, en los patrones transmitidos de generación en generación que crean síntomas fuertes y congruentes con la situación familiar. A diferencia de Bowen o Framo, Selvini Palazzoli no privilegia la emancipación del individuo: trata no tanto de «salvar» al portador del problema, sino de corregir la complejidad de la situación relacional, de tal manera que la totalidad del sistema encuentre una coherencia que ya no necesite de los síntomas. Insatisfechas con el enfoque paradójico, poco interesadas en la pura técnica terapéutica, Selvini Palazzoli y Prata atienden, en 1979, a la que bautizarían como «la familia Marsi», en la que parece imposible evitar la intrusión de las tres hijas en los problemas de los

padres. Para hacerlo, invitan a la cuarta sesión solamente a estos últimos y les ofrecen una inédita prescripción:

Observen que todo lo que se ha dicho en la sesión queda en secreto. Si sus hijas les hacen preguntas, respondan que la terapeuta ha prescrito que todo debe quedar en secreto entre ustedes y yo. Durante un par de veces más al menos, antes de que acudan a la próxima sesión, desaparezcan de casa antes de la cena, sin avisar, dejando solamente una nota escrita con las siguientes palabras: «Cenamos fuera». Vayan a lugares donde crean que nadie les conoce. Cuando regresen y sus hijas les pregunten donde han estado, respondan sonrientes: «Eso es algo que sólo nos compete a nosotros dos». Por último, en una hoja que deben mantener bien escondida, cada uno de ustedes, por separado, debe anotar las reacciones de sus hijas ante su «extraño» comportamiento. En la próxima sesión, que será nuevamente sólo para ustedes dos, nos leerán lo que hayan anotado (Selvini Palazzoli y otros, 1988, pág. 17-18).

Rápidamente, esta prescripción se transforma en la «prescripción invariable», catalogada como un poderoso medio no sólo para tratar a las familias, sino también para entenderlas. La prescripción, de hecho, proporciona también una constante contra la que cada miembro de la familia reacciona de forma levemente diferente. Esto permite a las terapeutas prestar atención a cada individuo y evaluar su contribución a lo que empieza a ser definido como «juego familiar».

Después de una primera presentación de la prescripción invariable en el Congreso Internacional de Terapia Familiar de Lyon, en 1980, Selvini Palazzoli y Prata describen el nuevo método a la tribuna de colegas del Congreso Internacional de Psicoterapia de la Esquizofrenia de Heidelberg, en 1981 (Selvini Palazzoli y Prata, 1983). Poco después, sin embargo, Selvini Palazzoli, insatisfecha con los resultados de la investigación, divide el grupo y constituye un nuevo equipo con tres psicólogos: su hijo Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino.

Junto a ellos surge un nuevo concepto dentro de la teoría de juegos: es el *embrollo* familiar (Selvini Palazzoli y otros, 1988, pág. 70). El embrollo sería lo que los padres perpetúan en relación con sus hijos, primero implicándoles en su lucha simétrica, y luego descalificándoles en los intentos de resolverlo, cuando se ponen de parte del progenitor que parece más débil. Cuando se da cuenta de que uno de los padres, que ha establecido una alianza, sigue teniendo un vínculo muy fuerte con el otro, el hijo, en vez de abandonar el campo, reacciona de manera más disfuncional. Con ello nace un modelo en seis estadios de la génesis familiar de la psicosis. Selvini Palazzoli lo presenta ante un amplio auditorio cuando, en 1983, la AAMFT le concede el premio a la investigación en terapia familiar (Selvini Palazzoli, 1986).

Las críticas fueron muy severas. Gurman, en esa época director del *Journal of Marital and Family Therapy*, publicó mi intervención e invitó a Carol Anderson a comentarla. El título ya expresaba crítica: «Un viaje demasiado breve desde la connotación positiva a la connotación negativa».[6] Ahora pienso que tenía razón. Para estar a la altura de tal empresa *el terapeuta debe enfrentarse a su propia y decisiva transformación*. Y no se trata de una cosa que pueda suceder rápidamente (Selvini Palazzoli, en Doherty, 1999, pág. 19).

Tabla 5.3. Los seis estadios del juego psicótico en la familia[7]

-
1. Crisis en la pareja de cónyuges.
 2. Involucramiento del hijo en el juego de la pareja.
 3. Comportamiento inusitado (sintomático) del hijo.
 4. Cambio de posición del padre considerado como aliado.
 5. Explosión de la psicosis.
 6. Estrategias basadas en el síntoma.
-

Esta preocupación ética por el sufrimiento será la característica fundamental del trabajo de Selvini Palazzoli en la década posterior. Por el momento, sin embargo, su grupo se centra en los seis estadios del juego psicótico, definitivamente formalizados en 1988 en el libro *Los juegos psicóticos en la familia* (Selvini Palazzoli y otros, 1988). La polémica con Carol Anderson, sin embargo, es retomada por diferentes investigadores estadounidenses. Aun cuando Selvini se reafirma en sus convicciones, el clima de la época no le favorece y Anderson resulta vencedora. A partir de entonces, la influencia de Mara Selvini Palazzoli en la terapia familiar mundial comienza a decaer.

Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin

En 1977 Boscolo y Cecchin comienzan a impartir su curso de tres años de formación en terapia familiar (Boscolo y Cecchin, 1982). Cuando el grupo se divide, siguen impartiendo el programa en el viejo centro, que han heredado y rebautizado como el Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Al mismo tiempo trabajan con el grupo de Helm Stierlin en Heidelberg, con la Charles Burns Clinic de Birmingham, con el Ackerman Institute de Nueva York y con la Universidad de Calgary en Canadá.

No siendo formadores de profesión, Boscolo y Cecchin sencillamente muestran, a través de un espejo unidireccional, las terapias que siguen practicando en el centro. Los alumnos, en vez de hacer preguntas sobre la *familia*, como sucedía en el antiguo equipo de los cuatro de Milán, hacen preguntas *sobre el terapeuta*, sobre qué está haciendo, sobre el cómo y el por qué. En este aspecto, Boscolo y Cecchin crean diferentes niveles de observación, que serán característicos del modelo formativo.

Una de las primeras modalidades usadas [...] ha sido la subdivisión del grupo de alumnos en dos subgrupos con tareas diferentes: grupo terapéutico y grupo de observación. [...] El grupo terapéutico trabaja como un equipo normal y asiste al terapeuta activo (un docente) en la terapia; el grupo de observación, en cambio, tiene la función de observar la interacción entre terapeuta, familia y grupo terapéutico. Al final de la sesión, la discusión ritual tiene lugar en dos tiempos: primero el terapeuta y el grupo terapéutico discuten entre ellos sobre la terapia y las hipótesis que surgen, mientras el grupo de observación se reúne en otra sala para una discusión separada. Inmediatamente después, se realiza la restitución a la familia y se abre una discusión unificada entre los dos grupos (Boscolo y otros, 1995, pág. 758).

Para Boscolo y Cecchin (y para sus alumnos) la figura del terapeuta asume de esta forma una posición preeminente. Este conjunto de hechos concretos es el que crea un terreno favorable al encuentro (teórico) con las nuevas perspectivas cibernéticas, y, a su vez, esto facilita el encuentro (biográfico) con Maturana y Von Foerster. En abril de 1983 Karl Tomm organiza en Calgary la conferencia «Philosophers meet clinicians», con la participación de Maturana, Von Foerster, Boscolo y Cecchin, además de Vernon Cronen y Barnett Pearce. La cibernética de segundo orden y el constructivismo se convierten rápidamente en un punto de referencia teórico para Boscolo y Cecchin: comienza, para la terapia sistémica, una era constructivista que durará hasta el final de la década.

Bajo la influencia del constructivismo, el modelo de Boscolo y Cecchin evoluciona hacia la complejidad (Boscolo y Bertrando, 1996). Boscolo y Cecchin dejan de creer que un *síntoma* de cualquier género sea invariablemente correspondiente a una cierta configuración familiar y sólo a ésta (colocándose de esta forma en el extremo opuesto de Selvini Palazzoli). Una teoría de la complejidad debe tener en cuenta las inevitables singularidades de cada situación humana; y está influida por tal número de variables que resulta imposible pensar en reducirla a las pocas variables observadas con los instrumentos terapéuticos. De esta forma, la terapia se convierte en una creación común, entre terapeutas y clientes, de «historias» alternativas y atribuciones de nuevos significados a la realidad compartida. Sin embargo, esto no significa que no existan pautas que guíen al terapeuta sobre las hipótesis posibles: ahora lo que se considera ya no son los patrones de interacción observables, sino las premisas epistemológicas, los significados, los sistemas emotivos y las historias de los clientes. Sobre todo, el punto central del interés terapéutico son las *premisas* de los miembros del sistema (incluyendo a los terapeutas).

Cuando se habla de las premisas de la familia, es igualmente importante pensar en las premisas del terapeuta, porque cada terapeuta tiene sus premisas. El estructuralista parte de la premisa de que existe una familia normal en la cual son bastante claros los límites entre los miembros de la familia (Boscolo, en Boscolo y otros, 1985, pág. 278).

Además de esta atención a los espacios sistémicos, los terapeutas de Milán (sobre todo Boscolo) desarrollan también un notable interés por el tema del tiempo. Las oscilaciones de los sistemas en el tiempo y del mismo sistema terapéutico se convierten en un importante punto de observación. El terapeuta mantiene la conexión con los clientes y la observación de sí mismo. Esta atención al tiempo será muy importante algunos años más tarde.

Bajo el impacto de tantas novedades, cambia también el modo de conducir la terapia. Boscolo y Cecchin continúan, como en el equipo original, empleando la sesión estructurada en cinco partes y las hipótesis y preguntas circulares. Pero la necesidad de la

intervención final es cuestionada, desde el momento en que la entrevista sistémica es considerada suficiente para modificar el sistema de convicciones de la familia. Las mismas preguntas circulares cambian, coherentemente con la epistemología. Adquieren importancia, más que las preguntas triádicas, las hipotéticas y las basadas en el futuro, mientras que es cada vez más frecuente solicitar a los clientes que describan no hechos, sino opiniones, explicaciones sobre su comportamiento y el de los otros (Boscolo y otros, 1985).

También el principio de neutralidad del terapeuta se ve sometido a crítica. En palabras de Cecchin: «Si tienes una epistemología circular deberías ser indiferente al hecho de que exista o no un cambio. La gente acude a ti porque es tu trabajo, y trabajas con estos métodos. Todo lo que sucede es imprevisible y podría suceder que no hubiera ningún cambio» (Cecchin, en Boscolo y otros, 1985, pág. 279).

Es justamente Cecchin (1987), en un artículo titulado «Hypotesing circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity», quien reformula la neutralidad, ya no como ausencia de toma de posición, sino como estado de «curiosidad». Esta reformulación es una experiencia liberadora para los terapeutas constructivistas, un modo de mantenerse siempre abiertos a la novedad, sin dejarse seducir por el principio de verdad.

Aunque el trabajo de Boscolo y Cecchin será, con los años, cada vez más personal, el equipo queda como un punto central de su práctica y de su didáctica. El diálogo dentro del equipo pone en relación los variados puntos de vista, y la resultante (colectiva) termina siendo la batesoniana «pauta que conecta». El modelo de Milán, como acaba siendo definido con el trabajo de Boscolo y Cecchin en estos años, adquiere un particular estatus epistemológico. Desde el momento en que rechaza toda posibilidad de categorización de los clientes en tipologías, se transforma en una terapia que conlleva una teoría general (la teoría sistémica batesoniana, enriquecida con las contribuciones constructivistas) y una teoría de la técnica (hipotetización, circularidad, neutralidad/curiosidad), pero que carece de una *teoría clínica* (es decir, de una teoría etiológica de las patologías). Esto es consecuente con los fundamentos del modelo: si no existe una idea normativa de la normalidad, no puede existir la de patología, y por lo tanto, es imposible contar con una teoría clínica. Esta vía normativa hace difícil la convivencia entre la terapia sistémica y los sistemas sanitarios y sociales, que requieren diagnósticos y normas. Será tarea de los seguidores del modelo adaptarlo a esas situaciones.

Los terapeutas «posMilán»

Boscolo y Cecchin son los representantes de una tradición esencialmente oral, en la

que las ideas se transmiten a través del diálogo y son infinitamente revisadas y reformuladas a la luz del intercambio con el interlocutor. No sorprende entonces que en estos años, a diferencia de Selvini Palazzoli, no escriban mucho. Para escribir el libro que sintetiza sus posiciones será necesaria la ayuda de Lynn Hoffman y Peggy Penn, que logran literalmente obligarles a elaborar un texto propio, *Terapia familiar sistémica de Milán* (Boscolo y otros, 1987), donde transmiten sus nuevas ideas por medio de una serie de diálogos comentados por los cuatro clínicos. La difusión del «modelo de Milán» se debe sobre todo a Boscolo y Cecchin y a los numerosos artículos que sus discípulos más o menos cercanos escriben con su colaboración. En 1985, por ejemplo, David Campbell y Ros Draper, del Kensington Consultation Centre de Londres, publican *Application of Systemic Family Therapy: The Milan Approach* (Campbell y Draper, 1985).

Muchos terapeutas con una praxis consolidada empiezan a usar las ideas milanesas: la adquisición de conceptos y métodos, sin embargo, será diferente en Italia y en el resto del mundo. En Italia, un grupo de antiguos alumnos boloñeses aplica con entusiasmo las ideas milanesas al contexto de los viejos hospitales psiquiátricos (Castellucci y otros, 1985; Fruggeri y otros, 1995) mientras la reflexión teórica sobre la teoría sistémica es cada vez más amplia, gracias al trabajo de Laura Fruggeri, Valeria Ugazio, Maurizio Viaro y Marco Bianciardi.

En otros países (sobre todo Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania y Noruega), algunos grupos de terapeutas construyen nuevos modelos que toman algunas características del modelo de Milán.

Los más entusiastas defensores del modelo de Milán son sin lugar a dudas los terapeutas del Brief Therapy Project del Ackerman Institute de Nueva York, entre ellos Lynn Hoffman (1981), que lo sitúa en su dimensión histórica y Peggy Penn (1982, 1985), que elabora algunos artículos sobre las preguntas circulares. En el mismo periodo, Bradford Keeney trata de construir un modelo de terapia íntegramente autorreflexivo, que debe mucho a los conceptos y prácticas milanesas (Keeney, 1982).

Además de elaborar nuevas preguntas circulares y su clasificación (Tomm, 1984a, 1984b, 1985), Karl Tomm introduce, junto a las tres líneas clásicas de conducción de la sesión, una cuarta línea, la «estrategización» (*strategizing*). Analiza además cómo influyen las convicciones el comportamiento y la modalidad de estructuración de diversos niveles de significado (Cronen, Pearce y Tomm, 1985; Cronen y Pearce, 1985), contribuyendo a un modelo que tomará el nombre de «gestión coordinada de los significados» (*coordinated management of meaning*; Cronen y Pearce, 1985).

Tom Andersen (1984) es uno de los participantes más asiduos a los congresos y seminarios que organizan Boscolo y Cecchin. Una vez que comprendió que había tomado del modelo todo lo que era posible asumir, se dedicó a un trabajo clínico

innovador: su grupo trabaja sin hipótesis, y la discusión de equipo se desarrolla en presencia de la familia, que puede observar al equipo mientras «reflexiona» (*reflecting team*) sobre la reciente conversación mantenida en la sesión (Andersen, 1987).

El último desarrollo del modelo milanés viene de la mano de Harry Goolishian, ya en Galveston con el grupo de MacGregor. Si el terapeuta desplaza el punto focal de la terapia del conjunto de las interacciones observables a las premisas que las personas tiene respecto a un problema, es lógico que se llegue a lo que Anderson y Goolishian (Anderson y otros, 1986) definen como «sistemas determinados por el problema»:

Si adoptamos el concepto de sistema determinado por el problema como descripción para el objetivo del tratamiento, de ello se sigue la necesidad de abandonar conceptos como terapia individual, terapia de pareja, terapia de la familia o terapia de los sistemas más amplios. La definición del problema define el contexto y, por lo tanto, los límites del sistema a tratar (Anderson y otros, 1986, pág. 7).

Poco después, en 1988, Anderson y Goolishian sostendrán que los problemas no son entidades concretas sino lingüísticas, y que existen sólo dentro de un cierto sistema de significados. Un problema creado por medio del lenguaje desaparece cuando surgen significados y descripciones alternativas. En esta época, el trabajo de los discípulos de Milán ha introducido (nos acercamos al final de la década) una serie de modificaciones relevantes, tanto para la teoría como para la praxis milanese. Harry Goolishian organiza en Texas un congreso en el que los dos maestros se convierten en observadores, mientras que los antiguos discípulos muestran sus nuevas perspectivas. A partir de entonces, todos los terapeutas que hemos citados son agrupados con el nombre de «posMilán». De ellos nacerán muchas de las corrientes terapéuticas destinadas a obtener un gran éxito en la siguiente década.

Juan Luis Linares y la terapia familiar en España[8]

La Escuela de Barcelona de terapia familiar nace en la década de 1980, en torno a un centro de terapia familiar ubicado en la unidad de psicoterapia del servicio de psiquiatría del Hospital de San Pablo, conectado a la Universidad Autónoma de Barcelona. En sus fundadores, Juan Luis Linares y Carmen Campo, confluyen diversas influencias sistémicas, que arrancan de las visitas realizadas a Barcelona por figuras como Minuchin, Sluzki y Colapinto a finales de la década de 1970 o de las estancias de Juan Luis Linares en Palo Alto, Milán y Roma a principios de la década de 1980.

Existe, pues, un contexto claramente definido por la clínica psiquiátrica y por la enseñanza universitaria de posgrado en el sector público, y unos contenidos que parten de los fundamentos estructurales y comunicacionales de la terapia familiar sistémica. El modelo propio que se ha ido configurando integra estos ingredientes en una sensibilidad social y crítica, que ha facilitado la incorporación de elementos narrativos enlazando con

el espíritu de las grandes reformas psiquiátricas de inicios de los setenta.

La Escuela de Barcelona hace hincapié en la investigación de los más graves trastornos mentales (depresiones, psicosis, trastornos límite, etc.), en la convicción de que la exploración de sus bases relacionales es la manera de asegurar su deconstrucción como mecanismo clasificatorio de la conducta desviada. Desde esta perspectiva, no existe discontinuidad entre manifestaciones clínicas y personalidad, que no es sino la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre el pasado y el presente.

¿Y qué es la experiencia relacional sino una ecuación compleja en la que los principales elementos son el amor y sus muchas posibles interferencias? La parentalidad y la conyugalidad son las dos grandes coordenadas relacionales que encuadran y definen la experiencia de amor y desamor decisiva para la configuración de la personalidad individual. Y, por supuesto, en un proceso enmarcado, a nivel supra e infraestructural, por la cultura y la biología. Para la Escuela de Barcelona, el funcionamiento psíquico del individuo se produce en términos narrativos, estando inspiradas las narraciones por esa experiencia de amor y desamor cuyo resultado es la nutrición relacional. Algunas narraciones, aquellas en las que el sujeto se reconoce a sí mismo y apenas acepta transacciones, constituyen la identidad, que es el núcleo duro de la personalidad individual.

Pero el individuo está en relación dialéctica con sistemas, como la familia o las comunidades sociales, dotados de una organización y de una mitología. Y si en la primera son relevantes conceptos como cohesión, adaptabilidad y jerarquía, en la segunda destacan valores y creencias, rituales y clima emocional. Todo ello constituye el entramado social donde brotan las relaciones de amor, pero también su principal fuente de interferencia: las relaciones de poder. Y es ahí donde la Escuela de Barcelona sitúa el origen del maltrato, físico y psíquico, y, consecuentemente, las bases relacionales de la psicopatología.

La intervención terapéutica se produce, indistinta o simultáneamente, sobre la organización y la mitología familiares (o de otros sistemas relacionales), con el ánimo de generar nuevas historias donde el amor fluya, libre de las interferencias del poder. Los cambios ideicos, emocionales y conductuales que comporta la superación de los síntomas en el individuo, se corresponderán con modificaciones jerárquicas, adaptativas y cohesivas, así como con nuevos valores, clima emocional y rituales en la familia. Y los terapeutas cuentan, a tal efecto, con una amplia gama de recursos cognitivos, emocionales y pragmáticos, expresados y estructurados tanto por la palabra como por el cuerpo.

Actualmente, la Escuela de Barcelona desarrolla sus actividades formativas inscrita en los más amplios contextos español, europeo y latinoamericano. En España está

plenamente acreditada por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (1.500 miembros individuales y 30 centros de formación), mantiene estrechos vínculos con la Escuela Vasco-Navarra de terapia familiar y tiene centros asociados en Málaga, Valencia, Tarragona, Girona y Palma de Mallorca. En Europa es miembro de la Cámara de Centros de Formación de la European Family Therapy Association, sociedad de la cual Juan Luis Linares es el actual presidente (2001-2004). Y en América Latina lidera un proyecto de Red Latinoamericana de Terapia Familiar (RELATE) con centros en México, Argentina, Perú, Colombia, Costa Rica y Chile.

TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES

Intervenciones psicoeducativas

La idea de que la terapia tenga estrecha relación con la educación (en ambos casos se trata de una forma de aprendizaje) no es una idea extraña a la cultura psiquiátrica anglosajona. El tratamiento «moral» introducido por Tuke en los primeros años del siglo XIX es un antiguo ejemplo (Zilboorg y Henry, 1941). Es análogo el caso de los grupos con tendencia religiosa fundados en los primeros años del siglo XX por el reverendo Elwood Worcester en Boston.

En 1905 se formó una clase en la que Worcester iniciaba cada encuentro con plegarias y consejos espirituales [...]. Al año siguiente, Worcester y su colaborador, el reverendo Samuel McComb, instituyeron unos encuentros para «personas con problemas nerviosos y mentales». Se invitaba a los médicos a hablar sobre temas como la preocupación, la ira, la sugestión, etc., pero uno de los objetivos principales de los encuentros de grupo era tratar a los afligidos a través de la religión, la oración y la fe en Dios (Reisman, 1991, pág. 72).

El término *psychoeducation* aparece por primera vez alrededor del año 1930, cuando se empiezan a denominar «psychoeducational clinic» las clínicas afiliadas a la universidad y dirigidas por psicólogos, que intervienen como consultores y pedagogos para problemas conductuales (Reisman, 1991). Pero la definición cae en el vacío y deberá pasar otro medio siglo antes de que reaparezca, esta vez en un contexto totalmente diferente: no identifica ahora a una actividad psicológica sino psiquiátrica, y más exactamente a una nueva forma de trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos.

Los tratamientos psicoeducativos nacen —como ya había sucedido con la terapia familiar anteriormente— de una serie de grupos distintos, que operan de forma diferente, aunque sí se encuentran unidos por algunos fundamentos comunes. Son todos investigadores psiquiátricos, y ninguno de ellos se adhiere a alguna de las corrientes principales de la terapia familiar. Algunos, inclusive, manifiestan un genuino desacuerdo con ésta; es justamente este distanciamiento frente a la terapia familiar lo que hace que la práctica de la psicoeducación tenga su propia especificidad. Por ejemplo, a propósito de esto, destacan las ideas de Carol Anderson y sus colaboradores:

Clinicamente, era evidente que las aproximaciones tradicionales a las familias de los pacientes esquizofrénicos son, en el mejor de los casos, ineficaces, y en el peor injustas. [...] La experiencia nos enseñaba que las aproximaciones no estructurales al tratamiento, las contrapositivas o las que incentivan la expresión de sentimientos y la alta carga emotiva entre los miembros de la familia, eran problemáticas. Las sesiones demasiado intensas de terapia familiar generalmente provocaban el incremento de los síntomas del paciente y de la ansiedad familiar. A medida que comenzamos a tomar conciencia del rol vital de las necesidades y del estrés familiar en la evaluación y tratamiento de los pacientes, empezamos también a preguntarnos si buena parte de la «verdadera» terapia familiar no era, de hecho, antiterapéutica. Empezamos a experimentar con *otros* formadores, más educativos para usarlos en la fase de tratamiento sucesiva a la

hospitalización (Anderson y otros, 1986, pág. 2).

Son tres los principales centros de investigación sobre la psicoeducación (que inicialmente recibe el nombre, más neutral, de «intervención psicosocial sobre las familias de los pacientes esquizofrénicos»): Londres, donde diez años de investigación han convencido a Julian Leff y a sus colaboradores de que es posible (y útil) trabajar con familias para disminuir la emotividad expresa; Los Ángeles, donde por una parte Robert Liberman piensa que es suficiente una modificación del comportamiento para resolver la mayor parte de los problemas de las familias, y por otra Michael Goldstein y su grupo introducen en el modelo dosis progresivas de complejidad; y Pittsburg, donde Carol Anderson y Gerry Hogarty parten, en cambio, de la necesidad de mejorar los resultados de la terapia farmacológica, cuyos resultados «milagrosos» comienzan a parecer insuficientes. Desde sus comienzos, los métodos psicoeducativos pueden ser divididos en diferentes categorías: una psicoeducación comportamental, que sigue totalmente los dictámenes de la terapia familiar comportamental, y que, por muchos motivos, se cruza con ésta; una psicoeducación ecléctica, porque mezcla intervenciones de diferentes proveniencias, sin cuidar demasiado la pureza metodológica; la psicoeducación propiamente dicha, que busca crear su propio método, sin deberle nada a las escuelas terapéuticas; y, por último, una psicoeducación que busca dialogar con las terapias familiares ya constituidas.

Psicoeducación comportamental: Liberman y Falloon

Entre los más entusiastas defensores del nuevo estilo de tratamiento figuran Robert Liberman y Ian Fallón, que dan a la nascente psicoeducación una impronta comportamental que la marcará profundamente. Ambos comparten la idea de que la enfermedad mental es sobre todo una forma de déficit, y que, por lo tanto, es posible enseñar a los pacientes y a sus familias a manejar ese déficit y a convivir con él, por medio de un cuidadoso entrenamiento.

Lo que Liberman plantea es un método de rehabilitación comportamental destinado a encontrar gran fortuna, sobre todo por la maniobrabilidad y aparente sencillez, que hacen que sea considerado como uno de los mejores medios aplicables para los operadores psiquiátricos no titulados. Liberman sostiene que la sintomatología, en un individuo biológicamente vulnerable, es el resultado de un desequilibrio entre los eventos estresantes y la capacidad de resolver los problemas a través de estrategias comportamentales adecuadas. Gran parte del estrés ambiental, en particular el debido a la incapacidad de la familia para afrontar la situación, puede conducir a la sintomatología. El objetivo de la intervención es mejorar las estrategias interaccionales usadas por los pacientes y por los familiares. En esta línea, el trabajo del terapeuta (o mejor dicho, del

rehabilitador) es extremadamente didáctico y táctico. Poco después de 1980, Falloon conoce a Liberman en Los Ángeles, donde el método es perfeccionado con una estrecha adherencia al modelo *problem-solving*. La combinación de entrenamiento en habilidades sociales y *problem-solving* se convierte en el estilo característico del modelo. El uso de estrategias de *problem-solving* ofrece, según Falloon, diferentes ventajas (véase Falloon y otros, 1984): los problemas del individuo pueden ser compartidos con los otros familiares, la apertura de nuevos canales de comunicación puede ser sostenida constantemente; en definitiva, la intervención puede privilegiar la reducción de las tensiones a través del apoyo emotivo recíproco.

En su versión definitiva, la intervención comportamental de Falloon tiene una duración media de dos años; está muy estructurada y articulada en tres fases: dos son las fases preliminares de evaluación, mientras la última contiene el verdadero tratamiento familiar. En la fase de «análisis comportamental individual» el terapeuta, por medio de una entrevista con los miembros de la familia, trata de establecer una posible alianza terapéutica, de evaluar el grado de funcionamiento, los déficit o las capacidades de cada individuo. En la fase de «análisis comportamental de grupo» se examina la familia en el ámbito doméstico, buscando observar las modalidades de comunicación de los mensajes emotivos y cognitivos, y las capacidades de enfrentar y resolver las dificultades cotidianas. Los tres primeros encuentros del tratamiento familiar están dedicados a la información y a la educación del paciente y la familia en relación con la esquizofrenia: se tratan diferentes aspectos, como el diagnóstico, la etiología, el tratamiento y el desarrollo de la enfermedad; la familia es fuertemente implicada en la discusión. Los encuentros sucesivos tienen un carácter más terapéutico, con una frecuencia de quince días; en el primer año las sesiones se llevan a cabo en el domicilio.

El terapeuta asume un rol directivo y ampliamente didáctico: instruye a la familia, sugiere posibles soluciones, ayuda a preparar las estrategias. Luego el terapeuta redefine su propio rol como «consultor externo».

Psicoeducación ecléctica: Leff, Berkowitz y Kuipers[9]

A partir de 1978, Julian Leff abandona su estudio «natural» de la emotividad expresa, y constituye, en la unidad de psiquiatría social del Medical Research Council, un grupo de trabajo compuesto por psiquiatras y psicólogos, muchos de los cuales se han formado en terapia familiar en la Tavistock Clinic. Entre ellos, Karen Snyder, Liz Kuipers y Ruth Berkowitz.

También el grupo de Leff comienza instituyendo una investigación. Se centran sobre todo en los procedimientos de selección de las familias que participarán en la intervención: el grupo busca desarrollar una intervención que atraiga al mayor número

posible de familias a la terapia. Con este objetivo, sacrifica su coherencia teórica, adoptando una modalidad reconocida como «eclectica» en la que conviven técnicas «prestadas» de otras orientaciones.

El método de Leff se basa en dos aspectos básicos derivados de sus investigaciones: es importante reducir la crítica y el involucramiento; pero también se pueden obtener resultados con la reducción del contacto directo entre el paciente y los otros familiares. El primer y más sencillo modo de contener la emotividad expresa, sin embargo, consiste en informar a las familias sobre la esquizofrenia. Con este fin, antes de la salida del paciente del hospital, se organizan cuatro encuentros breves informativos con los familiares, en los cuales cada familiar tiene la posibilidad de discutir acerca del material presentado. Inmediatamente después de la salida del paciente, un psicólogo y un psiquiatra se presentan en la casa seleccionada para una entrevista con toda la familia, de manera que puedan identificar los puntos de conflicto y discutir acerca de una posible reducción de los contactos recíprocos. Estas entrevistas se repiten varias veces.

El grupo de familiares, guiado por dos terapeutas, se reúne cada dos semanas durante una hora y media e involucra a miembros de diferentes familias, pero sin la participación de los pacientes. Entre los objetivos del grupo destacan: proporcionar apoyo concreto a los familiares y ofrecer un espacio apto para la expresión de los sentimientos, incentivando que se compartan los problemas y se busquen soluciones alternativas.

En los años siguientes, el grupo de Leff mantiene invariable su propio método, insistiendo en sus estudios sobre la eficiencia comparativa de ambas modalidades de tratamiento. El eclecticismo que le caracteriza hace que el método sea apreciado sobre todo por los clínicos que, no obstante, desconfían del rigor de Liberman y Falloon respecto a los elementos comportamentales, y prefieren confiar en su propio instinto clínico para programar los tratamientos familiares.

Psicoeducación pura: Anderson, Hogarty y Reiss[10]

En sentido estricto, la «psicoeducación» todavía no existe en la década de 1980: Leff habla de «intervención psicosocial», Falloon y Liberman de «intervenciones comportamentales» sobre las familias. En este periodo, sin embargo, el grupo de la Universidad de Pittsburgh (Gerard Hogarty, Carol Anderson y Douglas Reiss) elabora lo que por primera vez recibe el nombre de «tratamiento psicoeducativo familiar». El grupo de Pittsburgh se distingue por su rigor metodológico. Estos trabajos serán un modelo para todos los investigadores que trabajan sobre los tratamientos psicoeducativos en la esquizofrenia.

También en este caso el punto de partida es la elaboración de un modelo de intervención sobre la familia, el cual obtiene notables resultados experimentales ya desde

1984. En 1986, el grupo publica lo que Anderson considera el *cookbook*, el recetario de la psicoeducación, *Schizophrenia and the Family: A Guide to Psychoeducation and Management* (Anderson y otros, 1986).

Carol Anderson sitúa en la base del modelo dos «fuerzas» que interactúan negativamente retroalimentándose: vulnerabilidad individual (atribuida, como suele suceder, a la genética) del esquizofrénico e intensidad emotiva de la familia. En el proyecto terapéutico se señalan entonces dos objetivos operativos: reducción de la vulnerabilidad del sujeto enfermo a través de una intervención psicofarmacológica y disminución de la intensidad emotiva del ambiente microsocial, a través de un programa de apoyo a la familia que incluye momentos educativos e informativos.

El programa se articula en cuatro fases. En la primera los familiares se reúnen con un psiquiatra dos veces por semana durante la hospitalización del paciente: las sesiones excluyen al paciente y se focalizan sobre el efecto que ha tenido la enfermedad en los familiares. El psiquiatra será el punto de referencia constante entre la familia y el equipo que atiende al paciente, asegurándose de que cada exigencia o preocupación de los familiares sea tenida en cuenta por el equipo. Los familiares, por tanto, están constantemente informados sobre las decisiones que atañen a la terapia, factor muy importante para incentivar los recursos y las posibilidades de la familia de influir positivamente en la remisión de la enfermedad. La segunda fase consiste en un único seminario informativo plurifamiliar en el que tampoco participan los pacientes. En él, se proporciona información sobre la esquizofrenia: se subraya la importancia de que los familiares no centren sus vidas en torno a los pacientes, si bien también se destaca la necesidad de respetar las necesidades, ritmos y costumbres de cada uno, evitando la marginación o el aislamiento social.

La tercera fase consta de encuentros con cada una de las familias en los que sí participa el paciente. Las sesiones se realizan cada dos o tres semanas durante un periodo de seis a doce meses, y tienen el objetivo de mejorar la situación doméstica, reforzando los vínculos interpersonales e intergeneracionales y obteniendo una gradual asunción de responsabilidad de parte del paciente. Los padres son, en cambio, estimulados a constituirse como pareja separada de los hijos. Para la cuarta fase, por último, se programan dos intervenciones facultativas, cuya actuación depende de la capacidad del paciente y del grado de tolerancia de la familia. Esta puede demandar sesiones familiares alternas, o bien pasar a sesiones periódicas de «apoyo y mantenimiento», con una disminución gradual de la frecuencia de encuentros. La elección entre los dos programas es libre.

Psicoeducación terapéutica: Michael Goldstein y el grupo UCLA

Otros grupos están trabajando sobre conceptos análogos, como demuestra el hecho de que el origen del modelo no se halla sólo en estudios específicos sino en la evolución general del *Zeitgeist*. En Los Ángeles, Michael Goldstein ha elaborado ya un método de terapia familiar breve, para reducir la posibilidad de brotes psicóticos después de un inicio agudo de esquizofrenia y de la consecuente hospitalización de urgencia (Goldstein y otros, 1978). Las familias, sostiene Goldstein, se enfrentan a una situación difícil, tras la hospitalización del paciente, y necesitan ayuda para superarla. Los pacientes, cuando abandonan el hospital, son vulnerables sobre todo a las inevitables tensiones que provoca su regreso a casa. En esta situación, el potencial de conflicto es extremadamente alto.

La *crisis oriented family therapy* de Goldstein consiste en seis sesiones semanales, en el periodo en que el paciente regresa con la familia; en ellas participan el paciente, los familiares y un terapeuta. Como primer paso, el terapeuta trata, junto a la familia, algunos temas claves, como la vergüenza de la familia frente a la fase aguda de la enfermedad, o bien las excesivas expectativas de recuperación inmediata en plena funcionalidad, incentivando actitudes realistas, de apoyo discreto y activa empatía hacia el paciente. La atención se desplaza después a cuatro objetivos:

1. Identificar las situaciones potencialmente estresantes, escogiendo dos o tres agentes estresantes considerados como los más amenazantes.
2. Desarrollar estrategias para prevenir el estrés y estimular la capacidad de enfrentarlo.
3. Poner en acción, reevaluar y mejorar las estrategias para enfrentar las situaciones y los hechos estresantes.
4. «Planificación anticipada», en otras palabras, preparar al paciente a enfrentar hechos futuros, situaciones que aún no han sucedido, pero que fácilmente pueden darse en su largo camino de recuperación.

Después de 1980, Goldstein se dedica a los estudios sobre la emotividad expresa, a la que aporta contribuciones notables, junto a un nutrido grupo de investigadores que comprende a David Miklowitz, Jeri Doane, Jim y Lois Mintz, Angus Strachan y otros (véase Bertrando, 1997b, capítulo 7). En cuanto entra en contacto con Liberman, Goldstein pone en acción un programa de intervención social que absorbe diferentes elementos de la terapia del comportamiento, pero siempre con una inesperada atención acerca de lo que les compete a las terapias familiares más tradicionales:

No coincido [...] totalmente con Julian Leff y con Douglas Reiss sobre el hecho de que las terapias psicoeducativas estén necesariamente en conflicto con la teoría de la terapia familiar. [...] Es muy importante no perder de vista el sistema familiar en cuanto a la aplicación de la técnica, porque cada caso exige una solución determinada a los conflictos planteados (Goldstein, 1995, págs. 177-179).

Características comunes de las intervenciones psicoeducativas

La psicoeducación no se identifica nunca con un único modelo. Pero todas las intervenciones psicoeducativas comparten una serie de características fundamentales, que son las que enumera Angus Strachan (1986) en referencia a la esquizofrenia, la cual será durante toda esta década de la historia de la psicoeducación el centro de toda intervención:[11]

1. La familia es considerada en sí misma *normal*. Es el paciente esquizofrénico el portador de anormalidad, la cual se refleja en el resto de la familia causando un problema generalizado. Esta concepción, enunciada de forma muy explícita por McFarlane (1991), pone fin a treinta años de discusión sobre las familias patógenas, la anormalidad y el diagnóstico familiar: el único problema de la familia es la esquizofrenia, cuyo origen está adscrito (en general) a causas biológicas.
2. Se busca favorecer el desarrollo de *recursos sanos* de la familia sin desafiar jamás explícitamente sus convicciones.
3. Es esencial *informar* a la familia, conforme a la naturaleza, manifestaciones y posibles terapias de la esquizofrenia. La información es proporcionada de varias maneras, pero la idea es dar a conocer lo que la psiquiatría sabe (o cree saber) acerca de las patologías en neto contraste con gran parte de las terapias familiares. Se acepta la *cronicidad* de la enfermedad. La esquizofrenia no se cura, pero se puede mejorar su curso. El tratamiento familiar debe ser *integrado* con intervenciones individuales.
4. Las metodologías de intervención son *didácticas y explícitas*: se enseña a los familiares formas de resolver los problemas y se les incentiva a ponerlas en práctica. Las metodologías son lineales y *estandarizadas*, de manera que puedan ser transmitidas a los operadores a través de una formación simple de breve duración (quince a treinta días como promedio).
5. Antes de ser puestos en acción, los tratamientos son sometidos a una *verificación experimental*. La psicoeducación sería solamente una de las numerosas técnicas de intervención sobre la familia, si no fuera por los estudios controlados que permiten presentarla como la primera forma de intervención sobre la familia cuya eficacia ha sido demostrada siguiendo criterios de investigación empírica (para una revisión de tales investigaciones, véanse Lam, 1991; Goldstein y Miklowitz, 1995; Bertrando, 1997b, capítulo 6).

Se constata aquí la influencia de las ya citadas investigaciones sobre la emotividad expresa. Los primeros dos puntos (que la familia no es «patógena» y que, por lo tanto,

se requiere buscar sus recursos) derivan directamente del modelo psicosocial de esas investigaciones, que rechazan la idea misma de patología o patogenicidad de la familia. La importancia de la información, fundamental para la psicoeducación, está relacionada con la idea de que muchos comportamientos de alta emotividad expresa se desarrollan cuando las familias enfrentan una situación inexplicable: dar un nombre a la esquizofrenia y a sus síntomas es el primer paso para contener posibles explosiones emotivas.

En estas mismas características se encuentran también las razones que hacen de la psicoeducación una actividad muy apreciada por los psiquiatras. La idea de que la esquizofrenia es una enfermedad, casi ciertamente biológica, seguramente crónica, que la familia es en sí misma «sana» y «normal» y que debe ser ayudada a elaborar estrategias para convivir con la cronicidad, conviene a la psiquiatría desde muchos puntos de vista: responde a los requerimientos de los familiares, quienes generalmente someten a los psiquiatras a una gran presión; es coherente con la ideología psiquiátrica del momento, la psiquiatría biológica; no se agota en intentos, siempre arduos y a veces estériles, de cura. La forma didáctica y la estandarización de las intervenciones no sólo responden a la ideología del DSM, sino que además permiten ahorrar muchos recursos: una formación breve y sintética en lugar de los años que son necesarios para formar a los terapeutas.

No faltan, de todas formas, en el modelo general los puntos controvertidos (véase Bertrando, 1999b). En primer lugar, el punto de vista sobre las familias es por lo menos ambivalente. Como han sido consideradas «sanas», las familias «no saben bastante» de la esquizofrenia. Deben entonces ser instruidas, pero la visión didáctica de la intervención y la autoridad absoluta del terapeuta no son del gusto de las organizaciones de los familiares, que se sienten nuevamente culpabilizadas y sometidas. El «paciente» es visto como individuo separado y distinto de la «familia», la cual es considerada generalmente como el conjunto de miembros «sanos». Esta actitud comportará frecuentes resistencias, difíciles de superar para los mismos pacientes (véase Goldstein, 1995).

Desde el punto de vista experimental, si bien es cierto en estos años que la psicoeducación pone a prueba su eficacia, también es cierto que en esta década no se realizan verdaderos estudios comparativos que confronten el tratamiento psicoeducativo con otra forma de tratamiento familiar. Cuando, en los años siguientes, se lleven a cabo estudios comparativos, se descubrirán cosas bastante diferentes (véase Bertrando, 1997b).

Los defensores de la psicoeducación sostienen además que para ponerla en práctica es suficiente asistir a uno de los tantos cursos que, en poco tiempo y con poca inversión económica, dan el diploma de operadores expertos en intervenciones eficaces (sobre todo a enfermeras profesionales y asistentes sociales). No obstante, la eficiencia siempre ha estado asociada al modelo; de hecho los principales investigadores de los proyectos sobre psicoeducación son clínicos expertos, con grandes conocimientos en terapia familiar o,

por lo menos, con vasta experiencia clínica y terapéutica. Parece ilógico que, sobre la base de resultados obtenidos por personal tan selecto, se pueda generalizar sobre la eficiencia de una intervención psicoeducativa conducida por operadores inexpertos.

Serán, por el momento, leves grietas en el compacto bloque de los tratamientos psicoeducativos, pero producirán efectos, no menores, desde entonces hasta varios años más tarde. Por el momento, de todos modos, la psicoeducación triunfa en la psiquiatría (véanse Goldstein, 1981; Stierlin y otros, 1983; Goldstein y otros, 1986).

TERAPIAS FEMINISTAS

Las ideas feministas circulaban en la psicología estadounidense ya desde comienzos de siglo, pero la gran crisis de la década de 1930 había reducido la participación de las mujeres en la psicología aplicada (Russo, 1983). Sólo después de 1970 el debate sobre lo femenino entra violentamente en el campo de la psicoterapia:

A medida que el movimiento feminista tomaba forma, sucedía lo mismo con la psicología feminista, planteando críticas a la psicología y la psicoterapia freudiana, desafiando la idea psicoanalítica del desarrollo masculino como norma, la adaptación a los roles sexuales del matrimonio y la maternidad como objetivo de la terapia. Se rechazaba el determinismo biológico, mientras que se subrayaba la importancia de ir más allá de las aproximaciones intrapsíquicas y de los efectos del contexto social. Problemas hasta entonces ignorados, como el incesto y la violencia contra las mujeres, recibían una denominación específica y se desarrollaban nuevos modos de ocuparse de ellos, basados en el análisis feminista (Russo y O'Connell, 1992, pág. 513).

En 1973, la American Psychological Association constituye un comité denominado Women in Psychology, que a su vez da origen a un grupo de trabajo sobre los prejuicios y estereotipos sexuales en la práctica psicoterapéutica. En 1978 el grupo publica una serie de líneas guía para la terapia con las mujeres (Russo y O'Connell, 1992). El primer artículo que evalúa la terapia familiar desde una perspectiva feminista es de 1978, obra de Rachel Hare-Mustin, quien poco después publicaría un importante libro sobre mujeres y psicoterapia (Brodsky y Hare-Mustin, 1980).

El principal impulso para la crítica feminista vendrá sobre todo de su implicación en la terapia familiar. Sin embargo, es todavía más estructural que ideológica o teórica. Las terapeutas, casi el 70 % del total de profesionales, tienen poco poder tanto en las escuelas como en las organizaciones, salvo casos aislados como Selvini Palazzoli o Satir. Algunas mujeres que ocupaban puestos de cierto prestigio en el campo clínico empiezan a reflexionar sobre su propio rol institucional. Sólo después de esto el punto de discusión se ampliará a los fundamentos de la terapia familiar misma.

En 1979 Marianne Walters invita a tres colegas a un seminario en Filadelfia. El seminario se titulaba «Women as family therapist»; las colegas eran Bethy Carter, terapeuta de la línea de Bowen que dirigía el Family Therapy Institute de Westchester, y Olga Silverstein y Peggy Papp, ambas del Ackerman Institute, ocupadas en ese entonces en la aplicación del modelo sistémico de Milán. El centro de la discusión es la perspectiva social y política sobre la familia, una perspectiva que había quedado fuera de las versiones tecnológicas de la terapia familiar de la época.

A partir de estos primeros encuentros nace una organización, el Women's Project in Family Therapy, comandada por las cuatro terapeutas mencionadas, quienes sacan a la luz esta experiencia en el libro *The Invisible Web: Gender Patterns in Family Relationship*, (Walters y otros, 1988). El grupo crece: Deborah Luepnitz, Virginia

Goldner, la ya citada Hare-Mustin y Lynn Hoffman se unen al Women's Project.

En cuanto a su perfil teórico, las representantes feministas de terapia familiar recalcan las líneas maestras del movimiento. Judith Libow (1982) y Virginia Goldner (1985) concentran su crítica en el rol político y social de las mujeres: el matrimonio no es un escenario de interacciones y relaciones, como sostiene la ideología «patriarcal» de la terapia familiar, sino una verdadera institución política. Si la familia es vista como una máquina apolítica (Myers Avis, 1988), perfecta y cerrada en sí misma, se pierde de vista el contexto social y sobre todo se mistifican los valores implícitos transmitidos a través de la estructura familiar misma, que las feministas consideran fundamentalmente patriarcales y antifemeninas.

Tabla 5.4. Críticas principales de las feministas a la terapia familiar tradicional[12]

-
- Aislamiento de las teorías y las investigaciones contemporáneas concernientes a las mujeres.
 - Insuficiencia de las formulaciones sistémicas de las disfunciones familiares.
 - Considerar el género como categoría fundamental.
 - Tendencia a reprobar a las madres y a idealizar a los padres.
 - Tendencia a reforzar los roles y los valores tradicionales.
 - Desvalorización de las dimensiones políticas de la terapia familiar.
-

El rol sexista del contexto se evidencia no sólo en el plano de los roles sociales, sino también en el lenguaje, tanto en el ámbito privado como en el público. Lo que cuenta, según Lois Braverman (1988), es entender el impacto del sistema patriarcal sobre el sistema familiar y, por lo tanto, reconocer las limitaciones de las teorías psicológicas basadas en el modelo masculino.

La crítica feminista es más virulenta en el análisis de los textos producidos por sus colegas masculinos. En un estudio sobre las nueve revistas psicológicas de mayor tirada de Estados Unidos, incluida *Family Process* (Caplan y Hall-McCorquodale, 1985), se hace notar que dos tercios de los autores que han publicado artículos en los últimos tres años han atribuido explícita o implícitamente la responsabilidad de las patologías familiares y/o de los hijos de familias en terapia a las madres. Paralelamente se aprecia, según las autoras, una idealización del padre y su falta de responsabilidad como *a priori*.

La crítica de las feministas apunta también a las escuelas ya consolidadas. Luepnitz critica a Minuchin porque, ya desde sus primeros trabajos en la Wiltwyck, había aceptado una visión de la familia basada en una «división de roles» tradicional. El refuerzo de los roles tradicionales es siempre fuertemente cuestionado. Es el caso de Bowen, al que Harriett Goldhor Lerner (1987) considera responsable de una definición caricaturesca de los roles masculinos y femeninos, según el estereotipo reinante. Al mismo tiempo, Luepnitz ataca duramente a Cloé Madanes: «La idea de que el *insight* es de alguna forma relevante para el cambio es un mal servicio a las mujeres» (Luepnitz, en

Simon, 1992). Mara Selvini Palazzoli y Virginia Satir, las dos mujeres más influyentes de la época de los pioneros, son igualmente criticadas por haber olvidado la especificidad de lo femenino en la terapia.

Pero tampoco las posiciones más afines a Bateson de la escuela de Milán son recibidas con agrado. La circularidad aparece como un medio a través del cual operan los procesos de castigo de las víctimas y de legitimación del perseguidor; la neutralidad es mistificatoria porque hace invisibles los roles de poder dentro del contexto familiar y en el contexto terapeuta-cliente.

Gergen (1999) asocia la crítica feminista a la crítica marxista, considerando ambos casos crítica ideológica. Sin embargo, el tipo de crítica que predomina en el feminismo estadounidense es la crítica *lingüística*, y será ésta la que entre en el debate sobre la terapia familiar. Si los marxistas —aún dentro ciertos límites— usaban la crítica ideológica para promover un cambio pragmático (económico) de la sociedad, las feministas parecen más preocupadas por cambiar el lenguaje. Ganarán esta batalla con creces, hasta el punto de que después de 1990 en muchos ambientes será imposible usar el pronombre masculino como pronombre general, pero al precio de dejar de lado toda forma de crítica al orden económico, visto evidentemente como inviolable.

Tabla 5.5. Principales adquisiciones clínicas feministas en terapia familiar[13]

-
1. Desarrollar una actitud positiva hacia las mujeres, involucrarlas sea de modo verbal o no verbal.
 2. Desarrollar un análisis social en términos de una «evaluación de las restricciones sociales y culturales ligadas al sexo que condicionan interna y externamente el comportamiento femenino» (Russell, 1984).
 3. Dar poder (empowering) a las mujeres, apoyándolas, apreciándolas e incentivando su rol activo en el transcurso de las sesiones.
 4. Desplazar el equilibrio de poder entre hombres y mujeres en la familia, rechazando la aceptación del statu quo, hasta el punto de que tengan más peso las peticiones de las mujeres que las de los hombres.
-

Este género de crítica política no económica será importante para las minorías radicales de Estados Unidos en la década de 1990. En la psicoterapia la crítica feminista abrirá camino a la crítica de Foucault sobre las prácticas del poder, a la que se unirá de modo particular el giro narrativo y posmoderno, para dar lugar al ambiente donde surgirán importantes innovaciones para la terapia familiar.

TERAPIAS INTEGRATIVAS

Los primeros intentos de integración en psicoterapia son más antiguos que la propia terapia familiar. Ya hacia 1930 hubo quien propuso una integración de las dos teorías más populares del momento, es decir, el psicoanálisis y el enfoque comportamental, aunque con poco éxito (Reisman, 1991). En esta década, en cambio, las revistas están cada vez más especializadas y hacen referencia a una sola teoría, mientras que los profesionales que practican la psicoterapia se consideran en su mayoría eclécticos o integracionistas (Garfield y Kurz, 1976; Norcross y Prochaska, 1983, 1988).

Por supuesto, eclecticismo e integracionismo no son equivalentes. El eclecticismo se basa en un nivel de conexión más bajo, por así decirlo: se habla de eclecticismo cuando se busca crear un marco de referencia en el que puedan coexistir las técnicas provenientes de teorías diferentes. El ecléctico usa las técnicas sin atender al contexto de procedencia; el integracionista busca los factores comunes de los contextos y sobre la base de éstos utiliza sus aplicaciones. El integracionismo ha tenido variada suerte. En 1950 se publica el fundamental trabajo de Dollard y Miller (*Personalidad y psicoterapia*, 1950) que intenta traducir los conceptos psicoanalíticos a un lenguaje comportamental, buscando factores comunes entre ambos modelos. Algunos años más tarde, en el apartado psicoanalítico, Franz Alexander (1963) trabaja con interés sobre el tema del premio y el castigo en un marco psicoanalítico, mientras que Weitzman (1967) publica un trabajo sobre la desensibilización sistemática desde el punto de vista psicoanalítico y del conjunto cognitivo. Lentamente el interés por el integracionismo se extiende (en el ámbito académico, basta recordar a Bandura, quien conjuga elementos comportamentales y cognitivos en su teoría del aprendizaje social) y en esta década será ya un tema relevante. Arkowitz (1992) sostiene que hay dos factores significativos que pueden contribuir a explicar el progresivo interés por la perspectiva integracionista. El primero es la importancia que han asumido en esta década las evaluaciones de los resultados de las psicoterapias: la perspectiva integracionista responde a ello confrontando metodologías diferentes. El segundo punto alude al crecimiento casi exponencial de las escuelas y de las orientaciones psicoterapéuticas.

En terapia familiar su principio básico es la integración de elementos extraídos de las teorías psicoanalíticas (psicología del yo, teoría de las relaciones objetales) y conceptos de la terapia sistémica (incluyendo a los modelos estratégicos y estructurales). En Europa, terapeutas como Helm Stierlin y Luigi Cancrini producen trabajos de carácter eminentemente pragmático, resultado, además de por motivos teóricos, de la necesidad de mantener un diálogo con el sistema sanitario o académico que no tolerarían un dogmatismo de escuela.

En Estados Unidos surgen bastantes intentos de integrar los conceptos analíticos con

los conceptos estratégicos, en respuesta a los problemas de eficacia. El movimiento hacia la evaluación «científica» de las terapias, que adquiere máxima importancia justamente en estos años, desenmascara muchas leyendas sobre la eficacia clínica de los modelos y lleva a agudas revisiones, sobre todo en autores ligados al ambiente empírico, como Richard Schwartz y David Pinsof (véase Nichols y Schwartz, 1998), quienes, sin embargo, no definirán su modelo hasta el siguiente decenio.

Helm Stierlin

En el contexto alemán de estos años prevalecen las corrientes estructuralistas y sistémicas en todos los ámbitos de la psicoterapia, incluido el psicoanalítico. Stierlin, por su parte, orienta sus presupuestos clínicos hacia el enfoque sistémico; el estilo coloquial de la escuela de Milán se ajusta perfectamente a sus premisas. En esta época, Stierlin lleva a cabo la integración de la teoría psicoanalítica y la práctica sistémica.

En Alemania la terapia familiar vive en estos años un periodo de esplendor. En Heidelberg, Stierlin es la figura clave, y en 1991 organiza un congreso al que asisten dos mil participantes. El tema del congreso es significativo: «El fin de los cánones universales y el auge de la praxis sistémica». Por otra parte, en esta época sale a la luz el primer diccionario de terapia familiar, *Vocabulario de terapia familiar* (Simon y otros, 1985), dirigido justamente por Stierlin, junto a su alumno predilecto, Fritz Simon, y al gran Lyman Wynne.

Luigi Cancrini

El periodo de formación de Luigi Cancrini está fuertemente marcado por el psicoanálisis: después de su licenciatura en medicina y durante la especialización en psiquiatría, Cancrini realiza su análisis personal con Ignacio Matte Blanco. Inmediatamente después, alrededor de 1970, toma contacto con los movimientos políticos de Roma y se convierte en un pionero de la terapia familiar. Su formación psicoanalítica está orientada en cierta forma hacia una lógica circular (no olvidemos su trabajo con Matte Blanco, *The Unconscious as Infinite Sets*, 1975) y la práctica en los servicios públicos, además de su interés por la terapia familiar, lo que le hace muy sensible al tema de la integración de ambas teorías.

En un fragmento autobiográfico de *La psicoterapia: gramática y sintaxis* (1987), Cancrini sostiene que psicoanálisis y terapia sistémica pueden y deben ser considerados complementarios, porque el psicoanálisis tiene la necesidad de una práctica capaz de hacer más útiles (o más fácil de utilizar) los grandes descubrimientos que han contribuido al destino del hombre y al funcionamiento de la mente; y, por otra parte, porque la

terapia sistémica tiene una fuerte necesidad de nutrirse de temas suficientemente meditados (sobre la estructura de la psique, sobre las expectativas y las necesidades del hombre a través de las cuales también se expresa el sistema interpersonal), y de nutrir además el limitado debate teórico de esos años (Cancrini, 1987, pág. 15).

Sin embargo, este tipo de integración está destinado al fracaso, como demuestra la situación en Alemania. Cuando la DAF intentó organizar un congreso en el que estuvieran presentes las grandes figuras del mundo analítico y sistémico, ninguno de los invitados de ambas partes acudió. La misma suerte corrió el seminario sobre el tema de la indicación en psicoanálisis, promovido por el grupo romano de Cancrini en 1968, en el que participaron solamente Matte Blanco, Fagioli y Sassanelli. Indudablemente más fructífero fue el intento de dialogar entre modelos dentro de un sistema de pensamiento.

Considerando el concepto de *discurso* como central en su investigación, Cancrini (1987) intenta una definición de los denominadores comunes presentes en las diversas psicoterapias y aplica a esta teorización dos niveles de argumentación interconectados. Si pensamos la psicoterapia como un discurso, podemos definir la *sintaxis* como la estructura de fondo que une las varias formas de psicoterapia, una especie de denominador común sobre el que se alinean todas las intervenciones; consecuentemente, la especificidad de las diferentes escuelas teóricas y técnicas sería la *gramática* de la psicoterapia.

Cancrini sostiene que basándose en la sintaxis psicoterapéutica se puede construir una modalidad de intervención que sirva en cada situación y con cada terapeuta. Se analizan los casos de Freud, Matte Blanco, Erickson y Whitaker, y para cada uno de ellos se aplica la misma pauta de lectura que Cancrini prevé como esencial en la sintaxis psicoterapéutica.

Tabla 5.6. La estructura sintáctica de la construcción terapéutica según Cancrini

-
1. Todo estaba bien hasta un cierto punto (esta parte del discurso puede ser implícita o ser fuertemente subrayada):
 - 1.1. Cuando se verificó un hecho inesperado y potencialmente revolucionario para la persona en el que no se desarrollaron los efectos implícitos en él.
 - 1.2. Cuando se verificó un hecho traumático que habría requerido cambios en la persona involucrada.
 2. El síntoma es aparentemente incomprensible:
 - 2.1. Señala, recordándolo o negándolo simbólicamente, el hecho dramático.
 - 2.2. Es útil para la economía psicológica de la persona que lo manifiesta.
 - 2.3. Es útil para la economía emotiva de un sistema interpersonal.
 3. El terapeuta se solidariza, explícita o implícitamente, con la persona que se comporta de modo «no lógico», al tiempo que comprende las razones de todas las personas involucradas:

- 3.1. Ya que reconoce el significado positivo de esos comportamientos o de una parte de ellos (connotación positiva).
- 3.2. Ya que como terapeuta tiene la tarea de entender o compartir (connotación negativa).

4. Los caminos son, en cualquier caso, dos:

- 4.1. Respeto por las razones profundas.
 - 4.2. Asumir una nueva lógica o una nueva posición.
-

Sobre estas bases teóricas se articulan sus contribuciones, dirigidas a una pluralidad de situaciones: drogodependencia (Cancrini, 1982), enfermedades psicosomáticas (Onnis, 1988), familias multiproblemáticas (Malagoli Togliati y Rocchietta Tofani, 1987). Sobre todo, se mantiene la atención al contexto institucional y la tendencia a favorecer el trabajo en las sedes públicas. En este sentido, la integración de Cancrini se configura como un intento eminentemente pragmático de construir un modelo universal de trabajo familiar en los servicios públicos.

PROFESIÓN

La expansión de la terapia familiar, iniciada ya diez años antes, es ahora irrefrenable. En este periodo alcanza a Australia y Nueva Zelanda, que se preparan para convertirse en países guía en los años siguientes, a Sudamérica (especialmente Argentina, país del psicoanálisis y patria de Minuchin, Madanes y Sluzki) y también a Israel. Ya está presente no sólo en países que, aun estando fuera del ámbito de Estados Unidos y Europa, son a todos los efectos parte del mundo occidental, sino que asoma incluso en Japón, tierra donde muchos conceptos del psicoanálisis y la psicoterapia más ortodoxa no habían podido prosperar.

Paralelamente, crece el número de publicaciones. *Family Process* es la revista de mayor autoridad, bajo la dirección de Carlos Sluzki, nuevo director del MRI. El *Journal of Marital and Family Therapy* adquiere prestigio científico bajo la dirección de Alan Gurman. Al mismo tiempo, nace una serie de revistas, algunas ecuménicas como el *American Journal of Family Therapy*, el *Journal of Family Psychotherapy*, el *International Journal of Family Therapy*, mientras el *Journal of Strategic and Systemic Therapies* es leído sobre todo por los seguidores de las teorías del grupo de Milán, y *Family Systems* por los de Bowen. También fuera de Estados Unidos, se multiplican las revistas: en Gran Bretaña existe el *Journal of Family Therapy*, en Alemania el *Familiendynamick*, en Argentina *Terapia Familiar*, en Australia el *Australian Journal of Family Therapy* (que se transformará en el *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*). Italia, que se prepara para ser uno de los países más importantes del movimiento, a finales de la década cuenta ya, además de con la tradicional *Terapia Familiare*, con otras tres de importancia: *Ecologia della Mente*, dirigida por Luigi Cancrini, *Psicobiettivo*, dirigida por Luigi Onlis, y *Attraverso lo specchio*, dirigida por Camillo Loredi.

Pero probablemente la mayor novedad reside en el nacimiento de una revista completamente diferente y con tal calidad que enseguida obtiene un amplio elenco de lectores: el *Family Therapy Networker*, destinada a los profesionales que desean conocer los pormenores, vicisitudes y hechos destacados que se refieran a la terapia. Nació como un simple boletín para un limitado círculo de seguidores y se convirtió en 1980 en una revista, con gran cantidad de publicidad sobre libros, vídeos y cursos de formación, y con numerosos artículos de calidad.

También la tendencia al asociacionismo de los terapeutas familiares sale del marco estadounidense y se extiende por todo el mundo. Nacen la European Family Therapy Association (EFTA) y la International Family Therapy Association (IFTA), fundada en 1986 con objeto de ampliar su campo de acción a todos los países. La AAMFT se convirtió en una organización enorme que contaba con más de quince mil asociados a

finales de la década y que aún continúa creciendo, además de ostentar ya el poder absoluto en cuanto a la concesión de acreditaciones para los aspirantes a terapeutas.

La profesión terapéutica se halla escindida entre el sector público y el privado. En Estados Unidos el campo de actividad de los terapeutas de la familia se ha desplazado hacia el sector privado; en toda Europa, Gran Bretaña incluida, en cambio, la terapia familiar se limita en buena parte al contexto público. La profesión se desarrolla así siguiendo líneas diferentes a las estadounidenses: se enfrenta a los problemas fundamentales de la salud mental, como la esquizofrenia y las drogodependencias, y está inserta en proyectos terapéuticos integrales. Incluso puede influir en cierta medida en las políticas de asistencia psiquiátrica. El caso más notable es precisamente el italiano, donde la terapia familiar, poco después de 1970, se convirtió en sólo diez años en una auténtica fuerza social.

Las escuelas más importantes son las de Andolfi, Cancrini, Vella y Loredi, todas ellas en Roma, a las que hay que agregar la creciente escuela milanesa de Boscolo y Cecchin, y el nacimiento de un nuevo centro en Bari, por obra del psiquiatra Piero de Giacomo (véase Bertrando, 1995a). En estos años es cuando se efectúa la primera unión de las cinco escuelas más importantes de Italia en una verdadera organización nacional, la Società Italiana di Psicopatologia e Psicoterapia Relazionale (SIPPR). Una tendencia similar se aprecia también en otros países. En Alemania, los terapeutas familiares emergentes en estos años son sobre todo los directores de las escuelas, que han consolidado la teoría y la praxis de la década precedente y dirigen su atención hacia la formación, supervisión y perfeccionamiento de los alumnos. Junto a los más famosos centros de formación, como Weinheim, o a centros universitarios como Giessen, Gotinga o Heidelberg, se forman rápidamente un gran número de institutos (más de cincuenta) que en su mayoría se definen como sistémicos o analítico-sistémicos. No se aprecian novedades teóricas, ni surgen grandes personalidades que innovan la disciplina, pero se consolida lo que en la década precedente estaba aún en fase de estructuración. Se trata ahora de combatir en otros campos: la terapia familiar no es reconocida por el servicio nacional de salud alemán, a diferencia de las terapias comportamentales y psicoanalíticas.

En 1986 la DAF se escinde, dando lugar a la DFS (Dachverband für Familien Therapie und Systemischen Arbeiten), que a partir de 1989 asume el control de la esfera sindical y colegial de la terapia familiar, con el papel de mediador en las relaciones con el gobierno y con el objetivo de reglamentar jurídicamente la profesión. La DFS somete a la DAF a una crítica tajante, sobre todo gracias a los análisis de Anni Mielmann.

En 1978, Siegi Hirsch, un terapeuta de Bruselas especializado en terapia de grupo, es el primero que imparte formación sobre la materia en París; entre sus alumnos figuraban Sylvie Sternschuss-Angel, Jacques Miermeont, Pierre Angel y Robert Neuburger. Los grupos de análisis familiar constituyen, bajo la guía de Didier Anzieu, una escuela para la

terapia familiar analítica. Otros exponentes de esta escuela son los ya citados Ruffiot y Eigner, junto con Moni Elkaim y Luigi Onnlis. Las motivaciones de los fundadores de la terapia familiar francesa son similares a las de sus colegas europeos: psiquiatras de formación psicoanalítica que deben hacer frente a patologías graves, definidas como tales bien por los diagnósticos psiquiátricos, bien por la anamnesis social.

Sintetizando en extremo la situación francesa, se puede decir que existen psicoanalistas que son también terapeutas familiares sistémicos, psicoanalistas que se ocupan de familias, terapeutas familiares sistémicos no analíticos y terapeutas sistémicos individuales. Generalmente cada uno de estos grupos organiza su propia formación y su propio congreso: aunque el vínculo entre terapia familiar y psicoanálisis es estrecho, las conexiones entre la praxis sistémica y la praxis psicoanalítica son extremadamente complejas.

En Gran Bretaña se asiste, quizá más que en otras partes de Europa, a un gran cambio en la vida familiar y en su estructura. La mezcla de diferentes razas y culturas en la sociedad británica lleva, en esta década, al reconocimiento de diversas estructuras de funcionamiento en la educación de los hijos. Estas nuevas estructuras se diferencian en gran medida de las precedentes por su teoría familiar etnocéntrica, que rescata la idea occidental del ciclo vital. El terapeuta, por lo tanto, será más sensible respecto a lo que no forma parte de su modelo cultural.

Al mismo tiempo, la terapia familiar se consolida: en la Child Guidance Clinic y en los servicios de psiquiatría infantil se convierte en el método central, generalmente el marco de referencia del pensamiento psicoterapéutico clínico. Es siempre el niño quien define el núcleo de interés de la terapia familiar, también porque el éxito del método está ligado a la psiquiatría infantil: también en Inglaterra crece el número de terapeutas familiares que trabajan en el ámbito de la salud, especialmente en el campo de la edad evolutiva. Nuevas investigaciones a propósito de la buena acogida de la terapia familiar aportan datos interesantes (Cooklin y Gorell-Barnes, 1996).

En estos años de diseminación, la terapia familiar se introduce también en países que hasta entonces habían sido absolutamente impermeables a su influjo. Entre ellos Grecia, sobre todo gracias a la obra de V. Vassiliou, quien funda el primer centro privado de terapia y comienza a llevar la terapia familiar a los servicios psiquiátricos públicos (Zissis, 1996); y Polonia, que después de la caída del comunismo abre sus puertas a todo tipo de psicoterapia. Destaca sobre todo Irena Namyslowska, psiquiatra infantil de Varsovia, que integra los modelos de Minuchin, el MRI, la escuela de Milán y de Heidelberg. La mayoría de los terapeutas familiares polacos (130 en total, según una investigación de 1988) trabaja en clínicas psicosomáticas y se compone sobre todo de psiquiatras y pediatras; casi ninguno de ellos trabaja en la psiquiatría ambulatoria o en los servicios sociales (Lenartowicz y Stankowska, 1996).

En España, la terapia familiar es introducida por unos pocos pioneros (el más importante es probablemente Juan Linares, de Barcelona), aunque sigue siendo una disciplina secundaria; las ideas sistémicas tienen escasa influencia en los servicios de psiquiatría, al igual que en las facultades de medicina y psicología, donde prevalecen respectivamente la psiquiatría biológica y las terapias psicoanalíticas y comportamentales. Tiene relativa importancia en los servicios sociales y en los de consultoría para la infancia (Linares y Alegret, 1993).

La terapia familiar comienza a adquirir relieve también en Escandinavia (Holmgren, 1996). La nación guía para la terapia familiar escandinava es en realidad Noruega. En 1970 llega allí el terapeuta familiar psicoanalítico Philippe Caillé, que en estos años se acerca a las teorías del grupo de Milán y funda un instituto de formación en terapia familiar en Oslo. La primera revista noruega de terapia familiar es *Focus pa familien*, fundada en 1972. Noruega tiene también su maestro de escuela, Tom Andersen de Tromsø, quien se convertirá en una figura de relieve a partir de 1990.

Si las condiciones de formación de los terapeutas de la familia son diferentes en los tres países escandinavos, diferente es también la difusión de la terapia. En Noruega es importante en todo el sector de la psiquiatría pública, donde Andersen ha desarrollado un papel primordial; en Suecia tiene audiencia en el campo de los servicios sociales (la mayoría de sus practicantes son asistentes sociales), mientras que en Dinamarca tiene relieve sobre todo en la psiquiatría infantil.

Pero no existe sólo Europa. Stagoll (1996) delinea la historia de la terapia familiar en Australia y Nueva Zelanda, desde los años de la formación de los primeros terapeutas familiares de la zona. La mayor parte de ellos se había formado en Estados Unidos, en la época en que el psicoanálisis era la ideología dominante. Con el regreso a Oceanía y el surgimiento de las ideas cibernéticas, la perspectiva psicoterapéutica cambia significativamente. Cuenta Stagoll que participó junto a Michael White en un congreso en Nueva York en 1981. En esta ciudad se verifica la presencia de dos grupos distintos de terapeutas que se denominan *whigs* (*white, hetero, iconoclast and god-like* blancos, heterosexuales, iconoclastas y divinizados) y *prigs* (más jóvenes, que hablan de física, de cibernética y del cambio de paradigma).

La terapia familiar australiana no parece inicialmente alinearse con ninguno de estos dos grupos: pragmática, orientada a la solución de los problemas, con un estilo informal. Por otra parte, cabe destacar que más del 40 % de los australianos han nacido al otro lado del mar o son de padres emigrantes: la familia australiana, con su historia de emigración, «nació moderna».

La terapia familiar australiana encuentra su carácter específico en una visión conformada por la ética y por la crítica. Parece como si todo su nuevo sistema de valores fuera permeable a la percepción de la culpa: las minorías pasan a primer plano, ya se

trate de la situación de las feministas o de los aborígenes. Resulta, por tanto, una terapia familiar verdaderamente alternativa, con una connotación moral fuerte y una reparación no sólo psicológica, sino también estructural, y que produce un posicionamiento radical en relación con la víctima, cualquiera que sea. A partir de 1990, estas ideas saldrán del estrecho ámbito de Oceanía y se difundirán por todo el mundo.

6. 1990-2000: MODERNIDAD Y POSMODERNIDAD

CONTEXTO

Son años de transición. Después de la caída del muro de Berlín, se desmorona también la Unión Soviética, el enemigo histórico de Estados Unidos y por ende de Occidente. Con la URSS cae además el comunismo como ideología llevada a la práctica: resisten los partidos comunistas, pero en pocos lugares: Cuba, Corea, y en algunos movimientos europeos en franca minoría. China, la otra gran potencia que dice ser comunista, mantiene la ideología de Mao solamente como imagen; en la práctica evoluciona hacia una suerte de capitalismo estatal dirigido, no muy distinto del capitalismo desarrollado, por ejemplo, por Japón y otros países de Extremo Oriente. En pocas palabras: el triunfo del sistema económico occidental, que se convierte en hegemónico bajo la guía de la nación que mejor lo representa, Estados Unidos, que en la década de 1990 atraviesa una de sus periódicas y profundas transformaciones.

Sin estar expuesto ya a la lucha contra una ideología rival, el liberalismo más o menos moderado se convierte en una especie de «pensamiento único» frente al que es imposible rebelarse. El «mercado» —cada vez más citado en todos los ámbitos posibles— se transforma en el único regulador de los destinos humanos. Los mercados locales se funden en un único mercado mundial y los Estados nacionales luchan por gobernar fuerzas económicas superiores a ellos mismos: el fenómeno de la «globalización», violento en economías poco protegidas como los países de América Latina o de Asia, más gradual en Europa, donde las viejas garantías resisten más vigorosamente (aparte de Inglaterra, ya totalmente asimilada a su antigua colonia transoceánica). Europa (continental) logra finalmente, después de casi mil años, la unificación, pero con la elección de una moneda única, el euro, adoptada por casi todos los países del continente a comienzos de 1999.

John von Neumann es uno de los grandes triunfadores de este periodo, la era de la informática. Si el año 1980 fue el del nacimiento del ordenador personal, en 1990 se asiste a los primeros movimientos de Internet, la red que permite la conexión instantánea entre computadores de todo el mundo, y sus derivaciones, entre ellas el correo electrónico y el comercio en la red. Los teléfonos móviles permiten intercambiar palabras permanentemente, con quien sea y donde sea. La humanidad tiende con ello a estar más conectada, con menos momentos de privacidad, dominada por la publicidad, que permea cada momento de la vida, y por los sistemas globales de comercio. Se desarrolla, en todos los campos, una cultura empresarial mientras las metáforas comerciales se popularizan.

En todo Occidente crece el número de familias con dos padres que trabajan, y se reduce al mínimo la natalidad. Al mismo tiempo aumentan las nuevas formas de familias, como las monoparentales o reconstituidas, tanto que algunos llegan a criticar el concepto

monolítico de «familia», prefiriendo hablar de una pluralidad de «familias» (Fruggeri, 1997). También las familias tradicionalmente consideradas *sui generis*, como las gay o lésbicas, o bien las formas provenientes de culturas no occidentales, comienzan a ser aceptadas y, por lo tanto, a transformarse en posibles objetos de terapias (Walsh, 1993).

Las nuevas condiciones económicas tienen potentes efectos sobre la vida cotidiana. Como observa Richard Sennett (1999), la «flexibilidad» tiende a alentar vínculos de dependencia, tanto en sus efectos negativos como en los positivos. Al mismo tiempo los valores que hasta ahora dan sentido a la vida individual y familiar de las personas (estabilidad, solidez, cohesión, sacrificio) son incongruentes con el contexto, donde se exige ser capaz de empezar desde cero, abandonando la narración de la vida como constante progreso o como una forma de soportar pacientemente la adversidad.

También disminuye la cohesión social compleja, sustituida por el énfasis en lo «privado», desvinculado del resto de la sociedad. El número de divorcios crece, junto a la insatisfacción de la vida de pareja. Pero no, como se pudiera imaginar, porque las personas no busquen relaciones profundas, sino justamente porque buscan relaciones de cierta profundidad en la mera y simple «intimidad», privándose de una dimensión más amplia. Todas las exigencias de intimidad y afecto recaen en la familia, pero a la familia le cuesta mantener su propia solidez en este aislamiento (véase Coontz, 1992).

La influencia de este clima caótico, verdaderamente de fin de milenio, sobre la psicología y la psiquiatría (y sobre todo sobre la terapia familiar) es enorme. Bajo la influencia del dominante economicismo, todas las formas de terapia tienden a ser evaluadas exclusivamente en términos de beneficio inmediato. Las tendencias económicas, junto a los descubrimientos en el campo de la medicina y la biología, influyen sobre todo en la psiquiatría, mientras que la psicología y la terapia familiar son más sensibles a los cambios culturales, como la emergente sensibilidad posmoderna. En lo que respecta a la terapia familiar, en un mundo cada vez más individualista y competitivo, es difícil hacer referencia a muchos de sus valores fundantes, como el consenso, la solidaridad, la lealtad. En cierto sentido, hacer terapia individual en este contexto es más fácil (y no es extraño que los modelos terapéuticos prevalecientes en esta década muestren una cierta tendencia al individualismo). La terapia familiar deberá modificarse profundamente para responder a este desafío.

Psicología y psiquiatría

Hay en estos años un verdadero divorcio entre psiquiatría y psicoterapia. Al mismo tiempo, ambiciosos proyectos como el Human Genome Research Project, cuyo objetivo es descubrir en menos de veinte años el mapa completo del genoma humano, facilitan el

surgimiento en la cultura occidental de un pensamiento que Nelkin y Lindee (1995) denominan «esencialismo genético»:

El esencialismo genético reduce el yo a una entidad molecular, igualando los seres humanos, con toda su complejidad social, histórica y moral, a sus genes. En la cultura popular el ADN funciona, en muchos aspectos, como un equivalente del alma cristiana (Nelkin y Lindee, 1995).

El proceso concuerda bastante con una sociedad de individuos en la que las diferencias se explican en términos de esencia inmutable más que por estar adscritas a la sociedad: los problemas son problemas privados y de origen biológico. Esto resta credibilidad a la idea de una intervención, sea social o psicológica. Como la biología, también la psiquiatría biológica se convierte en *ideología*. Si en años anteriores las evidencias biológicas han sido menospreciadas en favor de las hipótesis ambientalistas, ahora se dejan en segundo plano las evidencias ambientales porque lo que se investiga es puramente biológico. Algunos importantes estudios internacionales, por ejemplo, concluyen que los hijos de padres esquizofrénicos están más predispuestos a desarrollar la enfermedad cuando son adoptados por familias con problemas o con disfunciones comunicativas manifiestas (Wynne y otros, 1976; Tienari y otros, 1987). Estos datos favorecen la variable relacional: una vulnerabilidad hereditaria o adquirida en el periodo prenatal tiende a transformarse en sintomatología manifiesta bajo la acción de *específicos* factores ambientales estresantes. Incluso investigaciones de este género tienden a ser poco consideradas porque son contrarias a la ideología dominante.

En el campo terapéutico, esto supone que las personas consideradas crónica e irreversiblemente enfermas son tratadas no mediante «terapia» sino con «rehabilitación», o bien a través de las curas biológicas favoritas de esta década, los psicofármacos. Duncan, Miller y Sparks (2000) señalan que la industria farmacéutica estadounidense invierte en 1992 cinco mil millones de dólares sólo en promoción. El poder de la publicidad, junto a la fuerza de la ideología, determinan el triunfo de los psicofármacos. Las posibilidades de consolidación de la psicoterapia, en comparación, son infinitamente menores (véase Lehman, 2000).

Definitivamente operacionalizada, la psiquiatría tiende a las intervenciones terapéuticas que sigan un protocolo rígido, que no exijan prácticas demasiado extensas, que puedan ser confiadas a otras figuras institucionales que no sean los psiquiatras, a los que se considera meros gestores de fármacos, o los psicólogos, considerados demasiado costosos. La exigencia de aplicar un manual de tratamiento es coherente con otra revolución que sacude la psicoterapia norteamericana en estos años: también en este campo, como en todos los demás, la economía se impone como elemento dominante. En Estados Unidos dicho manual asume la forma de *managed care*. Adquieren gran relieve las omnipresentes Health Management Organizations (HMO), que serán las entidades

más importantes en cuanto a la dispensación de tratamientos psicológicos o psiquiátricos, incluida la psicoterapia. Si antes el control que ejercían sobre los terapeutas tenía como objetivo evitar tarifas francamente excesivas, ahora su finalidad es otra. Se busca optimizar el tratamiento integrando los diferentes momentos terapéuticos (hospitalizaciones, terapias ambulatorias, rehabilitaciones, etc.) y confiando la gestión a un *manager*, que no es un terapeuta y que responde directamente ante la organización. Si algún terapeuta se niega a seguir las recomendaciones del *case manager* queda excluido de la posibilidad de reembolso por las sesiones y sólo le resta el sector privado. De este modo, la titularidad de las acciones terapéuticas pasa del terapeuta individual a la HMO, que puede, por ejemplo, decidir si usar farmacoterapia o psicoterapia, o bien imponer un número máximo de sesiones, independientemente de las ideas del terapeuta (Vanderboos y otros, 1992).

Esto acarrea consecuencias importantes. Las terapias de larga duración, salen de los planes de tratamiento del HMO, transformándose en no reembolsables, ni siquiera por las aseguradoras privadas. Médicos y psicólogos pierden la titularidad de sus tratamientos; no pueden decidir cuál es el tratamiento más indicado, sino que deben atenerse a protocolos preexistentes y después obtener la aprobación del *case manager*. Si un problema no es tratable con intervenciones breves, como en el caso de los trastornos de personalidad *borderline*, no será cubierto por las aseguradoras.

En Europa, esta tendencia conduce a una progresiva restricción de los presupuestos sanitarios, reproduciendo, pero a velocidad mayor, lo que había sucedido en Estados Unidos veinte años antes. Es cierto que no es posible incrementar las ayudas públicas a la sanidad, pero se pueden reducir drásticamente los gastos.

La década se presenta difícil. Por muchas razones, lo que se impone es la supervivencia; las terapias familiares (y los terapeutas que la practican) tienen que sobrevivir en un ambiente menos favorable que nunca a la concepción misma de la terapia familiar. Se tomaron diferentes caminos al respecto: algunos escogieron aceptar la psiquiatría biológica y ganarse su propio espacio (es el caso de muchas terapias integrativas y de las intervenciones psicoeducativas). Otros deciden adaptarse a las tendencias económicas y hacen terapias cada vez más breves y esenciales (como las terapias orientadas a la solución). Otros incluso aceptan la imposibilidad de cambiar a las personas (y los contextos) y se limitan a proporcionar a las personas la posibilidad de hablar y de ser escuchadas (es el caso de las terapias conversacionales).

Teorías

La teoría de referencia para la terapia familiar sufre en estos años una fuerte

revolución, tanto que muchos manuales del periodo, como el de Nichols y Schwartz (1998), dedican incluso una sección separada a la terapia después de 1990, como si quisieran afirmar la radical diferencia de esta década respecto a todo lo que había sucedido antes. Y, de hecho, muchas de las metáforas sobre las que se había fundado la terapia familiar son sometidas a discusión, o bien son radicalmente reformuladas. La cibernética y la teoría de sistemas son cuestionadas, junto a gran parte de las teorías normativas en las que se fundan los modelos, tanto los estructurales como los bowenianos. Pero no es ésta una característica exclusiva de la terapia familiar: también el psicoanálisis pasa por un cambio similar, dividiéndose en psicoanálisis tradicional y «nuevo psicoanálisis», este último une su carácter científico con la metapsicología de Freud para centrarse en el *proceso* psicoanalítico (véase Eagle, 1999). Análogas —y quizás aún más radicales— son las posiciones de los terapeutas familiares más críticos, que se acercan sobre todo a la terapia posmoderna y al construccionismo social.

Posmodernidad

Según el creador del término, François Lyotard (1979): «La posmodernidad es un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana». La «condición posmoderna» es hija, sobre todo, del nuevo contexto tecnológico. La presencia cada vez más persuasiva de las tecnologías de «saturación social» (Gergen, 1991) termina por hacer que las personas dependan de ellas pero también que sean más escépticas respecto a los fundamentos de su propia vida. El continuo flujo de información y de modelos de vida proveniente de los medios de comunicación modifica la identidad, que tiende a hacerse más difusa, múltiple, fluctuante, desestructurada, privada de aquel centro fuerte que era característico de la época moderna (Rosenau, 1992).

Las nuevas condiciones de producción, además, contribuyen a afirmar esta percepción del yo. El yo posmoderno, con todo su sentido de desordenada inestabilidad, con su falta de un centro y de una narración coherente única, se ve abocado a la precariedad que caracteriza a la economía de la década. La flexibilidad funciona mejor si es puesta en práctica por personas que se ven a sí mismas descentradas y en constante flujo (Sennett, 1999, pág. 134).

Sin embargo, aunque se trata de una condición existencial a la que nadie puede escapar, el posmodernismo es también una importante posición teórica, o más bien una posición cultural, a cuya evolución han contribuido diversas disciplinas: la filosofía (Lyotard, 1979; Vattimo y Rovatti, 1983), la psicología social (Gergen y Davis, 1985; Shotter, 1989), la crítica literaria (Barthes, 1977; Derrida, 1967, 1987), el movimiento feminista (Flax, 1990, Hare-Mustin y Maracek, 1987), la hermenéutica (Ricoeur, 1965,

1981; Gadamer, 1960) y la etnografía (Geertz, 1973).

El posmodernismo es un desafío a una serie de hipótesis sobre el conocimiento, sobre la sociedad y la cultura, pero también sobre la naturaleza del individuo y sobre el conocimiento de la verdad. El rechazo de las grandes «metanarraciones», los sistemas globales que explican lo existente, se extiende a las teorías psicológicas y terapéuticas, como el psicoanálisis, la psicología genética de Piaget y la misma teoría de sistemas. El pensamiento posmoderno se concentra en aspectos «locales» y tradicionales de la comunicación, en las micronarrativas sin pretensiones de veracidad o universalidad. La Historia única y guiada por el progreso es sustituida por la «genealogía» (Foucault, 1966), un proceso que acoge también a lo disperso, lo marginal, lo alternativo. No existe una verdad con valor absoluto, sino verdades que tienen un valor y una validez local dentro del propio paradigma, o mejor dicho, de la comunidad en la que son promulgadas.

Otra implicación importante es la importancia del análisis de los juegos de poder entre actores sociales. La pretensión de universalidad de un determinado sistema de pensamiento es interpretada por los posmodernos como una maniobra en un juego de poder represivo que tiende a anticipar otros componentes narrativos de igual dignidad. El pensamiento posmoderno es, por tanto, deconstructivo; busca distanciarse y se declara escéptico acerca de conceptos como verdad, conocimiento, poder, yo y lenguaje, y entre sus antecesores figuran Kant, Husserl, Heidegger y Wittgenstein.

Sin embargo, a la visión posmoderna, basada en la reflexividad y la recursividad, le cuesta evitar las paradojas, que surgen sobre todo si la idea posmoderna es leída en sentido prescriptivo, como una serie de imperativos categóricos. El hecho es que el significado mismo del término posmodernidad no está bien definido, de ahí que su localización histórica sea también controvertida. Algunos autores (Mecacci, 1998) sostienen que modernidad y posmodernidad no son dos fases cronológicas en la evolución del pensamiento, sino dos modos antitéticos, pero que se necesitan mutuamente, de ver la realidad y el conocimiento: ninguno de los dos podría existir sin el otro.

Es un hecho que el terapeuta que quiera ser posmoderno se encuentra rápidamente inmerso en una serie de prescripciones paradójales. Debe considerar todas las narraciones igualmente válidas (por lo tanto todas igualmente verdaderas —o no verdaderas, que sería lo mismo—). Pero esto podría conducir, por ejemplo, a sostener que los problemas ligados al género o a la violencia y el maltrato son «historias como todas las demás», y por ende sujetas a su vez al relativismo. Afirmaciones similares, aunque sean aberrantes, serían perfectamente legítimas en el marco de la posmodernidad. Es necesario entonces, para los terapeutas, encontrar un enfoque que les proporcione algunos puntos de referencia.

Construccionismo social

Gergen (1999) considera la posmodernidad como la *pars destruens* de una visión del mundo que encuentra su *pars costruens* en el construccionismo social, una perspectiva epistemológica que adquiere importancia en Estados Unidos hacia 1990. En la óptica construccionista, los significados y la identidad nacen en un contexto desde el principio relacional; el yo crece dentro del marco de intercambios y conversaciones en el que estamos insertos, y la identidad es el resultado de las narraciones que cada uno de nosotros escribe dentro de tales *danzas* conversacionales. Frecuentemente confundido (por los terapeutas) con el constructivismo (véase Hoffman, 1990), el construccionismo se diferencia por su menor énfasis en la mente y por la importancia atribuida a la interacción.

En otros términos, mientras el constructivismo pone el acento sobre el observador y sus constructos mentales, el construccionismo social pone en primer plano la idea de relación, vista como expresión no de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje y de significado.

Tabla 6.1. Similitudes y diferencias entre constructivismo y construccionismo

Similitudes

- El saber es una construcción de la mente.
- El conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente de nosotros.
- Lo observado no es una entidad en sí misma y separada de quien observa (dualismo sujeto/objeto).

Diferencias

- Para el constructivismo la mente y la realidad construida residen en el sujeto, mientras que para el construccionismo residen en las relaciones sociales y en la construcción de significado a través del lenguaje.
 - Para el constructivismo mente y realidad están ligadas a una «ontología» lingüística que denomina como entidad; para el construccionismo participan de las diferentes formas de relaciones.
-

Tabla 6.2. Constructivismos y construccionismos

-
1. *Constructivismo radical*: perspectiva con profundas raíces en la filosofía racionalista que subraya el modo en que la mente individual construye la denominada realidad. Entre sus exponentes figuran Claude Lévi-Straus, Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld.
 2. *Constructivismo*: versión más moderada en la que la mente construye la realidad, pero dentro de una relación más sistemática con el mundo externo. Entre los representantes, Jean Piaget y George Kelly.
 3. *Constructivismo social*: sostiene que, si la mente construye la realidad en su relación con el mundo, el proceso mental es significativamente informado por las influencias de las relaciones sociales. Los trabajos de Lev Vygotsky y Jerome Bruner son un ejemplo de ello, mientras que los de Serge Moscovici sobre las representaciones sociales dan mayor importancia a las convenciones sociales.
 4. *Construccionismo social*: destaca el discurso como vehículo a través del que el sujeto se articula con el

mundo, y cómo opera el discurso en las relaciones sociales. Entre sus exponentes, Kenneth Gergen y John Shoter.

5. *Construccionismo sociológico*: subraya sobre todo cómo se ve influida la comprensión del yo y del mundo por el poder que ejercen las estructuras sociales (la escuela, la ciencia, el gobierno) sobre las personas. Un ejemplo de ello son los trabajos de Henri Giroux y Nikolas Rose.
-

El construccionismo defiende la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad o una voz interna. Cada idea, cada concepto, nace del intercambio social, mediado por el lenguaje. De este modo, el construccionismo social se presenta como una teoría fuertemente logocéntrica. Gergen, por ejemplo, escribe:

Los patrones de acción son típicamente interceptados como modalidades de discurso. Decir «Me importas mucho» implica que de ello se derivará un particular esquema de acción (por ejemplo, mantener el contacto, apoyo) y que otros esquemas serán excluidos (por ejemplo, elusión, comentarios hostiles). Así, si deseamos cambiar los esquemas de acción, un modo significativo de hacerlo es alterar las formas de discurso —el modo como se describen, explican o interpretan los hechos (Gergen, 1999, pág. 115).

A esto le sigue un modo de concebir el cambio diametralmente opuesto al sostenido por los terapeutas de orientación cibernética de las décadas precedentes. Para ellos, cambiando el patrón de acción se podía cambiar el modo de pensar y de hablar. Los terapeutas que se adscriben al construccionismo invierten la idea, creando la terapia más focalizada en el lenguaje de toda la historia de la terapia familiar. Así, la cibernética, junto con las influencias neopositivistas, es sustituida por una posición que se orienta hacia la crítica literaria y la hermenéutica, o sea hacia la interpretación textual («el giro interpretativo»). Tarea del terapeuta será la creación ilimitada de nuevo sentido (de nuevas historias) manteniendo abierta la conversación (Anderson y Goolishian, 1992). De este modo, el interés pasa del *contexto* de Bateson al *texto* de Derrida, que se convierte en la metáfora fundamental de las nuevas orientaciones.

En definitiva, según la aproximación construccionista, la terapia debe generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre las que se apoya la identidad de los clientes. El terapeuta es cada vez menos protagonista. De hecho, como el saber está socialmente construido, no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pudiera «descubrir»: la narrativa surgirá de la conversación sin que el terapeuta sea el autor.

El terapeuta construccionista está mucho más atento a la política de poder en el que se inserta su trabajo. Según Ian Hacking (1999), el construccionismo social implica siempre cierto grado de crítica política de lo existente, que puede ir desde la simple ironía o una versión reformista hasta la rebelión y la revolución: el «nacimiento silencioso» del construccionismo, después de todo, tiene lugar, según Gergen, justamente en la crítica década de 1960. Cada vez que un construccionista se ocupa de un fenómeno, se da por descontado que el fenómeno del que habla (la identidad, el género, la psicopatología) es

en cierta forma indeseable y debería ser sometido, o al menos superado. La terapia construccionista, así, busca la sustitución de algunas ideas consolidadas en el discurso social.

Sin embargo, desde el momento en que en el ámbito anglosajón, del que provienen tantos innovadores de la terapia familiar del periodo, es imposible pensar en cambios sociales y políticos que pongan en discusión las reglas de la economía, la única posibilidad es obtener cambios no sólo en el nivel microsocioal, sino también en el lingüístico: se puede leer, en este enfoque, la claudicación ante la imposibilidad de obtener cambios sustanciales. Es como si, parafraseando a Marx, se dijera: «Hasta ahora los terapeutas se han ocupado de cambiar las familias en lugar de cambiar el mundo; ahora se trata de describirlas». Veremos en el curso de este capítulo cómo la crítica construccionista se ha aplicado también a fenómenos característicos de la terapia, según el esquema presentado en esta tabla:

Tabla 6.3. Puntos clave de las terapias construccionistas

1. El sistema no es una realidad de hecho autónoma e independiente, sino una <i>realidad de significado</i> producida, entre otras cosas, por el acto cognoscitivo del terapeuta.
2. La metáfora hermenéutica de la historia y de la <i>vida como un texto</i> (el mapa o sistema de Bateson con el añadido de la dimensión del tiempo) es un instrumento cognoscitivo eficaz para describir la vida.
3. La verdad objetiva deja el espacio a una multiplicidad o pluralidad de ideas.
4. La idea de la familia como sistema homeostático deja el campo a la visión de sistemas sociales generativos, en los que los estados de desequilibrio son útiles y normales.
5. La familia es vista como un sistema social organizador de problemas que serán después mediados a través del lenguaje.
6. La <i>mutua construcción de lo real</i> (clientes-terapeutas) es la metodología de base para la terapia.
7. Nace una perspectiva «horizontal» en la que el terapeuta comparte la responsabilidad con el cliente, suplantando la idea de terapia jerárquica con un terapeuta/experto.

Modelos

El posmodernismo es un desafío a la supervivencia de la terapia familiar, así como lo es también para el cambio de las condiciones económicas que rodean y determinan la actividad de los terapeutas. De esta manera, podemos leer las variadas formas de terapia surgidas o consolidadas en el transcurso de la década como un modo de responder a la ansiedad generada por la ausencia de fundamentos derivada de la concepción posmoderna. Los diversos modelos de terapia familiar responden al desafío de manera diferente.

El primer enfoque —y por muchos motivos el más fácil— consiste en encerrarse en el modelo propio, sin intentar incorporar los cambios de la posmodernidad. Se comportan así gran parte de las terapias que se han consolidado definitivamente y han alcanzado su

punto máximo de evolución. Como veremos, ésta es una característica constante en los estudios y las figuras «históricas» del periodo. Refleja probablemente la profunda asimilación de ciertas ideas dentro del campo de las terapias familiar. Esto vale en primer lugar para las diferentes escuelas de matriz psicoanalítica (mientras algunos terapeutas eclécticos redescubren conceptos psicoanalíticos, pero utilizándolos con cierta desenvoltura: véase Larner, 2000).

Lo mismo sucede en las escuelas intergeneracionales consolidadas. Los conceptos de la terapia de Bowen y de la escuela contextual son ya patrimonio común, sobre todo después de que Nagy y Ulrich (1981), por un lado, Kerr y Bowen (1988), por otro, han ofrecido una sistematización, casi definitiva, de sus respectivas ideas. También los terapeutas menos rigurosamente intergeneracionales, como Andolfi, parecen interesados en moderar el rigor teórico y en hacer más transmisibles los conceptos base de su práctica (Andolfi, 2000, comunicación personal). El hecho es que las terapias intergeneracionales se rehacen en una especie de *historia natural* de la familia, lo que las convierte en «modernas»: las generaciones *deben* ser importantes y la herencia pasada *debe* ser considerada una realidad. Los terapeutas más afines al posmodernismo van más allá, pero sin renunciar a muchos conceptos elaborados por Bowen, Nagy o Framo. Dispuestos a apropiarse de otras ideas y técnicas, los posmodernos se limitan a rechazar las teorías en su totalidad, aunque las intergeneracionales no escapen a su *bricolage*.

Las enseñanzas de los grandes maestros de la terapia estratégica no presentan novedades en este periodo. La innovación ya no llega del MRI o del instituto de Haley, que ahora dirige Cloé Madanes. También en su caso se puede decir que el proceso de asimilación ha concluido. Influencias de su praxis (o al menos de su teoría) se hallan en todas las variaciones de las terapias sistémicas o estratégicas, aunque generalmente la deuda no es reconocida, o bien es expresamente negada: los terapeutas narrativos en parte ignoran el pasado sistémico de White, y aún más el (reciente) pasado estratégico de Epston (Epston, 1989).

Es así como gran parte de las escuelas que habían hecho la historia de la terapia familiar entran en un estado de inactividad. No todas: la segunda reacción frente al desafío posmoderno consiste en la oposición activa, a través de un retorno a certezas y modos de pensar «científicos». Es el caso de todos los terapeutas comportamentales, y también de los autores que retoman las teorías del cognitismo, además de que los que practican la psicoeducación. Sin embargo, existen versiones más sofisticadas y complejas de esta aproximación. Por ejemplo, las diferentes terapias, en gran parte inéditas o bien innovadoras, que recuperan la teoría exquisitamente moderna del apego, encontrando en el cúmulo de datos experimentales de Bowlby y de sus seguidores una fuente de legitimación para una práctica familiar intergeneracional nueva.

Más interesantes, en una perspectiva histórica, son las vías del posmodernismo que

aceptan e incorporan los numerosos dilemas. La primera vía consiste en desinteresarse de la naturaleza y la historia de los problemas, conduciendo directamente a los clientes a un futuro que no les contemple. Es la terapia centrada en las soluciones, actualización de la terapia estratégica que encuentra numerosos seguidores, sobre todo en la América hambrienta de terapias breves. La segunda vía se centra en la condición «desfavorecida» de los clientes y en la ampliación de sus historias y de sus conocimientos: se trata de la terapia narrativa, predominante en la primera mitad de la década, sacando por primera vez a la luz a naciones hasta entonces marginadas como Australia y Nueva Zelanda. La tercera vía prevé la democratización del equipo terapéutico, haciendo a los clientes partícipes de todo el trabajo terapéutico. Es el *reflecting team*, que de una simple técnica evoluciona rápidamente hacia una completa visión de la terapia. La última es la aceptación total del punto de vista del cliente, minimizando la intervención del terapeuta: es el camino que toman las terapias conversacionales, en particular las que prevén para el terapeuta una posición de «no saber». Se da, por tanto, una verdadera proliferación de terapias que, aun habiendo surgido de la tradición sistémica o estratégica, se denominan de formas distintas: posmodernas, narrativas, conversacionales o constructivas.

Otra vía para escapar de las insidiosas premisas del posmodernismo es concentrarse en el tema de la integración. En esta visión, la idea integrativa tiene no sólo el valor pragmático de los años anteriores, sino que adquiere un valor teórico: si ya no son aceptables las grandes metanarrativas (las que justificaban el purismo teórico), entonces es posible combinar los modelos sin preocuparse excesivamente de la coherencia. Se podría decir que, siguiendo el señero ejemplo de Minuchin citado en el capítulo anterior, muchos destacados directores de escuelas se unen a esta tendencia que, según Broderick y Schrader (1991), comienza a implantarse a principios de la década de 1990. La verdadera frontera de la integración en terapia es la de la contaminación entre terapias familiares (en sentido estricto) y consultoría sanitaria, médica y hospitalaria. La idea inicial la planteó pocos años antes Lyman Wynne, autor de un importante libro sobre la consultoría sistémica (Wynne y otros, 1986), y también Don Bloch, que en 1981 fundó la revista *Family Systems Medicine*. En sus ideas se basan Cleveland Shields y Susan McDaniels, con una serie de importantes artículos donde defienden la creación de una red sanitaria para la consultoría familiar en medicina, y sobre todo el influyente manual *Integrating Family Therapy*, editado por la American Psychological Association (Mikesell y otros, 1995).

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapia del apego

Tras haber influido desde sus orígenes a todas las terapias familiares, el trabajo de John Bowlby favorece, a través de la Tavistock Clinic, a todas las peculiares formas británicas de terapia, pragmáticas y eclécticas.[1] No obstante, Bowlby considera que su trabajo es complementario al del psicoanálisis, aunque otros comenzaron a verlo como alternativo. En particular la gran cantidad de datos experimentales derivados de los trabajos de Mary Main, Patricia Crittenden, Amry Ainsworth, Margaret Rither y Jeremy Holmes, anima a los psicólogos académicos, y a través de ellos a los terapeutas cognitivos, a buscar una teoría del desarrollo alternativa a la freudiana. Por esta razón, los terapeutas familiares más escépticos ante el posmodernismo, en particular los de orientación intergeneracional, se dirigen también a la teoría del apego: una persona que ha tenido una buena relación de apego con sus padres logrará transmitir su propia seguridad a sus hijos; mientras que, si el apego ha sido inestable, ambivalente o negativo será ésta la forma que adopten las relaciones con sus hijos, que a su vez desarrollarán un estilo relacional análogo, y así sucesivamente a lo largo de las generaciones. Asumiendo estas adquisiciones, los nuevos terapeutas familiares del apego contaminan las ideas de Bowlby y las investigaciones de sus seguidores más ortodoxos con ideas que provienen de la tradición de la terapia familiar, obteniendo aspectos novedosos.

John Byng-Hall

«La familia es una imagen cultural construida a partir de individuos reales, y a veces también de antepasados míticos» (Bertaux y Thompson, 1993, pág. 2). Por tanto, la familia no es el lugar donde se transmite una cultura, sino que es la cultura misma; un conjunto de historias y mitos, que se transmiten a través de generaciones, modulados de manera diferente según el contacto con la cultura dominante y también según los deseos y las conveniencias de cada generación. La idea de que la familia consista sobre todo en una transmisión de cultura ha coexistido con las principales corrientes, recibiendo diferentes definiciones: mito familiar (Ferreira, 1963), paradigma familiar (Reiss, 1981), hasta la definición de *script* familiar propuesta por John Byng-Hall (1988), un terapeuta nacido y formado en la Tavistock Clinic.

El mito, pariente próximo de la concepción de Byng-Hall, es una historia que pierde con el tiempo su historicidad, para transformarse en una suerte de paradigma que se repropone en situaciones familiares determinadas. Al mismo tiempo, define a la familia como una lema heráldico, como un blasón que no necesariamente es positivo: el mito es

un elemento fundante de la identidad del grupo. Como en las fábulas que analiza Propp (1928), los mitos familiares se organizan a partir de elementos básicos de las transacciones humanas: pérdida, separación, abandono, individuación, nutrición y muerte. No sólo eso: los mitos tienden a otorgar *roles*, en el sentido teatral del término, a los miembros de la familia. El mito termina por crear una especie de *script* que los miembros de la familia están obligados a seguir: resalta la cohesión, pero debe ser preservado con el costo de las eventuales elecciones o autonomías individuales (véase también Andolfi y Angelo, 1987).

A Byng-Hall se le confió la tarea de integrar las teorías del mito familiar con las teorías del apego. Sin duda, su propio mito familiar, que ha relatado en más de una ocasión, le facilitó el trabajo; es la historia del almirante Byng (apuntada en el *Cándido* de Voltaire). He aquí el efecto que causó el mito del almirante Byng en su lejano descendiente:

El almirante Byng era uno de mis antepasados. Lo enviaron, pertrechado con pocas armas, a socorrer a Menorca, asediada por los franceses. Cuando llegó, el despliegue de la flota francesa era tal que hizo lo más razonable, esto es, mantenerse fuera del alcance de sus cañones, disparar algunos tiros y regresar. Lamentablemente fue juzgado por cobardía y fusilado en su propio puesto de comando. [...]

Con sorpresa, descubrí que esta historia, que había considerado una simple curiosidad, era un legado presente en muchas facetas de mi vida. [...] Posteriormente me ocupé de las relaciones «demasiado cercanas/demasiado distantes», en las que nunca hay una posición cómoda, porque si te mantienes distante con el fin de evitar el temor a la proximidad, resulta que estás demasiado lejos. Ése era precisamente el dilema al que se enfrentaba el almirante Byng (Byng-Hall, 1988, págs. 169-171).

Así un mito familiar que ha pasado de generación a generación puede influir no sólo en la vida de un terapeuta, sino incluso en sus teorías. El copión (*script*) familiar se puede definir como el conjunto de las expectativas que tiene la familia sobre el modo en que los roles deben ser representados en los diversos contextos. Si el terapeuta revela la naturaleza recíproca del vínculo de apego que se realiza a través de la codificación del copión, la familia puede encontrar conjuntamente maneras alternativas para desarrollar los mejores vínculos de apego.

Técnicamente, las adquisiciones de Byng-Hall, digno continuador de la tradición pragmática inglesa de Skynner, se concretan en un estilo ecléctico, de marca británica, que se inspira, además de en las ideas de Bowlby, en la praxis psicoanalítica, así como en Minuchin y Selvini Palazzoli. El trabajo que Byng-Hall realiza para la Tavistock Clinic de Londres es tan apreciado que es nombrado director justamente en esta década.

Jeri Doane y Diana Diamond

Jeri Doane se forma como investigadora con el grupo de Michael Goldstein en la UCLA, dentro del cual crea un criterio análogo al de emotividad expresa, pero

desarrollado en la interacción cara a cara entre los miembros de una familia, el *affective style* (Doane y otros, 1981).

A partir de 1987, cuando se traslada a Yale, empieza a interesarse por la terapia, primero con esquizofrénicos (tal como determina la tradición psicoeducativa), pasando después a familias de jóvenes diagnosticados como *borderline*, con los que el trabajo psicoeducativo es más difícil. Para responder a los interrogantes que le plantean estos casos, pone en marcha una investigación. Doane trabaja junto a su colega Diana Diamond, que estudia el apego desde hace tiempo y que ha elaborado una evaluación del mismo mediante el *Five Minute Speech Sample*. El resultado de la investigación (véase Doane y Diamond, 1994) es una tipología familiar inédita que tiene en cuenta no sólo la expresión emotiva, sino además los patrones de apego entre padres e hijos y entre los padres y sus padres, introduciendo así por primera vez en este género de investigaciones un patrón trigeracional. La tipología prevé tres tipos de familias: familias de baja intensidad, que corresponden a familias de baja intensidad emotiva expresa; familias de alta intensidad, esto es, las de alta emotividad expresa, y familias desconectadas, en las que, independientemente de la emotividad expresa, se evidencia un trastorno en los patrones de apego intergeneracional.

Las concepciones de Doane y Diamond tienden a integrar tres dimensiones diferentes: la psicopatología, considerada independiente de las transacciones familiares y de probable matriz biológica; el apego, fundamento de la intimidad familiar; la emotividad expresa y la capacidad conjunta de *problem-solving*, consideradas el punto central del desarrollo familiar. Referencia base es el modelo epigenético de las transacciones familiares propuesto por Lyman Wynne (1984).

El resultado operativo de su trabajo es una intervención en varias fases: para las familias de baja intensidad será suficiente un trabajo consultorial e informativo; para las de alta intensidad se necesitará una fuerte psicoeducación, con objeto de reducir la alta emotividad expresa; a las familias desconectadas está destinada una intervención más profunda, de carácter terapéutico, que trata de construir, antes que de reconstruir, los vínculos de apego dañados o inexistentes. A los pacientes, a los portadores del problema, se les reserva no obstante una intervención individual, generalmente farmacológica. Vale la pena recordar al menos una de sus técnicas, la «entrevista intergeneracional»: se convoca al hijo problemático junto a uno solo de sus padres y el terapeuta entrevista a este último haciéndole relatar la historia de su relación con la familia de origen. El hijo es, en esta sesión, solamente un espectador; de esta forma puede desarrollar cierta solidaridad y empatía con el padre, que no es sólo la persona fría y distante de la que siempre hablaba el hijo, sino una persona que ha pasado por muchas dificultades en su vida. Esta técnica es también una forma de ayudar a las personas a que relaten sus historias a los demás, de un modo como quizá no lo habían hecho antes.

TERAPIAS ESTRATÉGICAS Y SISTÉMICAS

Terapias estratégicas

Steve de Shazer[2]

Es probable que, entre todos los terapeutas de la última generación, el más proclive a reconocer la deuda con los maestros sea Steve de Shazer, que se sitúa junto a ellos en cuanto continuador y también fundador de una nueva teoría y de una técnica denominadas «terapia orientada a las soluciones» (De Shazer, 1985, 1988, 1991). El modelo deriva por filiación directa del modelo del MRI, pero lleva al extremo la importancia concedida a los recursos de los clientes y el interés por el lenguaje, manteniendo al mismo tiempo los requisitos de practicidad, simplicidad y brevedad.

Clínico con muchas lecturas y poca práctica, alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, De Shazer trabaja durante un tiempo en el MRI, pero pronto queda fascinado por los numerosos casos clínicos de Milton Erickson, y descubre algo radicalmente diferente del trabajo preciso y geométrico del MRI: la idea de introducir voluntariamente confusión, en vez de claridad.

Armado con unas pocas ideas sencillas, esto es, que no conviene buscar la claridad donde no la hay y que quizá no hay que forzar demasiado a los clientes, De Shazer se traslada en 1982 a Milwaukee, donde constituye su propio Brief Family Therapy Center (BFTC). Reúne a su alrededor a un grupo pequeño, en el que figuran Wally Gingerich, metodólogo e investigador; Alex Molnar, un sociólogo con intereses antropológicos; e Insoo Kim Berg, la terapeuta por excelencia del grupo que inspirará gran parte de las adquisiciones técnicas del centro.

El trabajo del BFTC lleva a De Shazer a buscar un modo de conciliar las tendencias manipuladoras de las terapias estratégicas con la idea de que realmente «los clientes saben más». En esta perspectiva, pierde progresivamente importancia la idea de elaborar hipótesis acerca de lo que sucede, para pasar a una pura y sencilla observación, siguiendo los antiguos dictámenes de Weakland. Finalmente, De Shazer llega a la idea fundamental de toda su terapia: que el proceso terapéutico no es diagnóstico sino puramente curativo. Dicho de otro modo, que no es importante determinar los problemas, sino sencillamente encontrar soluciones, que no necesariamente deben tener una estrecha relación con los problemas.

El resultado perseguido es obtenido, indagando cuidadosamente en los eventos positivos de la vida de los clientes: el cliente descubre así que *ya está haciendo algo* positivo o deseable, recuperando el control sobre sus propios actos (Cade y O'Hanlon, 1993). De este modo, la terapia estratégica encuentra una confluencia (en principio

completamente inconsciente) con la investigación de los *unique out-comes* de la terapia narrativa de White y Epston (1989). Al mismo tiempo, la preeminencia de la indagación pragmática de las soluciones respecto a la indagación ideológica de las causas es una característica de la terapia estratégica desde los primeros años del trabajo de Haley y Watzlawick.

En la década de 1990, la terapia orientada a las soluciones está ya bien formulada, expuesta por De Shazer en una serie de libros escritos con un estilo impecable, ricos en casos clínicos y sobre todo *breves* (véase De Shazer, 1982, 1985, 1988). Los presupuestos fundamentales de su modelo son los siguientes:

Tabla 6.4. Conceptos básicos de la terapia orientada a las soluciones

-
- Los problemas derivan de cómo actúan y reaccionan las personas; no son sólo de origen «patológico».
 - No es necesario llegar a las raíces de un problema para encontrar una solución; podría además no existir ninguna «raíz».
 - Es importante comprender la visión que tienen los clientes de cuanto les sucede, mucho más que crearse una visión propia, basada en las nociones del terapeuta.
 - Las personas tienen en sí mismas todos los recursos necesarios para dar solución a sus problemas; el terapeuta sencillamente debe facilitar que esos recursos salgan a la luz.
 - No es necesario que el terapeuta sepa nada del problema presentado.
 - Para que se dé el cambio, es condición necesaria y suficiente que el cliente se comporte de modo diferente o vea las cosas de manera diferente.
-

La terapia orientada a las soluciones participa de manera casi paritaria de la tradición estratégica (los clientes tienen en sí mismos los recursos, el cambio es interpretado de manera puramente comportamental) y de las nuevas terapias narrativas y conversacionales (se requiere entender el punto de vista del cliente, el terapeuta no tiene un saber privilegiado). Después de 1990, De Shazer acentúa aún más esta posición en otros dos libros (De Shazer, 1991, 1994) en los que amplía su interés por el lenguaje: según él, el «sistema» es siempre un sistema lingüístico y las palabras son el elemento más importante de la transacción terapéutica. Como buen conocedor de Erickson, no ignora la importancia de los elementos no verbales, pero «los elementos restantes son sencillamente parte del contexto de las palabras, no un código secreto a interpretar».

Probablemente, la máxima de la terapia orientada a la solución es la «pregunta del milagro», que entró en la rutina del centro de Milwaukee desde 1983 (De Shazer, 1985): «La pregunta del milagro nació cuando un día Insoo dijo: “Bien, supongamos... supongamos que sucediera un milagro...”, y a partir de ahí se puso en marcha todo lo demás». Generalmente, es una pregunta útil para la primera entrevista, puesto que ayuda al terapeuta y al cliente a entender qué género de soluciones pueden ser aptas para ellos. De Shazer expone las versiones que se derivan de la pregunta del milagro como sigue:

Imagine que esta noche sucede un milagro y que mientras usted duerme, el problema que lo ha traído a la

consulta se resuelve: ¿cómo lo sabría? ¿Qué habría cambiado? ¿Qué vería a la mañana siguiente que fuera diferente y que le indicara que fue un milagro? ¿Cómo lo notaría su mujer (o su marido)? (De Shazer, 1991, pág. 113).

La pregunta de milagro evidencia el aspecto quizá más relevante de la terapia orientada a las soluciones: su horizonte temporal. El acento en el presente, típico de todas las terapias breves estratégicas, es sustituido por un definido acento en el futuro, tanto que las preguntas de De Shazer, más allá de la pregunta del milagro, tienden a hacer uso exclusivamente del tiempo futuro. El terapeuta opera de manera que el cliente construya directamente los posibles escenarios futuros de su vida.

Fiel a las premisas de la terapia breve, De Shazer mantiene la canónica duración máxima de diez sesiones, aunque frecuentemente la abrevia. En sus libros, ricos en investigaciones sobre resultados conducidos de forma no académica, pero según las modalidades del MRI, refiere que la duración media de sus terapias es de cuatro a seis sesiones (De Shazer, 1991). Pero De Shazer e Insoo Berg son algo más que terapeutas que se limitan a aplicar algunos presupuestos técnicos. Su trabajo en terapia se presenta como algo más sutil. A través de una conducción discreta pero brillante, los momentos privados de problemas en la vida de los clientes son acogidos y amplificados con gran ingenio, liberando a los clientes mismos del problema. Así, conforme avanza la entrevista, el problema está cada vez menos presente. La pregunta del milagro no es más que el elemento visible de una terapia construida según principios bastante coherentes. Dado que De Shazer es el máximo heredero del MRI, sus terapias llegan a ser la perfecta réplica de las de Weakland y Haley: el punto central no es la definición del problema, es la disolución de la noción misma de problema.

Una vez expuesto, resulta fácil sintetizar los motivos que avalan el gran interés que ha suscitado este modelo. Es simple, no exige una formación larga y compleja, y promete resultados en breve tiempo, independientemente de la diagnosis. Permite también eludir el incómodo problema de la dicotomía salud/enfermedad y de las definiciones cada vez más médicas y sanitarias de los posibles problemas de terapia. No es casual, entonces, que De Shazer se convierta en uno de los máximos maestros de la terapia del periodo, junto a Michael White y Harry Goolishian.

Terapias sistémicas

El modelo de Milán[3]

La última ocasión en que se reúnen los cuatro componentes del grupo de Milán es probablemente en 1996, con motivo de un seminario de Doane y Diamond, quienes

presentan en Italia su modelo de terapia intergeneracional. Sentados en primera fila, los investigadores milaneses sometieron a las dos estadounidenses a un bombardeo de objeciones, en su mejor estilo. Cuando en 1998, Boscolo y Cecchin celebraron los 25 años del Centro, estaba presente Giuliana Prata pero no Mara Selvini Palazzoli, que se había retirado en 1998 y murió en junio de 1999.

Durante estos años el trabajo del grupo de Selvini Palazzoli apunta a la investigación con una doble observación: por un lado, la situación relacional de las familias en tratamiento conduce a la patología de uno de los miembros; por otro, existe la necesidad de definir los síntomas de manera precisa para poder trabajar con las familias de manera predictiva. Este hecho introduce en el trabajo de grupo la diagnosis, desterrada desde tiempo atrás del ámbito de la terapia sistémica, y revela la necesidad de un pronóstico, hasta ese momento relegado. Es curioso que en la década de la terapia posmoderna y de la atención a la historia y al texto que lleva el cliente a la sesión, la escuela de Selvini asuma la tendencia opuesta y reabra la nosografía tradicional.

Es también cierto que la redescubierta psicopatología es interpretada como un proceso de defensa frente a una situación familiar patológica, donde las personas sintomáticas responden en términos defensivos a un contexto dañado, pero resta aún por definir qué es sano y qué es considerado enfermo: el bien y el mal de la relación están ahora ligados a una perspectiva psiquiátrica tradicional. El cliente, aquí, no es el experto: la competencia, el lenguaje adecuado, la clasificación que hace la persona miembro de un grupo diagnóstico, pertenecen al terapeuta. Los problemas regresan al primer plano: nacen así los trabajos que tratan a la familia del drogodependiente, del psicótico, de la anoréxica y de la bulímica (Cirillo y otros, 1996; Selvini Palazzoli y otros, 1988, 1998).

Del grupo original de Milán, Luigi Boscolo es el clínico por excelencia, la persona que ha volcado sus energía en el cliente y en la cura. Es el mundo de las pasiones y de las emociones el que Boscolo explora en esos años:

El cambio más importante para nosotros, también desde el punto de vista técnico, fue el uso de las emociones, es decir, el descubrimiento de las emociones y de su importancia. Me convencí de que la concienciación no es suficiente para llegar a un cambio, sino que son necesarias las emociones. Y las emociones pueden ser puestas también en relación con el discurso de la empatía, *son* la empatía. El terapeuta vive emociones y las pone a disposición del paciente para permitirle pensar qué se puede sentir (Boscolo, 2000, comunicación personal).

Anteriormente, la teorización de Milán había desarrollado lo que Bateson (1936-1958) habría definido como el *eidos* (el mundo cognitivo) de los clientes, mientras que ahora pasa a primer plano el *ethos* (el mundo de las emociones). Mejor dicho, las emociones vuelven al primer plano; ya lo habían estado durante la época de la formación psicoanalítica de Boscolo, para después derivar en lo que los mismos autores (Boscolo y Bertrando, 1996) definirán como «lo no dicho». El giro supone una renovada atención

por lo no verbal, por los aspectos más ligados al contexto, en lugar de al texto. También para Boscolo, el futuro es una recuperación del pasado, transformado y transfigurado en un equilibrio absolutamente único y original: el pasado del psicoanalista (al cual Boscolo no ha renunciado ni negado jamás) regresa con una conciencia profunda de las nuevas instancias, puestas al servicio de la experiencia personal y de la propia historia. Pero no sólo eso: el modelo elaborado por Boscolo se convertirá en un modelo idóneo también para la psicoterapia individual (Boscolo y Bertrando, 1996):

Por lo que a nosotros respecta, en el diálogo terapéutico preferimos usar la metáfora de las «voces internas» que cada uno tiene dentro de sí y que derivan de la interacción de las relaciones con las personas más significativas de nuestra vida. Podemos así hacer hipótesis sobre las voces internas del cliente y sobre sus características. [...] Esta perspectiva supone que el diálogo tiene que crear una dialéctica entre las tres partes: terapeuta, cliente y voces internas (Boscolo y Bertrando, 1996, pág. 15).

Cecchin, por su parte, dedica estos años a reelaborar la idea de la neutralidad, a partir de la cual desarrolla la de curiosidad (Cecchin, 1987). Poco después, Cecchin hace derivar la noción de curiosidad en *irreverencia*:

La irreverencia [...] es una posición que refleja un estado mental del terapeuta, que lo libera permitiéndole actuar sin ser víctima de la ilusión del control. La posición de irreverencia sistémica permite al terapeuta incluir ideas que podrían, a primera vista, parecer contradictorias (Cecchin y otros, 1993, pág. 9).

Con el concepto de irreverencia (que evolucionará aún más en una investigación sobre los prejuicios del terapeuta: Cecchin y otros, 1997), Cecchin trata de resolver a su modo los dilemas del posmodernismo, situándose en una posición que escapa, por una parte, a la condición del terapeuta experto, y, por otra, a la desesperada impotencia del terapeuta no experto. Su trabajo defiende la posibilidad de que el terapeuta sea más creativo y dispuesto a la formulación de hipótesis ligadas al contexto, en vez de a la creación de interpretaciones conectadas con ideas fuertes y estructuradas. Se trata de considerar las experiencias comunicadas como una de las posibles verdades y de aceptar plenamente la diversidad de las personas, sin buscar modificar nada, al menos como programa terapéutico inicial, aunque al mismo tiempo el terapeuta debe ser activo en la búsqueda de un sentido nuevo a hechos e ideas. La paradoja de esta posición está en la afirmación de que no se debe tomar demasiado en serio a una autoridad, cualquiera que ésta sea, incluida la terapéutica; hay que privarla mínimamente de su autoridad, pero sin renunciar por ello a hacer terapia.

TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES

Intervenciones psicoeducativas

La psicoeducación tiene una historia cargada de contrastes, a los que acompañan las múltiples vicisitudes de sus creadores. Robert Liberman será el rehabilitador preferido por la industria farmacéutica, por sus procedimientos comportamentales adaptados a la coexistencia con los fármacos. Un camino similar sigue Ian Falloon, que en estos años es una especie de peregrino de la psicoeducación comportamental, desplazándose entre Inglaterra, Nueva Zelanda e Italia. Julian Leff aparece sobre todo como un apreciado conferenciante. Prosigue el trabajo del grupo de Pittsburgh por obra de Gerry Hogarty, el más fiel a la psicoeducación tradicional, junto al inglés Nick Tarrier. También el grupo de la UCLA está disperso. Queda Michael Goldstein, que continúa su propio trabajo clínico, ocupándose sobre todo de familias con trastornos bipolares. Muere a comienzos de 1997, víctima de un tumor. Desaparece así uno de los clínicos más entusiastas y sabios del campo psicoeducativo, el hombre que había ideado la primera intervención que podía aspirar a tal nombre.

La psicoeducación, no obstante, no se ve obstaculizada por la dispersión de esta primera generación, y continúa siendo objeto de una serie de estudios clínicos (Dixon y otros, 2000). Este método está en continua expansión, llegando incluso a China (Mingyuan y otros, 1993) y la India (Shankar, 1994). El fenómeno es fácilmente explicable: el carácter fuertemente tecnológico de la psicoeducación no requiere (como en el caso de las terapias familiares) una sociedad y una psiquiatría sofisticada y abierta a la psicología, sino que puede ser aplicable también en áreas en principio cerradas a la psicoterapia.

En 1998, el Schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT) publica una serie de recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia, en las cuales se atribuye gran importancia a las intervenciones psicosociales sobre la familia. Treinta años después de la muerte de Don Jackson, las intervenciones psicoeducativas son el tratamiento psiquiátrico familiar por excelencia, pero su aplicación en la psiquiatría cotidiana es un punto flojo. Se descubre que sólo una minoría de los pacientes psiquiátricos que viven en contacto con la familia recibe la psicoeducación (no más del 30 % según Lehman y otros, 1998). Es necesario agregar que también los mismos beneficiarios de la psicoeducación generalmente tienen dificultad para aceptarla: no obstante los esfuerzos de connotarla como una intervención que no recrimine a las familias, muchos familiares la perciben así (Solomon, 1996). La psicoeducación, por tanto, es atacada por más partes. Surgen cuatro reacciones frente a la psicoeducación, cada una de ellas defendida por un grupo distinto en cuanto a sus intereses y

convicciones:

1. *Ortodoxia*: proseguir con las intervenciones de matriz comportamental usadas en los primeros diez años de psicoeducación.
2. *Evolución*: modificar los instrumentos de la psicoeducación para que se asemeje, en cuanto a los hechos, a una verdadera terapia familiar.
3. *Negación*: juzgar la psicoeducación como superflua; es posible sustituirla con una simple consultoría sobre los *verdaderos* tratamientos (farmacológicos) disponibles.
4. *Superación*: sustituir la psicoeducación con formas más o menos complejas de autoayuda.

La primera posición es característica de los que habían construido su propio modelo en los primeros años de la psicoeducación: Liberman, Falloon y William McFarlane. Falloon, en particular, pone en pie un modelo de intervención en el que la psicoeducación ya no se halla en el hospital o en la clínica, sino que es responsabilidad directa de los médicos de base, a los que se atribuye la tarea de individuar —después de un oportuno tratamiento— a pacientes y familias problemáticas, que más tarde pasan a cargo de un equipo móvil, compuesta por enfermeros y algún psiquiatra (Falloon, 1998). William McFarlane será el propulsor de la psicoeducación en Estados Unidos. Alumno de Minuchin y de Laqueur (McFarlane 1991; McFarlane y otros, 1995), enriquece el modelo psicoeducativo de Pittsburgh con la introducción de los grupos multifamiliares, ampliando así la posibilidad de intervención, además de obtener un formato menos costoso.

La segunda reacción es la de Leff, que combina con cierta desenvoltura las intervenciones de control social puro (por ejemplo, separar a los pacientes de las familias de alta emotividad expresa) e intervenciones extraídas del repertorio de las mejores terapias (por ejemplo, una versión moderada de la connotación positiva de todos los comportamientos familiares). Aquí la distinción entre terapia familiar y psicoeducación se esfuma, aunque con connotaciones diferentes. Según Michael Goldstein (1995), la psicoeducación «pura» e independiente de la terapia es sobre todo una ilusión: tarde o temprano es necesario hacer uso de una habilidad terapéutica también para hacer psicoeducación; de otra forma sólo se hace una mala psicoeducación. Este género de psicoeducación, más dialéctica y abierta a las técnicas de las terapias sistémicas y relacionales, es usado provechosamente en el tratamiento de trastornos bipolares (Miklowitz y Goldstein, 1997).

La propuesta más radical es la proveniente de los psiquiatras de estrecha orientación biológica. Según ellos, se puede eliminar la psicoeducación y sustituirla por una simple consultoría específica no profesional para las familias (una especie de manual de

instrucciones para las terapias farmacológicas). El objetivo sería sencillamente aumentar la *compliance* de los pacientes hacia la farmacoterapia, vista como el único tratamiento eficaz de los problemas psiquiátricos graves (Hemsley y Murray, 2000).

Según los representantes organizados de los familiares de los enfermos psiquiátricos, por último, se debiera suprimir el prefijo «psico» y limitarse a una sencilla «educación» (en el sentido anglosajón del término «instrucción») de los familiares, que tendrían de esta forma a su disposición los instrumentos para ocuparse del enfermo (Solomon, 1996). Esta posición se basa en la sensación, muy frecuente y arraigada entre los familiares de los enfermos psiquiátricos, de ser estigmatizados por las intervenciones sobre la familia (sensación favorecida por las afirmaciones relativamente paradójicas de una cierta psicoeducación: «Nosotros sostenemos que la esquizofrenia es una enfermedad biológica y *por ende* trabajamos sobre ustedes, los familiares»).

Sin embargo, como el malestar familiar no desaparece, es necesario encontrar otros caminos para afrontarlo. Después de cuarenta años de terapia familiar, la existencia del malestar de las familias, que exige una forma de «cura», es finalmente aceptada: los fundamentos de la psicoeducación y de la terapia familiar no pueden ser arrojados por la ideología farmacéutica. Los representantes de los familiares, y posteriormente los pacientes mismos reunidos en asociaciones, le dan un mayor valor a las técnicas de autoayuda (Clerici, 1999). De este modo, en una convergencia paradójica, los representantes de los familiares, que inauguran las terapias familiares del «no saber», se acercan a esta teoría, precisamente con su réplica a los terapeutas en cuanto expertos de «presuntos saberes». Y ello no es casual: una de las probables causas del auge de las terapias posmodernas es justamente la crisis de los saberes profesionales. Se podría entonces decir que el público de las terapias, en estos años, comparte un escepticismo fundamental hacia las competencias mágicamente aceptadas de los terapeutas.

TERAPIAS POSMODERNAS

Terapias narrativas

Junto al posmodernismo y al construccionismo social, el otro concepto emergente en la terapia familiar de la década es el concepto de narrativa. La narrativa es ya en estos años una clave importante en el desarrollo de las ciencias sociales (Mitchell, 1981; Polkinghorne, 1988; Ricoeur, 1981), la antropología (Geertz, 1973), la psicología (Bruner, 1986, 1990; Gergen, 1982) y el psicoanálisis (Schafer, 1981; Spence, 1982). En la terapia familiar el modelo más coherente y completo de terapia narrativa no procede de elaboraciones de clínicos muy conocidos, sino de la periférica y marginal Oceanía.

White y Epston: la terapia como narración

Michael White

Michael White se desarrolla personal y profesionalmente en Australia del Sur, en Adelaida. En 1967 inicia su carrera como asistente social. En esta fase, su interés por la aproximación sistémica y la psicoterapia hace referencia a los modelos sistémico-estratégicos en boga, en particular el del MRI. Según Zimmerman y Dickerson, es Karl Tomm quien le dirige a la hora de profundizar en los trabajos de Bateson, que lo inician en la semántica de la comunicación y en la construcción de significados (véase White, 1985). Desde 1980 estudia las ideas de Michael Foucault sobre la relación entre conocimiento y poder (Foucault, 1971, 1975), junto a las de Erving Goffman y Jacques Derrida. Esta formación le permite desarrollar una amplia reflexión sobre los procesos de desinstitucionalización del conocimiento y del poder del conocimiento experto, que resurgirán en los modelos teóricos y en las metodologías del *reauthoring*. En la década de 1990 comienza a estudiar el construccionismo social, especialmente los trabajos de Gergen y Davis (1985). Está además influido por la psicología narrativa de Bruner (1986, 1990).

Clínicamente, pone a prueba las ideas de Foucault trabajando con niños que padecen encopresis, que tienen historias estremecedoras, generalmente estigmatizados por sus propios padres. Gracias ellos, Michael aprende a investigar los *unique out-comes* (resultados únicos) que pueden darles una idea de éxito. Comienza así separar a la persona del problema, creando el lema: «La persona no es el problema; *el problema* es el problema». La idea consiste en personalizar la encopresis en forma de *sneaky poo*: el síntoma se *externaliza*, se separa de la persona para transformarse en algo que la

persona (y la familia) puede enfrentar y acaso vencer (véase White, 1992). Pero es necesario un elemento más radical, que White hallará cuando objective las experiencias de las personas en forma de *historias*, que, como tales, pueden ser reescritas según deseen los clientes, quienes serán sus autores.

Sus primeras contribuciones orgánicas a la teoría y la práctica de la terapia como si se tratara de un texto llegarán más tarde, con «The process of questioning: A therapy of literary merit?» (1988), y *Literate Means to Therapeutic Ends* (1989), escrito con Epston.

David Epston

La primera formación académica de David Epston es en sociología de la medicina; luego profundiza en los estudios de antropología, disciplina en la que reconoce una influencia directa sobre su modo de hacer terapia (véase Epston, 1989). Epston afirma que la antropología y los estudios etnográficos y transculturales son metodologías muy cercanas a la práctica terapéutica. El pensamiento antropológico le influencia sobre todo en tres áreas fundamentales:

- En la comprensión relativista de la fenomenología de las «pequeñas culturas familiares» y de la identidad singular, metodología muy afín a los antropólogos.
- En el rechazo del pseudocientificismo de la psiquiatría ortodoxa, en la que el objeto estudiado es separado del sujeto observador, lo que produce la degradación de la cultura familiar.
- En la conceptualización del cambio, y por tanto del cambio terapéutico, según una perspectiva transcultural, siguiendo la metáfora de la transición y del pasaje.

Epston pone de esta forma a la psicoterapia fuera del modelo médico y de la metáfora de la *enfermedad*. La psicoterapia es un instrumento que facilita el *paso* el terapeuta es un entrenador de la familia y el individuo, y les ayuda a encontrar las transiciones justas a través de sus propias evoluciones existenciales, respetando la identidad de cada pequeña cultura familiar.

La terapia se convierte en una forma de *re-gradation* (un ritual opuesto al «ritual de degradación» de Goffman, 1961). Para Epston, la terapia debe restituir el *valor* a la llamada patología mental (*re-gradation*), recuperando una *retórica noble* que busca la adaptación y la competencia de las personas y los sistemas humanos, disolviendo la dicotomía epistemológica entre objeto y sujeto de conocimiento, y recuperando también el concepto de *redes de pasajes* (Van Genneep, 1909) como fundamento de cada intervención terapéutica.

Probablemente la mayor contribución de Epston a la terapia narrativa es el uso de *medios literarios con fines terapéuticos* (White y Epston, 1989), que en su caso es sobre todo la escritura de cartas:

No me lo habían enseñado durante mi formación, ni tampoco había visto a otros terapeutas hacerlo, pero me encontré de pronto escribiendo una carta a la familia de mi primer cliente después de la primera sesión. Me parecía algo muy natural, como la extensión de la conversación que habíamos tenido. [...] La familia se quedó muy sorprendida al recibir la carta; me agradeció que se la hubiera escrito y la leímos juntos al inicio de la siguiente sesión como punto de partida. [...] Después de esta primera carta he escrito miles: la gran mayoría de mis clientes ha recibido una después de cada sesión (Epston, 1994, pág. 32).

He aquí un ejemplo de cómo inicia Epston una de sus largas cartas de (en este caso una de las primeras, dirigida a una de sus clientes, Monica, la cual desempeñará un papel muy importante en la evolución de su modelo terapéutico):

Querida Monica:

Estoy escribiendo un resumen de nuestros encuentros, como habíamos acordado. Lo hago por una serie de buenas razones: en primer lugar, creo que el hecho de que me haya contado a mí, que soy virtualmente un extraño, la historia de su vida —que es una historia de explotación— de alguna manera la libera de ella. Al contarla, su historia pasa a ser una historia que se puede dejar de lado y resulta más fácil edificar el futuro sobre las bases que usted desee. En segundo lugar, es necesario que su historia sea recogida por escrito; de ese modo usted no la pierde y además está a disposición de otros a quienes podría servir de ayuda... (Epston, 1989, pág. 129).

El uso de las cartas, bien es cierto, tiene un correlato pragmático: anotar lo que dicen los clientes en el transcurso de las terapias, con el fin de estar mejor preparado para escribir las cartas. Epston no se detiene ahí, sino que da un paso más allá: releer con los clientes lo que han dicho en el curso de la terapia (en cierto modo, una técnica similar al uso de la videograbación). La escritura ralentiza las acciones del terapeuta (Epston, 1994). De este modo teoría y praxis se complementan. La teoría según la cual el problema y la persona son entidades separadas está de alguna forma generada y reforzada por el mismo hecho de objetivar el problema en un papel. Esta misma praxis contribuye a consolidar una de las metáforas más destacadas de la década: la terapia como un texto.

La terapia de White y Epston

Adoptando como referencia a Foucault, sobre todo el del periodo de *Vigilar y castigar* (1975), White concibe la terapia como una operación política. La política cotidiana de la terapia ha sido infravalorada por los terapeutas, excepto por las feministas: White redescubre, sin saberlo, el análisis de la posición política del terapeuta pero con una diferencia crucial: las consecuencias de su análisis y de su trabajo son microsociales, no políticas. Para White es suficiente desmitificar los discursos de poder frente a los

individuos y sus familias para obtener un resultado *político*.

La terapia según White y Epston sigue una serie de pasos lógicamente concatenados: el dominio del conocimiento es un dominio de poder; el conocimiento separado de las condiciones y de los contextos de su producción es un instrumento de poder, será por tanto deconstruido y reportado a los orígenes de su institucionalización. Una identidad construida sobre un conocimiento separado de las condiciones y de los contextos de su producción lleva a la exclusión y a la marginalización.

Los individuos cuentan su vida, y a través de esta narración la estructuran y le dan un significado. Generalmente, una historia que representa una narración parcial de una experiencia de vida compleja se convierte en *dominante* (análoga al «discurso dominante» de Foucault, 1975) y genera la identidad que el sujeto se atribuye: la persona está narrada por la cultura y por otros elementos significativos, de modo que acaba reprimiendo su «autenticidad». Lo que está inhibido es la autodeterminación de los significados: la persona se relata a sí misma la historia dominante que relatan los otros. No resulta difícil reencontrar aquí la ideología liberacionista que da forma a la mayoría de las terapias familiares desde sus inicios.

El paso siguiente a la constitución de una historia dominante y al surgimiento del malestar es la subjetivización del problema, convirtiéndose en un problema personal. Frente a la objetivización, que es un proceso pasivo, la subjetivización es un proceso activo a través del cual se produce una estandarización de las acciones respecto a las normas sociales, de tal manera que el individuo se convierte en un cuerpo dócil, que actúa sin respeto ni miramientos en relación con sus propios deseos.

El procedimiento terapéutico de la *objetivización del problema* es la traducción metodológica de la necesidad teórica de atribuir las raíces del problema a las condiciones culturales e históricas que se supone son sus causas. Objetivar el problema significa mostrarlo como un *producto* de procesos de institucionalización de tipo cultural, social e histórico. El individuo está inmerso en «danzas» y discursos sociales, que lo llevan a desarrollar algunas de sus potenciales variaciones del yo y a dejar atrás otras. *El problema es visto como elemento opresivo y nocivo para la integridad del sistema, nunca como «útil» a su funcionamiento*: hacer sentir a las personas «agredidas» por un problema que éste viene desde fuera puede ayudarles a reencontrarse, llevándolas a unir fuerzas entre ellas para recuperar poder y confianza en la posibilidad de vencer, derrotando al problema.

La *externalización del síntoma* es el correlato técnico del proceso de objetivización del problema, que muestra al sujeto el poder y la influencia que el problema tiene sobre su vida. De este modo, el cliente se separa de la historia dominante y del problema y comienza a tomar confianza y percepción de su poder personal, a preguntarse qué desea verdaderamente. El trabajo del terapeuta es un trabajo de «no experto»: no da

soluciones, se articula sobre el incremento del poder personal y de la identidad del individuo, en función de su rebelión frente a las características culturales absorbidas por la historia dominante.

Consecuencia de esta posición es el uso de las preguntas, con una mínima intervención de reformulación y estrategización por parte del terapeuta. Llevando al extremo las consecuencias de la praxis de los terapeutas de Milán, el investigador australiano cataloga numerosas preguntas (véase Epston y White, 1992). Como Andersen (y Bowen y Weakland de las generaciones anteriores), White muestra más un modo de pensar que una técnica espectacular. Dificilmente desilusiona a sus alumnos y seguidores porque su personalidad terapéutica, con toda su delicadeza, está caracterizada por una fuerte energía.

En su artículo «The process of questioning: A therapy of literary merit?» (1988), White define las cinco etapas de su proceso terapéutico:

1. Hacer *preguntas de conjunción* para conocer a las personas que se han presentado en la terapia como elementos separados del problema y para definir sus competencias.
2. Hacer *preguntas relativas al problema* y a la experiencia del cliente al respecto, poniendo atención en la externalización del problema, hablando de él como si se tratara de una cosa que está separada del cliente y de su vida.
3. Hacer *preguntas con influencia relativa*, que tienen el fin de externalizar el problema, esto es, llevar a los miembros de la familia a vivir el problema como *externo* a ellos en cuanto personas. Algo externo que influencia fuertemente sus vidas.
4. Hacer *preguntas que revelen los «resultados únicos»*, es decir, que busquen episodios en los que el problema no ha podido influir en la vida de las personas de la familia. Los resultados únicos son los episodios de vida que contradicen (pasado real) la descripción saturada del problema (la historia dominante), o que no pueden ser previstos a partir de la lectura de la historia dominante (futuro imaginario).
5. *Construcciones de historias alternativas*, que tienen el objetivo de construir un nuevo paisaje de la conciencia, sobre la base de los resultados únicos presentes en el paisaje de las acciones.

Una vez exteriorizado y objetivado el problema, las preguntas permiten al cliente ver su vida de forma diferente («Si usted reexamina los encuentros que hemos tenido, ¿piensa que se ha aclarado algo respecto a cómo es usted como persona y a sus modalidades preferidas de entrar en relación con los otros? ¿Qué sabe ahora del tipo de vida que mejor se adapta a usted y de la que menos se adapta a su carácter?») y exponer

su propia experiencia ante los otros («Ahora que ha logrado llegar a este punto en su vida, ¿qué otra cosa debería conocer? ¿Qué cambiaría en su comportamiento hacia sí mismo si conociera esos aspectos nuevos?»; véase Epston y White, 1992).

Aunque el uso de las preguntas como vehículo principal de intervención (aparte de las cartas y los restantes documentos escritos) acerca a Epston y White a Boscolo y Cecchin, el carácter de sus preguntas es notablemente diferente. Las preguntas circulares tienden a desplazar la atención del entrevistado hacia las relaciones con los otros o hacia los hechos de la vida, para después eventualmente volver al sujeto, con un movimiento desde el exterior hacia el interior. Las narrativas se centran, en cambio, justamente en las experiencias subjetivas y en la identidad, para pasar en un segundo momento a considerar las relaciones, realizando así un movimiento desde el interior hacia el exterior. El punto focal de la terapia narrativa de White y Epston queda siempre en el individuo, tanto que Minuchin se da cuenta y plantea la pregunta: «¿Dónde está la familia en la terapia familiar narrativa?» (Minuchin, 1998).

El movimiento de terapia familiar narrativa

Después de 1990, el concepto de «terapia centrada en las narrativas» empieza a imponerse, y finalmente sustituirá a la denominación «terapia sistémica». El proceso, al comienzo lento, es cada vez más rápido, hasta que en 1996, en un editorial de *Family Process*, el director, Peter Steinglass, afirma: «Las aproximaciones narrativas de la terapia familiar han capturado la imaginación y el interés en nuestro campo, lo que se refleja en el hecho de que los escritos sobre estos temas constituyen el grupo más consistente de los artículos publicados en nuestra revista en este periodo» (Steinglass, 1996, pág. 403). En 1991, cuando Steinglass llega a la dirección, la revista estaba aún anclada en la heterodoxia del sistema y de la estructura; el único artículo que versa sobre la temática narrativa era «A universe of stories» de Alan Parry (1991).

La introducción de un vasto y complejo *corpus* de ideas narrativas dentro de la terapia sistémica tiene múltiples consecuencias sobre la teoría y la praxis: los terapeutas empiezan a mostrar un mayor respeto por las ideas, los valores, las historias de los clientes, por todo lo que los clientes tienen que decir, más allá de las teorías y las hipótesis del terapeuta. La perspectiva narrativa es cada vez más «humanista», restituyendo a la *persona* los «derechos» que —según sus seguidores— habían sido negados por otras praxis terapéuticas, sobre todo las sistémicas y cibernéticas (Hoffman, 1990; Paré, 1996). Como Minuchin contra Satir, como Boscolo y Cecchin contra Minuchin, White y sus seguidores imponen la narrativa con vehemencia, desencadenando el más radical rechazo de los modelos de terapia familiar que les han precedido (véase Bertrando, 1998).

Las ideas narrativas son utilizadas también por autores ligados a diferentes tradiciones,[4] como la sistémica (Sluzki, 1991; Boscolo y Bertrando, 1993) y la estratégica (Eron y Lund, 1996). La terapia narrativa posmoderna será, durante algunos años, la frontera de la terapia familiar.

Los terapeutas narrativos serán también maestros de escuelas teóricas y de su retórica. La cuestión del poder y de la política en terapia hace que el terapeuta sea más consciente de su propia posición de poder, y por lo tanto de su propio rol como agente de poder en la vida de los clientes. La unidad de observación y de máximo interés para el terapeuta —aunque se presente como terapeuta de la familia— vuelve a ser el individuo, más que la familia o la pareja. La historia, por otra parte, contiene al yo y a la experiencia interior, de la que deriva en un segundo momento el diálogo. Este aspecto es muy importante porque estos autores parten de una versión radical del construccionismo en la que se construye exclusivamente en la interacción social y lingüística; sin embargo, después ceden a la fascinación de la historia narrada por el individuo y terminan viéndola como correspondiente a un «yo» más tradicional de lo que parece.

En lo que respecta a la retórica, el estilo de los terapeutas narrativos se distancia del estilo técnico y generalmente estático que caracteriza a los constructivistas y cibernéticos de segundo orden, y optan por un estilo políticamente correcto y respetuoso con el interlocutor, como testimonia la prosa del *Dulwich Centre Newsletter*, revista oficial del centro de terapia narrativa dirigido por White. En un número especial sobre un proyecto de intervención en la comunidad de pacientes psiquiátricos apareció la siguiente nota:

En el caso de las personas con diagnóstico psiquiátrico que se unieron al proyecto tras su incorporación a los servicios psiquiátricos, no parece apropiado denominarles «pacientes» o «consumidores», ya que tales términos niegan la fundamental contribución de estas personas al proyecto. A la hora de describir cómo se han implicado estas personas en el proyecto, preferimos hablar de «miembros de la comunidad». Los «miembros del equipo del proyecto», por su parte, son los asistentes sociales, los terapeutas y el coordinador del proyecto (anónimo, 1997).

Como se puede apreciar, se evita poner etiquetas con el fin de no crear jerarquía alguna. Sin embargo, no podemos afirmar con seguridad que la psiquiatría y la terapia oficial hayan asumido esta actitud; quizá sigue siendo un hermoso sueño lingüístico.

Terapias conversacionales

Los terapeutas narrativos ven la terapia como una tarea de *colaboración* entre cliente y terapeuta, situados ambos en un plano casi paritario. La aproximación colaborativa se basa en un aspecto fundamental: que el cliente y el terapeuta ostentan la misma dignidad en cuanto a la experiencia vivida y que, siendo la experiencia humana ambigua y rica en

significados, no es lícito definir un *a priori* hermenéutico para interpretar las experiencias de los demás sobre la base de un criterio teórico rígido. La cuestión de la paridad experiencial entre cliente y terapeuta reviste gran importancia en la terapia conversacional, pues su objetivo es tratar el material que el cliente expone en la sesión como un *texto*, pero de manera diferente a la terapia narrativa:

El enfoque conversacional se basa en el *no saber*, base primordial de la terapia. [...] Por tanto, es necesario escuchar las historias de los clientes de un modo peculiar, implicándose en la conversación con el cliente. [...] Las preguntas no derivan de ideas preconcebidas del terapeuta respecto a las historias. [...] Las preguntas conversacionales nunca proceden de técnicas, métodos o de una lista de preguntas elaborada previamente; por el contrario, derivan del esfuerzo sostenido y constante por no entender, por no saber (Anderson, 1993, pág. 330).

Ésta es quizá la diferencia sustancial entre las terapias narrativas y las terapias conversacionales: mientras para la primera la historia del cliente es casi reificada en la metáfora del texto, sobre la que trabaja el terapeuta con preguntas codificadas y estructuradas, para los conversacionalistas es el *stream of consciousness* lo que constituye el material de trabajo. Lo que cambia por tanto es el objetivo de la terapia: en el enfoque conversacional, el objetivo es cuanto menos incierto, mientras que en el narrativo, la reescritura (*re-authoring*) es el fin y la conversación un medio.

Harlene Anderson y Harry Goolishian

El Galveston Family Institute existe desde hace una docena de años [se fundó en 1989]; originalmente era un instituto clínico, de formación y sin ánimo de lucro. Cuando trabajábamos en la Medical School de la Universidad de Texas —donde he sido profesor durante más de treinta años—, una serie de cambios en la administración del departamento de psiquiatría dificultó sobremanera nuestro trabajo. Por ello decidimos continuar nuestra investigación y formación en lo que entonces se denominaba «proyecto de estudios sobre la familia», ya no dentro de la Medical School, sino en el Galveston Family Institute, centro que fundamos en la ciudad de Galveston. [...] Al principio éramos sólo cuatro: Harlene Anderson, Paul Dell, George Pullian y yo (Goolishian, en Bussi y Ravella, 1989, págs. 1-2).

Harry Goolishian y Harlene Anderson son dos de los más destacados terapeutas del posmodernismo. Goolishian es hacia 1985 un terapeuta que ha participado en la primera fase de las terapias familiares, sin lograr alcanzar el reconocimiento que hubiera deseado. Curiosamente, cuando se separa cultural y técnicamente de la orientación estratégica (Goolishian trabajó durante veinte años en el MRI), el impacto conversacional da un importante vuelco a los presupuestos cibernéticos de su pensamiento: de la concepción mecánica de «ciencia dura» pasa a una posición flexible y fluida, tanto en su concepción cultural como en la práctica terapéutica, la cual, siguiendo a Kenneth Gergen, se basa en la filosofía social, en vez de ser una actividad transformadora, psicoterapéutica en sentido estricto. En 1988, publica junto a Harlene Anderson, su más fiel colaboradora, «Human systems as linguistic systems», donde desarrolla los puntos centrales de la visión

conversacional en terapia familiar. En 1992, la pareja, ya famosa, publica «The Client is the expert: A not-knowing approach to therapy» (Anderson y Goolishian, 1992). Goolishian es en ese momento un reputado terapeuta familiar, pero no puede saborear mucho el éxito, ya que muere antes de la publicación del artículo. Será Anderson quien herede la dirección del Galveston Family Institute, manteniendo viva la memoria del maestro.

En el artículo de 1988, Anderson y Goolishian sostienen que sólo es posible explicar los sistemas existentes por medio del lenguaje y de los actos comunicativos. Es ésta la perspectiva que desarrollan, destacando el significado *local* del trabajo terapéutico conversacional.

El término *local* alude al lenguaje, al significado y a la comprensión que configura a la persona por medio del diálogo y no a través de la sensibilidad cultural general. Es la comprensión local la que da un sentido personal a los recuerdos, a las percepciones y a las historias. [...] El significado local es importante porque destaca la existencia de un espectro de experiencias, de modos de conocer estas experiencias que es diferente en los diversos sujetos «cognoscentes» y que varía de una terapia a otra (Anderson y Goolishian, 1992, pág. 46).

La idea de base es que no hay «esencias», que es imposible conocer la totalidad de lo existente y que solamente se puede dar un conocimiento negociado entre los interlocutores, de una forma provisoria y local, marcadamente circunscrito e informado por el contexto lingüístico que en ese momento actúa como contexto de la conversación en acto. El proceso terapéutico por tanto se inscribe en una perspectiva lingüística. El problema presentado por el cliente existe en el lenguaje, y da sentido al contexto narrativo que lo contiene; el procedimiento terapéutico es el proceso lingüístico que reorganiza y disuelve el problema; la técnica terapéutica es, sustancialmente, la capacidad del terapeuta para mantener abierta la conversación entre las partes. La idea es que la terapia pueda permitir al cliente decir (y pensar) lo que aún no ha dicho (ni pensado) acerca de su historia personal.

Estas consideraciones dan un vuelco a la concepción sistémica clásica. Hasta la llegada del posmodernismo, el axioma era que el sistema disfuncional crea el problema y que tal problema puede ser modificado operando sobre el contexto. En la perspectiva de Anderson y Goolishian, en cambio, «los sistemas no crean problemas. El uso del lenguaje referido a los problemas es lo que constituye a los sistemas» (Anderson y Goolishian, 1988).

En cierta medida Anderson y Goolishian se muestran favorables a una disolución del carácter específico y técnico de la terapia en pro de una modalidad coloquial, un *common people style*. Además de la disolución de la técnica, Anderson y Goolishian sostienen que es necesario revisar el rol del terapeuta. En el artículo que publicaron en 1992, resaltan la posición del «no saber», en la que el terapeuta se limita, sin ideas preconcebidas, a

estimular la conversación de los clientes, asumiendo una posición hermenéutica:

En terapia el «no saber» requiere que nuestras interpretaciones, explicaciones y comprensión no se limiten a experiencias precedentes, a verdades formuladas teóricamente, o a experiencias cognoscentes. [...] El terapeuta se une al cliente en una mutua exploración de la comprensión y de la experiencia de este último. Así, el proceso de interpretación, el esfuerzo de la comprensión terapéutica, es fundamentalmente colaborativo (Anderson y Goolishian, 1992, págs. 28-30).

Aun cuando Anderson (1998, comunicación personal) tiende a subrayar la absoluta originalidad de su perspectiva, Goolishian reconoce la influencia de Bion, Winnicott y Rogers, los terapeutas que ponen la personalidad del terapeuta en segundo plano y subrayan el rol creativo y activo de los clientes. La posición del terapeuta debe ser «no experta» («sin memoria y sin deseo» según Bion, «centrada en el cliente» según Rogers) con el fin de favorecer la creación de un espacio libre para la conversación. No es tan importante la modificación de la situación individual o familiar como la promoción de un diálogo que deje abierta la lectura de la experiencia del cliente más allá de cualquier constructo teórico «fuerte» que pueda influir en la regulación del significado.

Los aspectos teóricos del trabajo de Anderson y Goolishian se imponen sobre su *corpus* técnico, bastante reducido. En la praxis psicoterapéutica Anderson y Goolishian basan el trabajo interpretativo en la tradición hermenéutica de Gadamer (1960): el terapeuta se implica junto a su interlocutor en la definición interpretativa del material de la sesión. Más allá de los elementos técnicos o de escuela no existe «la psicoterapia», sino sólo *ese determinado* encuentro terapéutico que desarrolla *esa* situación relacional.

Como, según este enfoque, es el problema el que crea el sistema, queda sin resolver la cuestión de dónde tienen su origen estos problemas y de qué naturaleza son. Da la impresión de que si el interlocutor del terapeuta dejara de hablar de sus problemas, éstos desaparecerían.

Tom Andersen

Tom Andersen, que trabajaba como psiquiatra en la sanidad pública de Noruega, relata en sus escritos, con cierto encono, que la situación ambiental en Tromsø, en el extremo norte de Noruega, era particularmente difícil: eran necesarias grandes dosis de tenacidad y optimismo para quedarse en el paralelo 66, donde en invierno los días duran sólo tres horas. Las historias que narra sólo podrían suceder en el inhóspito norte de Noruega donde espacio y tiempo asumen dimensiones desconocidas, al menos para nuestros horizontes.

La idea de que un grupo de trabajo es un sistema, y que los principios sistémicos de relación entre las partes pueden ser utilizados con el mayor provecho en las organizaciones, además de en la clínica, lleva a Andersen y a su equipo a tomar contacto

con los principales laboratorios sistémicos del mundo: nacen así los intercambios de experiencias y de escritos con Lynn Hoffman del Ackerman Institute, con Boscolo y Cecchin del Centro Milanese di Terapia della Famiglia y con Seligman y Cade del Cardiff Institute.

Comienzan así en Tromsø los «Seminarios de junio», en los que participan invitados extranjeros que hablan sobre las modalidades sistémicas de intervención y sobre las ideas que les inspiran. En 1998, Andersen organiza un importante seminario en Sjulitelma al que asisten 120 investigadores, entre ellos Maturana, Von Foerster, Von Glasersfeld, Boscolo, Cecchin, Goolishian, Harlene Anderson, Lynn Hoffman y Peggy Penn. Poco después organiza en las islas Lofoten un encuentro con Gergen, McNamee, Stein Braten, John Shotter y otros, en el que se presentan los desarrollos teóricos del construccionismo social.

Siguiendo esta línea de investigación, en marzo de 1985 el equipo de Andersen se encuentra con un caso totalmente insólito: uno de los raros casos de *insight* colectivo que se deriva casi naturalmente de la idea de base del método utilizado por Andersen y sus colaboradores: en una sesión de terapia familiar, un joven médico habla con los miembros de una familia que están apesadumbrados por la sempiterna miseria que marca sus vidas. El equipo de Andersen sugiere al joven médico que exponga la situación en términos más optimistas, pero cuando regresa a la sala de terapia la familia no parece querer asumir ese optimismo o las alternativas que le ofrecen.

Más tarde la idea madurada en el trabajo y en el pensamiento del equipo toma forma. El conductor de la sesión es llamado nuevamente detrás del espejo y le proponen encender la luz en la sala de observación, siempre que la familia esté de acuerdo, y apagar la de la sala de terapia, invirtiendo al mismo tiempo el sentido de los micrófonos, de manera que el terapeuta y la familia puedan escuchar al equipo mientras discute. La idea no gusta ni a la familia ni al terapeuta, pero ambos aceptan. Se trata de un procedimiento que da un espectacular vuelco a la dinámica de los roles entre expertos y clientes, que hace visible, en sentido literal y metafórico, al equipo y a su proceso de formulación de las hipótesis, privando al experto de su aura mágica como persona que resuelve los enigmas y, al mismo tiempo, subrayando la importancia de un cierto grupo de personas que desempeña un cierto rol profesional ante el cliente con dificultades.

Apagan las luces de la sala de terapia, encienden las de la sala de observación y un largo e interminable silencio se extiende entre los presentes. Un miembro del equipo dice algo acerca de la resistencia y fuerza de la familia; otro, poco después, repite lo mismo en términos análogos; otro prosigue diciendo que quizá la familia se enfrenta a una ardua tarea que no ha escogido y eso le impide ver las oportunidades que se le presentan. Poco a poco, la discusión comienza a tomar forma en torno a la idea de la elección de las oportunidades y de lo que podría suceder si la familia fuera consciente de ellas.

Cuando vuelven a encender la luz en la sala de terapia, Tom Andersen y su equipo se disponen a hacer frente a la reacción de la familia, ya sea el enojo o el aburrimiento; sin embargo, lo que ven es un grupo de personas pensativas y silenciosas que, tras una breve pausa, comienzan a hablar entre ellos con algunas sonrisas. Ha nacido el *reflecting team*.

La inversión de luz y de sonido da una sorprendente libertad a la relación entre nosotros y la familia. Ya no éramos la parte responsable, sino solamente una de las dos partes (Andersen, 1991, pág. 13).

Dicho sea de paso, el sentido del término inglés *reflecting* tiene que ver con la actividad de pensamiento y de reflexión que se explicita en la sesión, no con la idea de reflejo como suele subrayar Andersen. Probablemente el factor específico de trabajo en un procedimiento de esta naturaleza es una conspicua reducción de la idealización o de la transferencia por parte de los clientes y al mismo tiempo una fuerte implicación afectiva de los terapeutas en relación con estos últimos.

El aspecto más importante es el nodo de cambio: ¿cuál es el procedimiento que produce una «diferencia que crea una diferencia»? Andersen sostiene que la potencialidad de cambio está en la exposición de la persona o de la familia a un hecho que representa una nueva forma de ver las cosas: no se trata de un *insight* en el sentido psicoanalítico, sino de una situación que permite encontrar una salida inesperada a un contexto usual. El equipo o el terapeuta fomentan una situación que «impacta» al interlocutor, en el sentido de que confiere una nueva potencialidad emotiva a los hechos o narraciones que los clientes exponen en la sesión y que constituyen su forma usual de plantear el problema.

Andersen sostiene que su perspectiva teórica se halla entre la cibernética de primer orden y la de segundo orden. La cibernética de primer orden considera el problema como un hecho en sí mismo; el profesional lo descubre tal cual es y el trastorno tiene sólo una versión. Además, el cambio puede ser dirigido, conducido desde el exterior, y por tanto, resulta previsible. En la cibernética de segundo orden, en cambio, el problema es intrínseco al contexto; el profesional trabaja sobre todo con el significado que la persona tiene del trastorno: este significado es visto por la persona como una de las posibles versiones del problema. El cambio sucede espontáneamente «desde dentro» (de la persona, más que del sistema), y nadie puede saber en qué consistirá o cuándo sucederá.

El procedimiento del *reflecting team* deriva de la primera cibernética en cuanto que se trata de trabajar con emociones muy arraigadas o con la implicación del terapeuta o del equipo; es decir, en cuanto que la distancia en relación con el problema presentado es mínima y el trabajo terapéutico corre el riesgo de estar demasiado «cerca» de las cuestiones que se han planteado en la sesión. Y lo mismo sucede a la inversa, sostiene Andersen: si el equipo y el terapeuta toman distancia frente a su tarea y a los aspectos expuestos en la sesión, pueden adoptar una posición teórica de segundo orden. Andersen, por otra parte, afirma que las interpretaciones y los consejos más o menos explícitos

deben ser evitados, porque se corre el riesgo de que resulten perturbadores para la persona:

Los consejos e interpretaciones pueden convertirse fácilmente en perturbaciones alienantes para la persona. Si ésta asimila algo para lo que no tiene respuesta, podría darse una desintegración. Una forma de evitar que esto suceda es poner fin a la relación (Andersen, 1991, pág. 34).

Andersen tiene el gran mérito técnico de reducir en los terapeutas la expectativa de rol y de realzar el aspecto personal, y al mismo tiempo lleva la terapia hacia un análisis de las modalidades de reflexión acerca del problema presentado.

Lynn Hoffman

Lynn Hoffman es uno de los mejores ejemplos de terapeutas que protagonizan la historia entera (o casi) de la terapia familiar, manteniéndose siempre en la mejor posición para ver cómo suceden las cosas. Comienza su carrera en California, en Palo Alto, junto a Jay Haley, con el que publica *Técnicas de terapia familiar* (Haley y Hoffman, 1967). Tras un breve periodo de colaboración con el grupo de Minuchin en Filadelfia, hacia 1975 va al Ackerman Institute, donde es nombrada codirectora del Brief Therapy Project.

En 1978 entra en contacto con el grupo de Milán. Hoffman es una de las primeras terapeutas norteamericanas, junto a Peggy Papp, que se da cuenta de la importancia de las ideas del grupo, creando incluso el término «Milan Systemic Therapy» (hasta esa época no existía ninguna terapia que se definiera exactamente con el nombre de «sistémica»). En la década de 1980, escribe algunos artículos fundamentales sobre el modelo milanés, contribuyendo a su fulminante difusión, así como *Fundamentos de la terapia familiar* (Hoffman, 1981), un importante libro histórico sobre la terapia familiar, leída sobre todo en clave sistémica. En 1987 publica junto a Boscolo, Cecchin y Peggy Penn, el libro *Terapia familiar sistémica de Milán* (Boscolo y otros, 1987), la única obra dedicada a la evolución del modelo milanés según Boscolo y Cecchin. Pero en 1990, en su artículo «Constructing realities: An art of lenses» (Hoffman, 1990), se distancia del modelo sistémico, adhiriéndose al construccionismo social y declarando el fin del modelo cibernético aplicado a la terapia. El vuelco se acentúa con «Una postura reflexiva para la terapia familiar», publicado en 1992 en *La terapia como construcción social*, volumen compilado por Sheila McNamee y Kenneth Gergen que recoge también importantes textos de Anderson, Goolishian, Andersen y Epston (McNamee y Gergen, 1992).

El artículo «Setting aside models in family therapy» (Hoffman, 1998) marca su definitiva adhesión al posmodernismo, superación, según la autora, de todos los modelos. Junto a este cierto triunfalismo de lo momentáneo, muy frecuente en los escritos de los

investigadores posmodernos, Hoffman expone un serio problema: hasta qué punto se debe insistir en construir grandes modelos omniabarcadores cuando generalmente no tienen relación alguna con la práctica terapéutica. La última versión del pensamiento de esta terapeuta es una suerte de antología del posmodernismo en la que analiza la obra de todos los autores que han pasado a la historia de la terapia familiar de finales del siglo XX.

El trabajo de Donald Schön desempeña un importante papel en la perspectiva teórica de Hoffman. Según Schön, el conocimiento deriva del proceso (y no de la estructura), y el profesional debe asumir una posición de escucha atenta en relación con el cliente, una escucha que pone en comunicación los diferentes niveles de conocimiento de la persona (a este respecto, véase Bertrando y Toffanetti, 2000). Hoffman sostiene que esta modalidad de escucha es la primera matriz de la *conversación reflexiva*, que

requiere ser muy tolerante respecto a la propia vulnerabilidad, porque conlleva la exposición del procedimiento del terapeuta [*process*]. Al mismo tiempo, la consulta reviste un carácter distinto a la mera relación cliente-profesional, en la que el profesional es el que posee el saber y el cliente el que carece de él (Hoffman, 1998, pág. 148).

El aspecto más significativo de la teoría de Hoffman residiría por tanto en la empatía, en una peculiar empatía que combina la escucha con una actitud receptiva y tolerante que es parangonable a la actitud del antropólogo moderno (Geertz, 1973).

PROFESIÓN

Desde el punto de vista geográfico, en este periodo se asiste a una evolución decisiva en el marco de la profesión. La teoría narrativa de White y Epston se extiende a Australia y Nueva Zelanda, sustituyendo a buena parte de la terapia sistémica: las preocupaciones éticas y políticas de los narrativos responden mejor al carácter de la terapia familiar local. Se crean así dos comunidades que durante toda la década mantendrán posturas opuestas (M. Crago, 2000, comunicación personal). La narrativa prospera también en Estados Unidos y en Gran Bretaña, aunque con éxitos dispares. Los americanos la acogen como una nueva ideología que sustituye a la cibernética; los ingleses la combinan con la práctica psicoanalítica y sistémica, según determina la tradición nacional (véase Pocock, 1995). En el resto de Europa, las escuelas más tradicionales mantienen sus posiciones, incorporando, sin embargo, cada vez más elementos narrativos y conversacionales, los cuales serán preeminentes sobre todo en Escandinavia y Holanda. Francia, por su parte, empieza a superar su propio aislamiento nacional.

La posmodernidad conlleva sobre todo un gran debate teórico, pero rápidamente pasa del círculo de iniciados a los manuales que sientan las bases de la profesión de terapeuta. Textos base como los de Becvar y Becvar (1996) o los de Nichols y Schwartz (1998) describen el posmodernismo, el construccionismo y la narrativa como un giro que marca una nueva era. Contribuye a ello la desaparición de muchas figuras carismáticas de la primera generación: en estos años mueren Bowen, Whitaker, Weakland, Selvini Palazzoli y Goolishian, y además se retiran Minuchin y Haley. El hecho es que los terapeutas familiares son ya una comunidad numerosísima y esto permite a modelos ya consolidados (que no desaparecen de escena), como el estructural, el milanés o el estratégico tradicional, mantener su elevado número de seguidores, mientras que los nuevos maestros, al igual que las grandes figuras históricas del pasado, adquieren una popularidad espectacular.

En 1999, Carol Anderson, la creadora del término «psicoeducación», es nombrada directora de *Family Process*, en sustitución de Peter Steinglass. Psiquiatra convencida, Anderson fue una de las que se opuso con más firmeza a la terapia familiar aplicada a casos de esquizofrenia; de hecho, diez años atrás hubiera sido impensable que Anderson llegara a dirigir la revista por excelencia de los terapeutas. En su primer editorial anima a los terapeutas que se preparan para ejercer la profesión en el nuevo milenio a vencer sus iniciales resistencias frente a los últimos descubrimientos en el campo terapéutico. Al mismo tiempo, traza los límites de la disciplina, diferenciándola de campos más tradicionales y reservándole la tarea de «aumentar nuestra comprensión de los elementos cruciales de un buen matrimonio, una paternidad competente, la capacidad de resolver los problemas», además de «usar conceptos sistémicos para cambiar nuestras propias

familias, las redes de amistad, escuela, comunidad y políticas sociales, de modo que preserven e incentiven la capacidad de recuperación de las familias» (Anderson, 1999, pág. 1). La terapia familiar aparece, en esta óptica, como una asistencia social de alto nivel. De ahí la idea de que la década constituye un periodo de crisis para la terapia familiar, a pesar de los numerosos desarrollos teóricos y prácticos que la caracterizan.

Dos aspectos se entrelazan inevitablemente, para los terapeutas familiares de todo el mundo: la crisis económica, con los crecientes recortes de presupuesto, ya sea en el sistema privado casi exclusivamente estadounidense o en el sistema preferentemente público de Europa y Australia (por no citar países menos ricos que no han vivido nunca la época de prosperidad terapéutica); y la fuerza decreciente del carácter identitario del terapeuta familiar, antes fuente de prestigio y ahora —al menos para algunos— profesión casi molesta.

Economía

De todas las profesiones relacionadas con la salud, la psicoterapia es en Estados Unidos, hasta el año 1990, la que se considera más gratificante: los psicoterapeutas son a todos los efectos profesionales privados, con la «posibilidad de trabajar con clientes particulares de su elección, estableciendo sus propios precios, decidiendo sobre el tratamiento, los objetivos, la profundidad, además del momento y los motivos para terminarlo» (Sykes Wylie, 1994a, pág. 22); y, al mismo tiempo, son en gran parte retribuidos por generosas compañías de seguros, que poco o nada se interesan por su trabajo.

En Estados Unidos, con la revolución del *managed care*, los psicoterapeutas, los profesionales que más se basaban en la relación de carácter privado con el individuo, son los más afectados por los recortes presupuestarios. Los *managers* dictan el tipo de clientes, de intervenciones e incluso a veces el número de sesiones necesarias (no es casual que Steve de Shazer, con sus cuatro sesiones de promedio, sea uno de los maestros más admirados de la década). Según una investigación de Mary Sykes Wylie (1994a), los ingresos de los terapeutas se reducen un 25 % con su incorporación a la HMO; por contra, aumenta la carga burocrática y la necesidad de justificar cada decisión terapéutica.

No es que las cosas vayan mejor en Europa. A diferencia del psicoanálisis, la terapia familiar queda limitada a los profesionales de los servicios públicos, que se ven afectados por los recortes presupuestarios que sufre la sanidad en toda Europa. Cada vez son menos los terapeutas familiares que pueden ejercer la profesión: se impone ocuparse de otras terapias que son consideradas esenciales. Deriva también de esto la creciente

demanda de modelos que se basen en las teorías sistémicas, pero adaptadas al trabajo con los individuos (Boscolo y Bertrando, 1996). Así, el problema económico se une al de la identidad: la terapia familiar es considerada costosa, difícil, no apta para el nuevo clima. Y las clínicas sufrirán las consecuencias de esta situación. El ejemplo paradigmático se da una vez más en Estados Unidos, en la Philadelphia Child Guidance Clinic, que Minuchin había convertido en su santuario de trabajo con familias. La directora, Elizabeth Weller, admite en 1997 la implantación de terapias farmacológicas en lugar de la antigua aproximación familiar (Weller, en Waters, 2000, pág. 38). Finalmente, en 1999, la gloriosa clínica de Minuchin cerrará definitivamente sus puertas.

Identidad

La cuestión de la identidad del terapeuta familiar puede ser interpretada, al menos en lo que respecta a Estados Unidos, releando los números anuales del *Family Therapy Networker*, en los que se ofrece una visión panorámica de las tendencias imperantes entre los terapeutas. Si al comienzo de la década la revista publica entrevistas o monografías dedicadas a algunos nombres ilustres, lentamente los contenidos se tornan más genéricos: los individuos *borderline*, los psicofármacos, la financiación, el EMDR. Finalmente, el *Networker*, cada vez menos ligado a la terapia familiar, se convierte en tribuna de una serie de terapeutas que adoptan técnicas y modelos que no sólo no pertenecen al psicoanálisis, al enfoque comportamental o al cognitivo, sino que prestan escasa atención a las diversas corrientes de la *Family Systems Theory*. En el año 2000, la revista cambia de nombre: será sencillamente el *Psychotherapy Networker*; con lo cual liquida definitivamente su vinculación con la terapia familiar.

En Estados Unidos, la terapia familiar está ya lejos de sus raíces psiquiátricas y casi se identifica con la consultoría matrimonial y de pareja. Cuando los terapeutas familiares se alejan de la psiquiatría para dedicarse al ejercicio privado de su profesión, se dedican sobre todo a las intervenciones sobre las parejas o a las de naturaleza más o menos pedagógica. La mayoría de los terapeutas familiares de ese país se identifica con el profesional que trata en su consulta privada fundamentalmente a parejas. El terapeuta europeo, por otra parte, es sobre todo el que ve cada cierto tiempo a una familia, o al que sencillamente le basta con poder llegar a tratar a alguna. Frecuentemente el mejor modo de adaptarse a la situación consiste en convertirse en un experto en psicoeducación.

Todo esto puede derivar en un serio problema para la terapia familiar como disciplina... Tomemos a un terapeuta que, solo en su estudio, ve indistintamente a individuos, parejas y familias. El terapeuta que trata a individuos —especialmente en circunstancias de aislamiento— tiende a recuperar la visión lineal y a ver las cosas en una

perspectiva individual; el terapeuta que ve a una pareja, por otra parte, trabaja sobre las relaciones, pero sobre problemas que son evidentemente relacionales: todos entienden que los problemas de las parejas están en la interacción, salvo algunas parejas, que están demasiado ocupadas en atribuirse mutuamente la responsabilidad de lo que les sucede. Sin embargo, para ver en términos sistémicos a una *familia* se necesita pensar de manera diferente: desarrollar una visión sistémica. Lo que puede suceder entonces es que, bajo la influencia del contexto, sea cada vez más difícil recuperar la visión sistémica después de haber seguido una serie de casos que podrían haberse evitado.

Lo mismo le puede suceder a la casi totalidad de los terapeutas que trabajan en las instituciones públicas, donde el contexto nunca favorece una visión sistémica, requiriendo incluso la adopción de una visión lineal. Es entonces posible que lo que Shields y sus colaboradores (1994) definen en un artículo como la «marginalización de la terapia familiar» pueda llevar no tanto a la desaparición de la *profesión* del terapeuta familiar como a la desaparición del *paradigma* (sistémico) de la terapia familiar tal como la conocemos.

Por otra parte, la psicoeducación, o bien el trabajo con los individuos internados, dos de las especializaciones que en estos años parecen relegar a la terapia familiar a su elegante gueto de *political correctness*, corren el riesgo de caer en esa carencia de paradigma: en ambos casos, los terapeutas son los especialistas, los «técnicos de la familia» dentro de áreas como la psiquiatría biológica o la medicina interna en las que la visión sistémica no tiene razón de ser. Obtienen un reconocimiento, pero al precio de su propia coherencia o, por lo menos, corren este peligro.

Por otra parte, la organización que ha sido presentada como el gran éxito del *lobby* de las terapias familiares, la GARF (Global Assessment of Relational Functioning, una clasificación de diagnósticos cuyo objetivo era incluir el pensamiento sistémico en el DSMIV), es, según esta perspectiva, un ejemplo más de victoria pírrica del pensamiento sistémico (véase Clerici y Bertrando, 1995). De hecho, para que sea reconocido por el DSM, el «diagnóstico familiar» de la GARF debe forzosamente tratar los problemas *exclusivamente* familiares. Lo cual sería positivo, salvo que una anorexia (o cualquier otra psicopatología reconocida) *no pueda* ser considerada en cierto sentido un problema familiar: dentro del DSM, la anorexia es un diagnóstico de la tabla 1, es decir, individual, y, por tanto, sin relación con la familia. Por esta razón, probablemente, los casos presentados como ejemplo en el artículo de presentación de la GARF sobre *family process* semejan casos tomados de un escrito de la asistencia social: precisamente por la especificidad intrínseca de la terapia familiar, las «patologías individuales» son inseparables del «contexto familiar» —o mejor dicho, son un todo—. La aceptación de la GARF en el DSM-V o VI sería una legitimación de la terapia familiar como técnica, pero quizá su definitiva derrota como paradigma. Enfrentar estos dilemas es el desafío que la

terapia familiar debe superar en beneficio de su propia supervivencia como disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía incluye los textos utilizados en la versión original en lengua italiana.

- AA. VV., «Teenage pregnancy: An advocate's guide to the numbers», *Adolescents Pregnancy Prevention Clearinghouse*, Washington (DC), enero-marzo de 1988.
- Ackerman, N., «The unity of the Family», *Archives of Paediatrics*, 1938, vol. 55, págs. 51-62.
- , *The Psychodynamics of Family Life*, Nueva York, Basic Books, 1938 (trad. it.: *Psicodinamica della vita familiare*, Turín, Boringhieri, 1968).
- , *Treating the Troubled Family*, Nueva York, Basic Books, 1966 (trad. it.: *Patologia e terapia della vita familiare*, Milán, Feltrinelli, 1970).
- Ackerman, N. y R. Sobel, «Family diagnosis: An approach to the pre-school child», *American Journal of Orthopsichiatry*, vol. 20, n.º 4, 1950, págs. 744-753.
- Adler, A., «The cause and prevention of neuroses», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, n.º 23, 1928-1929, págs. 4-11.
- Alexander, F., «The dynamics of psychotherapy in light of learning theory», *American Journal of Psychiatry*, n.º 120, 1963, págs. 440-448.
- Alexander, F. y T. M. French, *Psychoanalytic Therapy*, Nueva York, Ronald, 1946.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Third Edition (DSMIII)*, Washington (DC), American Psychiatric Association, 1980 (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 3.ª ed. (DSM III), Milán, Masson, 1983; trad. cast.: *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1984).
- , *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Third Edition Revised (DSM III-R)*, Washington (DC), American Psychiatric Association, 1987 (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 3ª ed. rivista (DSM III-R), Milán, Masson, 1988; trad. cast.: *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1988).
- , *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Fourth Edition (DSMIV)*, Washington (DC), American Psychiatric Association, 1994 (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4ª ed. (DSM IV), Milán, Masson, 1995; trad. cast.: *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995).
- Andersen, T., «Consulation: Would you like co-evolution instead of referrals?», *Family Systems Medicine*, vol. 2, 1984, págs. 370-379.

- , «The reflecting team. Dialogue and meta-dialogue in clinical work», *Family Process*, n.º 26, 1987, págs. 415-428.
- , *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues*, Nueva York, Norton, 1991 (trad. cast.: *El equipo reflexivo*, Barcelona, Gedisa, 1994).
- Anderson, C. M., «The all-too-short trip from positive to negative connotation», *Journal of Marital and Family Therapy*, n.º 12, 1986, págs. 351-354.
- , «Editorial: Dilemmas and changes of the new millennium», *Family Process*, n.º 38, 1999, págs. 1-3.
- Anderson, C. M., D. J. Reiss y G. E. Hogarty, *Schizophrenia and the Family. A Guide to Psychoeducation and Management*, Nueva York, Guilford Press, 1986.
- Anderson, E., *Streetwise: Race, Class and Change in an Urban Community*, Chicago, University of Chicago Press, 1990.
- Anderson, H., «On a roller coaster; a collaborative language system approach to therapy», en S. Friedman, *A New language of Change*, Nueva York, Guilford Press, 1993.
- , *Conversation, Language and Therapy*, Nueva York, Basic Book, 1997.
- Anderson, H. y H. Goolishian, «Human systems as linguistic systems», *Family Process*, n.º 27, 1988, págs. 3-12.
- , «The client is the expert: A not-knowing approach to therapy», en S. McNamee y K. J. Gergen (comps.), *Therapy as Social Construction*, Londres, Sage, 1992, págs. 25-39 (trad. cast.: *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, 1996).
- Anderson, H., H. Goolishian y L. Winderman, «Problem determined systems: Toward transformation in family therapy», *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, vol. 5, n.º 4, 1986, págs. 1-11.
- Andolfi, M., *Terapia con la famiglia*, Roma, Astrolabio, 1977 (trad. cast.: *Terapia familiar: un enfoque interaccional*, Barcelona, Paidós, 1977).
- Andolfi, M. y C. Angelo, *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Turín, Bollati Boringhieri, 1987 (trad. cast.: *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*, Barcelona, Paidós, 1997).
- Andolfi, M., C. Angelo, P. Menghi y A. M. Nicolò-Corigliano, *La famiglia rigida. Un modello di psicoterapia relazionale*, Milán, Feltrinelli, 1982.
- Andreasen, N. C., *Scale for the Assesment of Negative Symptoms. Scale for the Assesment of Positive Symptoms*, Iowa City, University of Iowa, 1983 (trad. it.: *Schizofrenia: Scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi*, Milán, Edizione Libreria Cortina, 1987).
- Angelo, C., R. De Bernart y K. Giacometti, «Terapia familiare: 1977-1986. Bibliografia ragionata», *Terapia Familiare*, n.º 24 (número monográfico), 1987.
- Anónimo, «A note of dilemmas of language», *Dulwich Centre Newsletter*, n.º 1, 1997,

pág. 2.

- Anzieu, D., *Le groupe et l'inconscient*, París, Dunod, 1973 (trad. cast.: *El grupo y el inconsciente: lo imaginario grupal*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1993).
- Aponte, H. J., «Underorganization of the poor family», en P. J. Guerin Jr. (comp.), *Family Therapy: Theory and Practice*, Nueva York, Gardner Press, 1976.
- Arieti, S. (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, vol. 3, Nueva York, Basic Books, 1939-1966 (trad. it.: *Manuale di psichiatria*, Turín, Boringhieri, 1969-1970).
- Arkowitz, H., «Integrative theories of therapy», en D. K. Freedddheim, *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington (DC), American Psychological Association, 1992, págs. 261-303.
- Asay, T. P. y M. J. Lambert, «The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings», en M. A. Hubble, B. L. Duncan, y S. D. Miller, *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*, Washington (DC), American Psychological Association, 1999.
- Auerswald, E., «Thinking about thinking in family therapy», *Family Process*, n.º 24, 1983, págs. 1-12.
- Babu, A., «La mediazione familiare: separarsi gestendo il conflitto», *Connessioni*, n.º 4, 1998, págs. 19-24.
- Bagarozzi, D. A., «Premarital counseling», en F. P. Piercy y D. H. Sprenkle (comps.), *Family Therapy Sourcebook*, Nueva York, Guilford Press, 1986, págs. 163-186.
- Baker, B. L. y M. C. McCurry, «School-based parent training: An alternative for parents predicted to demonstrate low teaching proficiency following group training», *Education and Training of the Mentally Retarded*, 1984, págs. 261-267.
- Balint, M. y E. Balint, *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, Londres, Tavistock, 1968 (trad. it.: *La regressione*, Milán, Cortina, 1983; trad. cast.: *La falta básica: aspectos psicoterapéuticos de la regresión*, Barcelona, Paidós, 1993).
- Balint, M. y P. H. Ornstein, *Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis*, Londres, Mind & Medicine, 1972 (trad. it.: *Terapia fòcale. Un esempio di psicoanalisi applicata*, Roma, Astrolabio, 1974; trad. cast.: *Psicoterapia focal: terapia breve para psicoanálisis*, Barcelona, Gedisa, 1996).
- Bandler, R. y J. Grinder, *The Structure of Magic*, Palo Alto (CA), Science and Behavior Books, 1976 (trad. it.: *La struttura della magia*, Roma, Astrolabio, 1981).
- Bandura, A. y R. Walters, *Social Learning and Personality Development*, Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1963 (trad. cast.: *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*, Madrid, Alianza, 2002).
- Barrows, S., «Interview with Mara Selvini Palazzoli and Giuliana Prata», *American Journal of Family Therapy*, n.º 10, 1982, págs. 60-69.
- Barthes, R., *Fragment d'un discours amoureux*, París, Seuil, 1977 (trad. it.: *Frammenti*

- di un discorso amoroso*, Turín, Einaudi, 1979; trad. cast.: *Fragmentos de un discurso amoroso*, Madrid, Siglo XXI, 1999).
- Basaglia, F. (comp.), *Che cose è la psichiatria?*, Turín, Einaudi, 1967.
- (comp.), *Listituzione negata*, Turín, Einaudi, 1968.
- , *Scritti: 1953-1968*, Turín, Einaudi, 1981.
- Basaglia, F. y F. Basaglia Ongaro (comps.), *La maggioranza deviante*, Turín, Einaudi, 1971.
- Bateson, G., «Culture contact and schismogenesis», *Man*, n.º 35, 1935, págs. 178-183 (trad. it.: «Contatto tra culture e schismogenesis», en G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1976; trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976).
- , *Naven*, 2.^a ed., Stanford, Stanford University Press, 1936-1958 (trad. it.: *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*, Turín, Einaudi, 1988; trad. cast.: *Naven: estudio de los problemas sugeridos por una misión compuesta de la cultura de una tribu de Nueva Guinea obtenida desde tres puntos de vista*, Gijón, Júcar, 1990).
- (1942), «Social Planning and the concept of deutero-learning», en *Steps to an Economy of Mind*, San Francisco, Chandler Publishing Co., 1972 (trad. it.: «La pianificazione sociale e il concetto di deutero-apprendimento», en *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1976; trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976).
- , «The position of humor in human communication», H. von Foerster (comp.), *Cybernetics: Circular Causal and Feedback Mechanisms in Biological and Social Science; Transaction of the Ninth Conference*, Nueva York, Fundación Josiah Macy Jr., 1953, págs. 1-47.
- , «The message “This is play”», en B. Schaffner (comp.), *Group processes. Transaction of the Second Conference*, Nueva York, Fundación Josiah Macy Jr., 1956, págs. 145-242 (trad. it.: *Questo è un gioco*, Milán, Raffaello Cortina, 1996).
- (comp.), *Perceval's Narrative*, Stanford (CA), Stanford University Press, 1961.
- (1969a), «The cybernetics of “Self”. A theory of alcoholism», en *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco, Chandler Publishing Co., 1972 (trad. it.: «La cibernética dell'Io. Una teoria dell'alcolismo», en *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1976; trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976).
- (1969b), «Double bind, 1969», en *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco, Chandler Publishing Co., 1972 (trad. it.: «Doppio vincolo, 1969», en *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1976; trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976).
- , *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco, Chandler Publishing Co., 1972 (trad.

- it.: *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1976; trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976).
- , «Foreword. A formal approach to “explicit”, “implicit”, and “embodied” ideas and to their forms of interaction», en C. E. Sluzki y D. C. Ransom (comps.), *Double Bind. The Foundation of the Communicational Approach to the Family*, Nueva York, Grune and Stratton, 1976 (trad. it.: «Un approccio formale a idee esplicite, implicite e concretizzate e alle loro forme di interazione», en C. E. Sluzki y D. C. Ransom [comps.], *Il doppio legame*, Roma, Astrolabio, 1979).
- , «Epilogue: The growth of paradigms for psychiatry», en P. F. Oswald (comp.), *Communication and Social Interaction. Clinical and Therapeutic Aspects of Human Behavior*, Nueva York, Grune and Stratton, 1977a (trad. it.: «Lo sviluppo dei paradigmi della psichiatria», en *Una sacra Unità*, Milán, Adelphi, 1997).
- , «Play and Paradigm», *The Association for the Anthropological Study of Play Newsletter*, vol. 4, n.º 1, 1977b, págs. 2-8.
- , «The birth of a matrix or double bind and epistemology», en M. M. Berger (comp.), *Beyond the Double Bind*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1978.
- , *Mind and Nature: A Necessary Unit*, Nueva York, Dutton, 1979 (trad. it.: *Mente e natura*, Milán, Adelphi, 1989).
- Bateson, G. y M. C. Bateson, *Angels Fear. Toward an Epistemology of the Sacred*, Nueva York, Macmillan, 1987 (trad. it.: *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*, Milán, Adelphi, 1989).
- Bateson, G. y W. Bateson, «On certain aberrations of the red-legged partridges: “Alectoris rufa” and “saxatilis”», *Journal of Genetics*, vol. 16, n.º 1, 1925, págs. 101-123.
- Bateson, G., D. D. Jackson, J. Haley y J. H. Weakland, «Toward a theory of schizophrenia», *Behavioral Science*, n.º 1, 1956, págs. 251-264 (trad. it.: «Verso una teoria della schizofrenia», en G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Adelphi, 1988).
- , «A note on the double bind, 1962», *Family Process*, n.º 2, 1963, págs. 134-161 (trad. it.: «Una nota sul doppio legame», en C. E. Sluzki y D. C. Ransom [comps.], *Il doppio legame*, Roma, Astrolabio, 1979).
- Bateson, G. y M. Mead, *Balinese Character. A Photographic Analysis*, edición especial de la New York Academy of Sciences, vol. 2, 1942.
- Bateson, M. C., *Our Own Metaphor. A Personal Account of a Conference on the Effects of Conscious Purpose on Human Adaptation*, Nueva York, Knopf, 1972.
- , *With A Daughter's Eye. A Memoir of Margaret Mead and Gregory Bateson*, Nueva York, W. Morrow and Company, 1984 (trad. it.: *Con occhi di figlia*, Milán, Feltrinelli, 1983).

- Bebbington, P. y L. Kuipers, «The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis», *Psychologica lMedicine*, n.º 24, 1994, págs. 707-718.
- Beck, A. T., *Depression: Causes and Freatments*, Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1967 (trad. it.: *La depressione*, Turín, Bollati Boringhieri, 1978; trad. cast.: *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1998).
- Becvar, D. S. y R. J. Becvar, *Family Therapy. A Systemic Integration*, 3.ª ed., Needham Heights (Massachussets), Allyn and Bacon, 1996.
- Beers, C. W. (1907), *A Mind That Found Itself*, reimpresión de la edición de 1921, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1981.
- Bell, J. E., *Family Group Therapy*, Washington (DC), US Department of Health, US Government Printing Office, 1961.
- Bentovim, A., «Physical violence in the family», en R. Bluegrass y P. Bowden, *Forensic Psychiatry*, Londres, Livingstone, 1990.
- Bentovim, A. y W. Kinston, «A brief focal therapy when the child is the referred patient», part 2: «Methodology and results», *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 19, 1978, págs. 119-143.
- , «Focal family theory: Systems theory and psychoanalytical understanding», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handhook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia familiare focale: teoria dei sistemi e comprensione psicoanalitica», en *Manuale di terapia della famiglia*, Turín, Bollati Boringhieri, 1993).
- Bercelli, F., P. Leonardi y M. Viaro, *Cornici terapeutiche. Applicazioni cliniche deirinterazione verbale*, Milán, Raffaello Cortina, 1999.
- Bertaux, D. y P. Thompson, *Between Generations: Family Models, Myths, and Memories*, Oxford, Oxford University Press, 1993.
- Bertrando, P. (1991), «La terapia della famiglia in Italia: cenni storici», en A. S. Gurman y D. Kniskern (comps.), *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollati Boringhieri, 1995a, págs. 737-744.
- (1991), «La ricerca in terapia della famiglia: un aggiornamento», en A. S. Gurman y D. Kniskern (comps.), *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollati Boringhieri, 1995b, págs. 682-706.
- , *Nodi familiari*, Milán, Feltrinelli, 1997a.
- , *Misurare la famiglia. Il metodo dell'emoività espressa*, Turín, Bollati Boringhieri, 1997b.
- , «Testo e contesto. Narrativa, posmoderno e cibernetica», *Connessioni*, n.º 4, 1998, págs. 47-73.
- , «Le parole della schizofrenia», en P. Bertrando (comp.), *Vivere la schizofrenia*,

- Turín, Bollati Boringhieri, 1999a.
- , «Che cos'è la psicoeducazione?», *Terapia Familiare*, n.º 59, 1999b, págs. 69-94.
- Bertrando, P., C. L. Cazzullo y M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione*, Milán, Franco Angeli, 1995.
- Bertrando, P. y M. Clerici, *Trattamenti familiari e interventipsicosociali nei disturbi psichiatrici maggiori: evoluzione storica e nodi problematici*, en P. Bertrando, C. L. Cazzullo y M. Clerici, *Terapie familiari e psicoeducazione*, Milán, Franco Angeli, 1995, págs. 25-38.
- Bertrando, P. y D. Toffanetti, «Sull'ipotesi. Teoria e clinica del processo di ipotizzazione», *Terapia Familiare*, n.º 62, 2000, págs. 43-68.
- , *Storia della terapia familiare*, Raffaello Cortina, 2000 (se han tomado en consideración partes del prólogo del texto en lengua original).
- Bion, W. R., *Experiences in Groups*, Londres, Tavistock, 1961 (trad. it.: *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Roma, Armando, 1991; trad. cast.: *Experiencias en grupos*, Barcelona, Paidós, 2000).
- Bloch, D. A. y A. Rambo, *Les débuts de la thérapie familiale: thèmes et personnes*, en M. Elkaim (comp.), *Panorama des thérapies familiales*, París, Seuil, 1995, págs. 23-53.
- Boardman, W. K., «Rusty: A brief behaviour disorder», en *Journal of Consulting Psychology*, vol. 26, 1962, págs. 293-297.
- Bocchi, G. y M. Ceruti (comps.), *La sfida della complessità*, Milán, Feltrinelli, 1985.
- Bodin, A. M., «The use of video-tapes», en A. Ferber, M. Mendelsohn y A. Napier (comps.), *The Book of Family Therapy*, Nueva York, Jason Aronson, 1972, págs. 318-337.
- , «The interactional view. Family therapy approaches of Mental Research Institute», en A. S. Gurman y D. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981.
- Boscolo, L. y P. Bertrando, *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Turín, Bollati Boringhieri, 1993 (trad. cast.: *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*, Barcelona, Paidós, 1996).
- , *Terapia sistemica individuale*, Milán, Raffaello Cortina, 1996.
- Boscolo, L. y G. Cecchin, «Training in systemic therapy at the Milan Centre», en R. Whiffen y J. Byng-Hall (comps.), *Family Therapy Supervisión: Recent Developments in Practice*, Londres, Academy Press, 1982.
- Boscolo, L., G. Cecchin y P. Bertrando, «Centro milanese di terapia della famiglia», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollati Boringhieri, 1995, págs. 755-760.

- Boscolo, L., G. Cecchin, D. Campbell y R. Draper, «Twenty more questions. Selection from a discussion between Milan associates and the editor», en D. Campbell y R. Draper, *Application of Systemic family Therapy. The Milán Approach*, Londres, Grune and Stratton, 1985.
- Boscolo, L., G. Cecchin, L. Hoffman y P. Penn, *Milan Systemic family Therapy: Conversations in Theory and Practice*, Nueva York, Basic Books, 1987 (trad. cast.: *Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989).
- Boszormenyi-Nagy, I., «A theory of relationship: Experience and transaction», en Boszormenyi-Nagy, I. y J. L. Framo, *Intensive Family Therapy*, Nueva York, Harper and Row, 1965 (trad. it.: «Una teoria dei rapporti: esperienza e transazione» en *Terapia intensiva della famiglia*, Turín, Bollati Boringhieri, 1997).
- , «From family therapy to psychology of relationships: Fictions of the individual and fictions of the family», en *Comprehensive Psychiatry*, n.º 7, 1966, págs. 408-423.
- , «We became family therapists: Ivan Boszormenyi-Nagy», en A. Ferber, M. Mendelsohn y A. Napier (comps.), *The Book of Family Therapy*, Nueva York, Jason Aronson, 1972, págs. 83-84.
- Boszormenyi-Nagy, I. y J. L. Framo, *Intensive Family Therapy*, Nueva York, Harper and Row, 1965 (trad. it.: *Terapia intensiva della famiglia*, Turín, Bollati Boringhieri, 1997).
- Boszormenyi-Nagy, I., J. Grunebaum y D. Ulrich, «Contextual family therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handhook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia contestuale», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollati Boringhieri, 1995, págs. 201-239).
- Boszormenyi-Nagy, I. y G. Spark, *Invisible Loyalties*, Nueva York, Harper and Row, 1973 (trad. it.: *Lealtà invisibili*, Roma, Astrolabio, 1988).
- Boszormenyi-Nagy, I. y D. Ulrich, «Contextual family therapy», en A. S. Gurman y D. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981.
- Bowen, M., «The use of family therapy in clinical practice», *Comprehensive Psychiatry*, n.º 7, 1966, págs. 345-374 (trad. it.: «L'uso della teoría della famiglia nella pratica clínica», en Jay Haley (comp.), *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milán, Feltrinelli, 1980, págs. 203-245).
- (1972), «On the differentiation of the Self», en *Family Therapy in Clinical Practice*, Nueva York, Jason Aronson, 1978, págs. 467-528 (trad. it.: «L'anónimo», en *Dalla famiglia alT individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Roma, Astrolabio, 1979).

- , *Family Therapy in Clinical Practice*, Nueva York, Jason Aronson, 1978 (trad. it. parcial: *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Roma, Astrolabio, 1979; trad. cast.: *De la terapia familiar en la práctica clínica*, Bilbao, Desclee de Brouwer).
- , *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Roma, Astrolabio, 1979 (trad. cast.: *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*, Barcelona, Paidós, 1998).
- Bowen, M., R. H. Dysinger, W. M. Brodey y B. Basamania, (1957), «Treatment of family groups with a schizophrenic member», en M. Bowen (comp.), *Family Therapy in Clinical Practice*, Nueva York, Jason Aronson, 1978, págs. 3-15.
- Bowlby, J., (1949), «The study and reduction of group tensions in the family», en S. Walrond-Skinner (comp.), *Developments in Family Therapy*, London, Routledge and Keegan Paul, 1981, págs. 9-15.
- , *Attachment and Loss*, Londres, Hogarth Press, 1969-1980 (trad. it.: *Attaccamento e perdita*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1972-1983; trad. cast.: *Apego y pérdida*, Barcelona, Paidós, 1997-1998).
- Brand, S., «For God's sake, Margaret! Conversation with Gregory Bateson and Margaret Mead», *The CoEvolution Quarterly*, verano de 1976, págs. 32-44.
- Braverman, L., *A Guide to Feminist Family Therapy*, Nueva York, Harrington Park Press, 1988.
- Broderick, C. B. y S. S. Schrader, «A history of family and marital therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Storia della terapia della famiglia e della coppia», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995, págs. 5-39).
- Brodsky, A. y R. Hare-Mustin, *Research in Psychotherapy with Women*, Nueva York, Guilford Press, 1980.
- Brown, G. W., «Experience of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group», *Millbank Memorial Fund Quarterly*, n.º 37, 1959, págs. 101-131.
- , «The discovery of expressed emotion; Induction or deduction?», en J. P. Leff y C. E. Vaughn, *Expressed Emotion in Families*, Nueva York, Guilford Press, 1985.
- Brown, G. W., J. L. T. Birley y J. K. Wing, «Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication», *British Journal of Psychiatry*, n.º 121, 1972, págs. 241-258.
- Bruner, J., *Actual Minds, Possible Words*, Cambridge, Harvard University Press, 1986 (trad. it.: *La mente a più dimensioni*, Bari, Laterza, 1988; trad. cast.: *Realidad mental y mundos posibles: los actos de la imaginación que dan sentido a la*

- esperienza*, Barcelona, Gedisa, 1988).
- , *Acts of Meaning*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1990 (trad. it.: *La ricerca del significato*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1992; trad. cast.: *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*, Madrid, Alianza, 1995).
- Buber, M., *I and Thou*, Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1958 (trad. cast.: *Yo y tú*, Madrid, Caparrós, 1995).
- , *The Knowledge of Man: A Philosophy of Interhuman*, Nueva York, Harper and Row, 1965 (trad. cast.: *El conocimiento del hombre: contribuciones a una antropología filosófica*, Madrid, Caparrós, 2001).
- Bussi, A. y M. Ravella, «L'intervista» [a H. Goolishian], *II bollettino del Centro Milanese di terapia della famiglia*, n.º 18, 1989, págs. 1-15.
- Byng-Hall, T., «Scripts and legends in family therapy», *Family Process*, vol. 27, n.º 2, 1988, págs. 167-180.
- , *Rewriting Family Scripts*, Nueva York, Guilford Press, 1995 (trad. it.: *Le trame della famiglia: Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*, Milán, Raffaello Cortina, 1998).
- Cade, B. y W. H. O'Hanlon, *A Brief Guide of a Brief Therapy*, Nueva York, Norton, 1993 (trad. cast.: *Guía breve de terapia breve*, Barcelona, Paidós, 1995).
- Cameron, N., «Stati paranoidi e paranoia», en S. Arieti (comp.), *Manuale di Psichiatria* (1959-1966), Turín, Boringhieri, 1969-1970, págs. 709-742.
- Campbell, D., R. Draper y E. Crutchley, «Milan systemic family therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunnel-Mazel, 1991 (trad. it.: *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995, págs. 479-495).
- Campbell, D., R. Draper y C. Huffington, *Second Thoughts on the Theory and Practice of the Milan Approach*, Londres, Karnac Books, 1989.
- Campbell, D. y R. Draper, *Application of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*, Londres, Grune and Stratton, 1985.
- Cancrini, L. (comp.), *Verso una teoria della Schizofrenia*, Turín, Boringhieri, 1977.
- , *Quei temerari sulle machine volanti*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1982.
- , *Psicoterapia, grammatica e sintassi*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1987 (trad. cast.: *La psicoterapia: gramática y sintaxis*, Barcelona, Paidós, 1991).
- Cannon, W. B., *Wisdom of the body*, Nueva York, Norton, 1932.
- Carlson, J. y L. Sperry, «Adlerian Psychotherapy as a Constructivist Psychotherapy», en M. F. Hoyt (comp.), *Handbook of Constructivist Therapies*, San Francisco, Jossey-Bass, 1998.
- Carter, E. A., «My Reluctant ancestor», *The Family Therapy Networker*, vol. 15, n.º 2, 1991, págs. 40-41.

- Carter, E. A. y M. McGoldrick, *The Changing Family Life Cycle* (1980), Boston, Allyn and Bacon, 1989.
- Castellucci, A., L. Fruggeri y M. Marzari, «Instability and Evolutionary Change in Psychiatric Community», en D. Campbell y R. Draper (comps.), *Application of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*, Londres, Grune and Stratton, 1985.
- Cecchin, G., «Hypotesing circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity», en *Family Process*, n.º 26, 1987, págs. 405-414.
- Cecchin, G., G. Lane y W. L. Ray, *Irriverenza: Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*, Milán, Angeli, 1993 (trad. cast.: *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas*, Barcelona, Paidós, 2002).
- , *Verità e pregiudizi*, Milán, Raffaello Cortina, 1997.
- Cigoli, V. y C. Galimberti, *Psicoanalisi e ricerca sui sistemi in terapia familiare*, Milán, Franco Angeli, 1983.
- Ciampi, L., *Affektlogik*, Stuttgart, Ernst Klett, 1982 (trad. it.: *Logica affettiva*, Milán, Feltrinelli).
- Cirillo, S., R. Berrini, G. Cambiaso y R. Mazza, *La famiglia del tossicodipendente*, Milán, Raffaello Cortina, 1996 (trad. cast.: *La familia del toxicodependiente*, Barcelona, Paidós, 1999).
- Clerici, M., «Guarire senza terapia? “Advocacy”, auto-aiuto e psicoeducazione», en P. Bertrando (comp.), *Vivere la schizofrenia*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1999.
- Clerici, M. y P. Bertrando, «Strumenti di valutazione familiare» (1995), en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comp.), *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1994, págs. 707-736.
- Clerici, M., P. Bertrando, C. Bressi, E. Albertini, L. Donatini y C. L. Cazzullo, «Modelli d'intervento psicoeducativi e informativi in familiari di schizofrenici: I. Esperienze ed orientamenti attuali», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CXIII, n.º 4, 1989, págs. 719-733.
- Colapinto, J., «Structural family therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia familiare strutturale», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1993).
- Coller, J., «The history of APA through the presidential addresses of the APA Presidents», *Hospital and Community Psychiatry*, n.º 42, 1994, págs. 992-1.010.
- Cooklin, A. y G. Gorell Barnes, «Familietherapie in Grossbritannien Tatsachen und Bedeutungen», *Familiendynamik*, vol. 21, n.º 1, 1996, págs. 7-22.
- Coontz, S., *The Way We Never Were. American Families and the Nostalgia Trap*, Nueva York, Basic Books, 1992.
- Criconia, M. y S. Scamperle, «Intervista a Maurizio Andolfi, Luigi Cancrini, Gianfranco

- Cecchin, Piero de Giacomo, Gaspare Vella», *Psicobiiettivo*, n.^{os} 3-4, 1986, págs. 2-10.
- Cronen, V. y W. Pearce, «Toward an explanation of how the Milan method works: An invitation to a syastemic epistemology and the evolution of family systems», en D. Campbell y R. Draper, *Application of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*, Londres, Grune and Stratton, 1983.
- Cronen, V., W. Pearce y K. Tomm, «A dialectical view of personal exchange», en K. Gergen y K. Davis (comps.), *The Social Construction of the Person*, Nueva York, Springer, 1983.
- Crow, T. J., «Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?», *British Medical Journal*, n.º 280, 1980, págs. 1-9.
- Cushman, P., *Constructing the Self Constructing America. A Cultural History of Psychotherapy*, Reading (Mass.), Addison-Wesley Publishing Company, 1993.
- De Shazer, S., *Patterns of Brief Family Therapy*, Nueva York, Guilford Press, 1982.
- , *Keys to Solution in Brief Therapy*, Nueva York, Norton, 1983 (trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona, Paidós, 1993).
- , *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*, Nueva York, Norton, 1988 (trad. cast.: *Claves de terapia familiar breve: una teoría de la solución*, Barcelona, Gedisa, 1992).
- , *Putting Differences to Work*, Nueva York, Norton, 1991.
- , *Words Were Originally Magia*, Nueva York, Norton, 1994.
- , «Commentary: Radical acceptance», *Families, Systems and Health*, vol. 13, n.º 4, 1997, págs. 373-378.
- Delisi, L. E., C. C. Schwartz, S. D. Targum y otros, «Ventricular brain enlargement and outcome of acute schizophrenic disorder», *Journal of Psychiatric Research*, n.º 9, 1983, págs. 169-171.
- Deriu, M., «Gregory Bateson: Il pensiero di un vivente e la vita di un pensiero», M. Deriu (comp.), *Gregory Bateson*, Milán, Bruno Mondadori, 2000, págs. 1-104.
- Derrida, J., *De la grammatologie*, París, Editions de Minuit, 1967 (trad. it.: *Della grammatologia*, Milán, Jaca Book, 1969; trad. cast.: *De la gramatología*, México, Siglo XXI, 1998).
- , *De l'esprit: Heidegger et la question*, París, Galilée, 1987 (trad. it.: *Dello spirito*, Milán, Feltrinelli, 1989; trad. cast.: *Del espíritu: Heidegger y la pregunta*, Valencia, Pre-Textos, 1989).
- Detre, T., J. Sayer, A. Norton y H. Lewis, «An experimental approach to the treatment of acutely ill psychiatric patients in general hospital», *Connecticut Med.*, vol. 25, 1961, págs. 613-619.
- Di Blasio, P., J. Fischer y G. Prata, «The Telephone Card: A Cornerstone of the First

- Interview to the Family», *Journal of Systemic Therapy*, vol. 5, 1986 (trad. it.: «La cartella telefonica: pietra angolare della intervista con la famiglia», *Terapia familiare*, n° 22, 1986, págs. 5-17).
- Di Nicola, V., «Road map to Schizo-land: Mara Selvini Palazzoli and the Milán model systemic of family therapy», *Journal of Systemic Therapy*, vol. 3, 1984, págs. 50-62.
- Dicks, H. V., *Marital Tensions: Clinical Studies toward a Psychological Theory of Interaction*, Nueva York, Basic Books, 1967 (trad. it.: *Tensioni coniugali: studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*, Roma, Borla, 1992).
- Dixon, L., C. Adams y A. Lucksted, «Update on family psychoeducation for schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26, n.º 1, 2000, págs. 5-20.
- Doane, J. A. y D. Diamond, *Affect and Attachment in the Family*, Nueva York, Basic Books, 1994 (trad. it.: *Affetti e attaccamento nella famiglia*, Milán, Raffaello Cortina, 1996).
- Doane J. A., K. L. West y M. J. Goldstein, «Parental communication deviance and affective style: predictors of subsequent schizophrenic spectrum disorders in vulnerable adolescents», *Archives of General Psychiatry*, n.º 38, 1981, págs. 679-685.
- Doherty, W. I., «Unmasking family therapy», *The Family Therapy Networker*, vol. 13, 1989, págs. 35-39.
- , «Il dissenso e la curiosità. Entrevista con Mara Selvini Palazzoli», *Terapia Familiare*, n.º 61, 1999, págs. 11-24.
- Dollard, J. y N. E. Miller, *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking and Culture*, Nueva York, McGraw-Hill, 1950 (trad. cast.: *Personalidad y psicoterapia*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1984).
- Ducommun-Nagy, C., «La thérapie contextuelle», en M. Elkaim (comp.), *Panorama des thérapies familiales*, París, Seuil, 1995, págs. 97-114.
- Duhl, B. S., *From the Inside Out and Other Metaphors: Creative and Integrative Approach to Training in Systems Thinking*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1983.
- Duhl, B. S. y F. J. Duhl, «Integrative Family Therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1981.
- Duncan, B., S. Miller y J. Sparks, «Exposing the mythmakers», *The Family Therapy Networker*, vol. 24, n.º 2, 2000, págs. 24-33.
- Duvall, E. M., *Family Development*, Filadelfia, Lippincott, 1957.
- Eagle, M. N., «La crisi della psicoanalisi negli Stati Uniti», en G. Jervis (comp.), *Un secolo di psicoanalisi*, Turín, Bollati Boringhieri, 1999, págs. 182-204.
- Eiguer, A., *Un divan pour la famille. Du modele groupal à la therapie familiale psychanalytique*, París, Editions du Centurion, 1983 (trad. it.: *Un divano per la*

- famiglia*, Roma, Borla, 1986).
- Elkaim, M., «Coconstruction, systèmes et fonctions», en E. Trappeniers (comps.), *Etapes d'une évolution: approche systemique et therapie familiale*, Toulouse, Privat, 1993.
- (comp.), *Panorama des thérapies familiales*, París, Seuil, 1995.
- Ellenberger, H., *The Discovery of the Unconscious*, 1970 (trad. it.: *La scoperta dell'inconscio*, Turín, Bollati Boringhieri, 1976).
- Ellis, A., «How rational emotive behavior therapy belongs in constructivist camp», en M. F. Hoyt (comp.), *Handbook of Constructivist Therapies*, San Francisco, Jossey-Bass, 1998.
- Engel, G. L., «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», *Science*, n.º 196, 1977, págs. 129-136; reimpresso en *Family Systems Medicine*, vol. 10, n.º 3, págs. 317-331.
- Epston, D., «Guest address», Cuarta Conferencia Australiana sobre Terapia Familiar, *Australian Journal of Family Therapy*, vol. 5, n.º 1, 1984, págs. 11-16.
- (1986) «Writing Your History», en D. Epston, *Collected Papers*, Adelaida, Dulwich Centre Publications, 1989.
- , *Collected Papers*, Adelaida, Dulwich Centre Publications, 1989.
- , «Extending the conversation», *The Family Therapy Networker*, vol. 18, n.º 6, 1994, págs. 30-37.
- Epston, D. y M. White, «Consulting your consultants: The documentation of alternative knowledges», *Experience, Contradiction, Narrative & Imagination, Selected papers 1989-1991*, Adelaida, Dulwich Centre Publications, 1992.
- Erickson, M. H., «Utilization techniques», en J. Haley (comp.), *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy*, Nueva York, Grune and Stratton, 1959 (trad. it.: «Altre tecniche di induzione. Tecniche di utilizzazione», en M. Erickson, *Le nuove vie dell'ipnosi*, Roma, Astrolabio, 1978, págs. 60-85).
- Erickson, M. H., J. Haley y J. H. Weakland, «Annotated transcript of a trance induction», en J. Haley (comp.), *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy*, Nueva York, Grune and Stratton, 1959 (trad. it.: «Trascrizione commentata di un'induzione di trance», en M. Erickson, *Le nuove vie dell'ipnosi*, Roma, Astrolabio, 1978, págs. 86-131).
- Erickson, M. H. y E. L. Rossi, *Hypnotherapy*, Nueva York, Grune and Stratton, 1979 (trad. it.: *Ipnoterapia*, Roma, Astrolabio, 1982).
- Erikson, E. H., *Identity and the Life Cycle*, Nueva York, International University Press, 1959 (trad. it.: *Cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Roma, Armando, 1981).
- , *Childhood and Society*, Nueva York, Norton, 1963 (trad. it.: *Infanzia e società*, Roma, Armando, 1966; trad. cast.: *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Paidós,

- 1983).
- Eron, J. y T. Lund, *Narrative Solutions in Brief Therapy*, Nueva York, Guilford Press, 1996.
- Eysenck, H. J., «The effects of psychotherapy: An evaluation», *Journal of Consulting Psychology*, n.º 16, 1952, págs. 319-324.
- Ezriel, H., «Experimentation of the psychoanalytic session», *British Journal of Philosophy of Science*, vol. 7, 1956, págs. 25-41.
- Fairbairn, W. R. D., *Psychoanalytic Studies of Personality*, Londres, Tavistock, 1952 (trad. it.: *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Turín, Boringhieri, 1970).
- , *An Object Relation Theory of Personality*, Nueva York, Basic Books, 1954.
- Falloon, I. R. H. (comp.), *Family Management of Schizophrenia: A Controlled Study of Clinical, Social, Family and Economic Benefits*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1985.
- , «Salute mentale e medicina di base. II “progetto Buckingham”», en C. L. Cazzullo, M. Clerici y P. Bertrando (comps.), *Schizofrenia e ambiente*, Milán, Franco Angeli, 1998.
- , «Psychoeducational family treatments», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia comportamentale della famiglia», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de Paolo Bertrando, Turín, Bollati Boringhieri, 1995, págs. 130-160).
- Falloon, I. R. H., J. L. Boyd y C. W. McGill, *Family Care of Schizophrenia*, Nueva York, Guilford, 1984.
- Falloon, I. R. H., J. Razani, H. B. Moss y A. Gilderman, «Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study», *New England Journal of Medicine*, vol. 306, 1982, págs. 1.347-1.330.
- Falloon, I. R. H., M. Williamson, J. Razani, H. B. Moss, A. Gilderman y G. M. Simpson, «Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, 1983, págs. 887-896.
- Ferber, A., «Preface», en A. Ferber, M. Mendelsohn y A. Napier (comps.), *The Book of Family Therapy*, Nueva York, Jason Aronson, 1972, págs. 23-36.
- Ferber, A., M. Mendelsohn y A. Napier (comps.), *The Book of Family Therapy*, Nueva York, Jason Aronson, 1972.
- Ferenczi, S., *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*, Milán, Raffaello Cortina, 1988.
- Ferreira, A. J., «Family myths and homeostasis», *Archives of General Psychiatry*, n.º 9, 1963, págs. 437-463.
- Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal, *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 (trad. cast.: *La táctica del cambio*, Barcelona,

- Flerder, 1994).
- Flax, J., *Thinking Fragments: Psychoanalysis, Feminism and Postmodernism in the Contemporary West*, Berkeley, University of California Press, 1990 (trad. cast.: *Psicoanálisis y feminismo*, Madrid, Cátedra, 1993).
- Flugel, J., *The Psychoanalytic Study of the Family*, Londres, Hoggarth Press, 1921 (trad. cast.: *Psicoanálisis de la familia*, Buenos Aires, Paidós, 1972).
- Foucault, M., «Preface», en M. Foucault, *Folie et déraison: Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Plon, 1961, págs. I-XI (trad. it.: «Prefazione» a la *Storia della follia*, en *Archivio Foucault I*, Milán, Feltrinelli, 1996, págs. 49-38; trad. cast.: *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1979).
- , *Histoire de la folie à l'âge classique, suivie de mon corps, ce papier, ce feu, et la folie, l'absence d'œuvre*, París, Gallimard, 1961-1972 (trad. it.: *Storia della follia nell'età classica: Nuova edizione accresciuta*, Milán, Garzanti, 1976, y Rizzolo, 1992; trad. cast.: *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1979).
- , *Les mots et les choses*, París, Gallimard, 1966 (trad. it.: *Le parole e le cose*, Milán, Rizzoli; trad. cast.: *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*, Madrid, Siglo XXI, 1999).
- , *L'ordre du discours*, París, Gallimard, 1971 (trad. it.: *L'ordine del discorso*, Turín, Einaudi, 1972; trad. cast.: *El orden del discurso*, Barcelona, Tusquets, 1999).
- , *Surveiller et punir*, París, Gallimard, 1975 (trad. it.: *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Turín, Einaudi, 1976; trad. cast.: *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, Madrid, Siglo XXI, 2000).
- (1999), Gli anormali. Corso al Collège de France 1974-1975 (trad. it.: Feltrinelli, Milán, 2000; trad. cast.: *Los anormales: curso de Collège de France, 1974-1975*, Madrid, Akal, 2001).
- Foulkes, S. H., *Therapeutic Group Analysis*, Londres, Allen & Unwin, 1964 (trad. cast.: *Psicoterapia grupo-analítica*, Barcelona, Gedisa, 1981).
- Framo, J. L., «Symptoms from a family transactional viewpoint», en N. W. Ackerman, J. Lieb y J. K. Pearce (comps.), *Family Therapy in Transition*, Boston, Little Brown, 1970.
- , *Family Interaction: A Dialogue between Family Researchers and Family Therapists*, Nueva York, Springer, 1972.
- , «The integration of marital therapy with sessions with family of origin», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981, págs. 133-158.
- , *Family of origin therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1992 (trad. it.: *Terapia*

- intergenerazionale: Il lavoro con le famiglie di origine*, Milán, Raffaello Cortina, 1996; trad. cast.: *Familia de origen y psicoterapia: un enfoque intergeneracional*, Barcelona, Paidós, 1996).
- , «A personal retrospective of the family therapy field: Here and now», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 22, n.º 3, 1996, págs. 289-316.
- Franz, S. I., *Nervous and Mental Re-Education*, Nueva York, Macmillan, 1923.
- Freedheim, D. K., *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington (D.C.), American Psychological Association, 1992.
- Freud, S., *Idinterpretazione dei sogni*, (1899), en *Opere di Sigmund Freud*, edición a cargo de Cesare L. Musatti, vol. 2, Turín, Bollati Boringhieri, 1966-1980 (trad. cast.: *La interpretación de los sueños*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2000).
- (1904), *Psicoterapia*, en *Opere*, vol. 1, págs. 1.886-1.895 (trad. cast.: *Sobre psicoterapia*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948).
- (1908), *Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (Caso clinico del piccolo Hans)*, en *Opere*, vol. 5 (trad. cast.: *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993).
- (1912), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, en *Opere*, vol. 6 (trad. cast.: «Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico», en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva).
- (1914), *Per la storia del movimento psicoanalitico*, en *Opere*, vol. 7 (trad. cast.: *Autobiografía: historia del movimiento psicoanalítico*, Madrid, Alianza, 2001).
- (1915-1917), *Introduzione alla psicoanalisi* en *Opere*, vol. 8, (trad. cast.: *Introducción al psicoanálisis*, Madrid, Alianza, 2002).
- (1926), *Il problema dell'analisi condotta dai non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale*, en *Opere*, vol. 10 (trad. cast.: «Análisis profano», en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1987).
- (1929), *Il disagio della civiltà*, en *Opere*, vol. 10 (trad. cast.: *El malestar en la culturas*, Madrid, Alianza, 1998).
- Freud, S. y J. Breuer, *Studi sull'isteria*, (1895), en *Opere di Sigmund Freud*, edición a cargo de Cesare L. Musatti, vol. 1, págs. 1886-1895, Turín, Bollati Boringhieri (trad. cast.: *Escritos sobre la histerias*, Madrid, Alianza, 2002).
- Friedan, B., *The Feminine Mystique*, Nueva York, Mass Market, 1963; reimpresión, 1984 (trad. cast.: *Mística de la feminidad*, Gijón, Júcar, 1974).
- Fromm-Reichmann, F., «Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychoterapy», *Psychiatry*, n.º 11, 1948, págs. 263-274.
- , *Principles of Intensive Psychotherapy*, Chicago, University of Chicago Press, 1950 (trad. it.: *Principi di psicoterapia*, Milán, Feltrinelli, 1981; trad. cast.: *Principios de psicoterapia intensiva*, Buenos Aires, Hormé, 1980).

- Fruggeri L., *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-socialis* Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1997.
- Fruggeri, L., M. Marzari, M. Matteini y A. Castellucci, «Servizi pubblici e terapia sistemica: teorie e tecniche nell'incontro con le famiglie», en A. S. Gurman y D. Kniskern (comps.), *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995.
- Gadamer, H. G., *Wahreit und Method*, 1960 (trad. it.: *Verità e método*, Milán, Bompiani, 1983; trad. cast.: *Verdad y métodos*, Salamanca, Sígueme).
- Galimberti, U., *Dizionario di Psicologia*, Turín, UTET, 1992.
- Gardner, H., *The Mind's New Science. A History of Cognitive Revolutions*, Nueva York, Basic Books, 1985 (trad. cast.: *La nueva ciencia de la mente: historia de la revolución cognitiva*, Barcelona, Paidós, 2002).
- Garfield, S. L. y R. Kurtz, «Clinical psychologists in the 70s», *American Psychologist*, n.º 31, 1976, págs. 1-9.
- Geertz, C., *The Interpretaron of Cultures*, Nueva York, Basic Books, 1973 (trad. it.: *Interpretazione di culture*, Bolonia, Il Mulino, 1998; trad. cast.: *Interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, 1988).
- Gergen, K. J., *Toward Transformation in Social Knowledge*, Nueva York, Springer-Verlag, 1982.
- , *The Saturated Self*, Nueva York, Basic Books, 1991 (trad. cast.: *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Barcelona, Paidós, 1997).
- , *An Invitation to Social Construction*, Londres, Sage, 1999.
- Gergen, K. J. y K. Davis (comps.), *The Social Construction of the Person*, Springer, Nueva York, 1985.
- Giat Roberto, L., «Symbolic-experimental family therapy», en A. S. Gurman y D. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia familiare simbolico-esperienziale», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995).
- Glass C. R. y D. B. Arnkoff, «Behavior therapy», en D. K. Freedheim (comp.), *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington (DC), American Psychological Association, 1992, págs. 587-628.
- Gleick, J., *Chaos*, Londres, Heinemann, 1987 (trad. it.: *Caos. La nascita di una nuova scienza*, Florencia, Sansoni, 1996; trad. cast.: *Caos: la creación de una ciencia*, Barcelona, Seix Barral, 1998).
- Goffman, E., *Asylums*, Nueva York, Doubleday, 1961 (trad. it.: *Asylums: Le sitituzioni totali*, Turín, Einaudi, 1972; trad. cast.: *Asilos*, Buenos Aires, Amorrortu, 1982).
- Goldner, V., «Feminism and family therapy», *Family Process*, n.º 24, 1985, págs. 31-47.

- Goldstein, M. J. (comp.), *New Developments in Intervention with Families of Schizophrenics*, San Francisco, Jossey-Bass, 1981.
- , «II trattamento psicoeducativo familiare: dalla schizofrenia ai disturbi bipolari», en P. Bertrando, C. L. Cazzullo y M. Clerici (comps.), *Terapie familiari e psicoeducazione*, Milán, Franco Angeli, 1995, págs. 171-186.
- , *New Directions of Mental Health Services*, San Francisco, Jossey-Bass, 1981.
- Goldstein, M. J., I. Hand y K. Hahlweg (comps.), *Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention*, Berlín, Springer Verlag, 1986.
- Goldstein, M. J. y H. Kopeinick, «Short and long-term effects of combining drug and family therapy», en M. J. Goldstein (comp.), *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*, San Francisco, Jossey-Bass, 1981.
- Goldstein, M. J. y D. Miklowitz, «The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 21, n.º 4, 1995, págs. 361-376.
- Goldstein, M. J., E. H. Rodnick, J. R. Evans, P. R. A. May y M. R. Steinberg, «Drug and family therapy in aftercare of acute schizophrenics», *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, 1978, págs. 1.169-1.177.
- Gordon, S. B. y N. Davidson, «Behavior parent training», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981, págs. 517-555.
- Gould, S. J., *The Mismeasure of Man*, Nueva York, Norton, 1981 (trad. cast.: *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Crítica, 1997).
- , *Wonderful Life*, Londres, Hutchinson, 1989 (trad. it.: *La vita meravigliosa*, Milán, Feltrinelli, 1995; trad. cast.: *La vida maravillosa*, Barcelona, Crítica, 1999).
- Gray, W., F. J. Duhl y N. D. Rizzo, *General System Theory and Psychiatry*, Boston, Little Brown and Company, 1969 (trad. it.: *Teoria generale dei sistemi e psichiatria*, Milán, Feltrinelli, 1978).
- Greenberg, F., «The family interactional perspective: A study and examination of the work of Don D. Jackson», *Family Process*, n.º 16, 1977, págs. 385-410.
- Greenberg, J. R., *I Never Promised You a Rose Garden*, Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1964.
- Greenberg, J. R. y S. A. Mitchell, *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Cambridge, Harvard University Press, 1983 (trad. it.: *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Bolonia, Il Mulino, 1986).
- Group For The Advancement Of Psychiatry, Committee On The Family, «Global assessment of relational functioning scale (GARF): I. Background and rationale», *Family Process*, n.º 35, 1996, págs. 155-172.
- Guerin, P. J., *Family Therapy: Theory and Practice*, Nueva York, Gardner Press, 1976.

- Guerin, P. J. y D. R. Chabot, «Developments of family systems theory», en P. L. Wachtel y S. B. Messer, *Theories of Psychotherapy: Origins and Evolution*, Washington (DC), American Psychological Association, 1999, págs. 181-226.
- Guntrip, H., *Personality Structure and Human Interactions*, Nueva York, International University Press, 1961 (trad. it.: *Struttura della personalità e interazione umana*, Turín, Boringhieri, 1971).
- Gurman, A. S. y D. Kniskern, «Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect», en S. L. Garfield y A. E. Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, Nueva York, Wiley, 1978.
- , *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981a (trad. it.: *Manuale di terapia della famiglia*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1991).
- , «Family therapy outcome research», en A. S. Gurman y D. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. I, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981b (trad. it.: «La ricerca sugli esiti delle terapie familiari», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995, págs. 611-645).
- , *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995).
- Gurman, A. S., D. Kniskern y W. M. Pinsof, «Research on the process and outcome on marital and family therapy», en S. L. Garfield y A. E. Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis*, Nueva York, Wiley, 1986.
- Guttman, H. A., «Systems theory, cybernetics, and epistemology», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Teoria dei sistemi, cibernetica ed epistemologia», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de P. Bertrando, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995, págs. 40-60).
- Habermas, J., *La crisi della razionalità nel capitalismo maturo*, Milán, Feltrinelli, 1971.
- Hacking, I., *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illness*, University of Virginia Press, 1998 (trad. it.: *I viaggiatori folli*, Roma, Carocci, 2000).
- , *The Social Construction of What?*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1999 (trad. cast.: *¿La construcción social de qué?*, Barcelona, Paidós, 2001).
- Haley, J., «The art of psychoanalysis» (1958), en *The Power Jactes of Jesus Christ and Other Essays*, 2.^a ed., Rockville (MD), Triangle Press, 1986, págs. 5-18.
- , «The family of the schizophrenic: A model System», *Journal of Nervous and Mental*

- Disease*, n.º 129, 1959, págs. 357-364.
- , «Introduction to Family Process», *Family Process*, n.º 1, 1962, págs. 1-4.
- , *Strategies of Psychotherapy*, Nueva York, Grune and Stratton, 1963 (trad. it.: *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1974; trad. cast.: *Estrategias en psicoterapia*, Barcelona, Toray, 1987).
- , «Book review: *Intensive Family Therapy*», *Family Process*, n.º 5, 1966, págs. 284-289.
- , «Family therapy: A retrospective», en J. Haley (comp.), *Changing Families. A Family Therapy Reader*, Nueva York, Grune and Stratton, 1971a (trad. it.: «Sguardo retrospettivo sulla terapia della famiglia», en *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milán, Feltrinelli, 1980, págs. 11-25).
- , «Family therapy: A radical change», en J. Haley (comp.), *Changing Families. A Family Therapy Reader*, Nueva York, Grune and Stratton, 1971b (trad. it.: «Terapia della famiglia: un cambiamento radicale», en *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milán, Feltrinelli, 1980, págs. 338-354).
- (comp.), *Changing Families. A Family Therapy Reader*, Nueva York, Grune and Stratton, 1971c (trad. it.: *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milán, Feltrinelli, 1980).
- , *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.*, Nueva York, Norton, 1973 (trad. it.: *Terapie non comuni*, Roma, Astrolabio, 1976).
- , *Problem-Solving Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1976 (trad. it.: *La terapia del problem-solving*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1985).
- , *Leaving Home. The Therapy of Disturbed Young People*, Nueva York, McGraw-Hill, 1980.
- , *Ordeal Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1984 (trad. it.: *Il terapeuta e la sua vittima*, Roma, Astrolabio, 1985).
- , *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, Nueva York, Triangle Press, 1985 (trad. it.: *Conversazioni con Milton Erickson*, Roma, Astrolabio, 1987-1988).
- Haley J. y L. Hoffman, *Techniques of Family Therapy*, Nueva York, Basic Books, 1967 (trad. it.: *Tecniche di terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1974; trad. cast.: *Técnicas de terapia familiar*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989).
- Hare-Mustin, R., «A feminist approach to the psychotherapy», *Family Process*, n.º 17, 1978, págs. 181-194.
- , «The problem of gender in family therapy theory», *Family Process*, n.º 26, 1986, págs. 15-28.
- Hare-Mustin, R. y J. Maracek, «Authonomy and gender: Some questions for the psychotherapist», *Psychotherapy*, vol. 23, 1988, págs. 205-212.
- Harré, R., *The Social Construction of Emotions*, Oxford, Blackwell, 1986.

- Harries-Jones, P., *A Recursive Vision: Ecological Understanding and Gregory Bateson*, Toronto, University of Toronto Press, 1995.
- Harris, S. L., *Family of Developmental Disabled: A Guide Of Behavioral Intervention*, Nueva York, Pergamon, 1983.
- Haynes, J. e I. Buzzi, *Introduzione alla mediazione familiare*, Milán, Giuffrè, 1996 (trad. cast.: *Fundamentos de la mediación familiar*, Madrid, Gaia, 1995).
- Heims, S. J., *John von Neumann and Norbert Wiener. From Mathematics to the Technologies of Life and Death*, Cambrige (Mass.), MIT Press, 1980 (trad. cast.: *J. von Neumann y N. Wiener*, 2 vols., Barcelona, Salvat, 1989).
- , *The Cybernetics Group*, Cambrige (Mass.), MIT Press, 1991.
- Hemsley D. y R. M. Murray, «Commentary. Psychosocial and social treatments for schizophrenia: Not just old remedies in new bottles», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26, n.º 1, 2000, págs. 145-151.
- Herr, J. y J. H. Weakland, *Counseling Elders and Their Families*, Nueva York, Springer, 1979.
- Hoffman, L., «Deviation-amplifying processes in natural groups», en Haley J. (comp.), *Changing Families. A Family Therapy Reader*, Nueva York, Grune and Stratton, 1971 (trad. it.: «Processi di amplificazione della devianza nei gruppi naturali», en J. Haley [comp.], *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milán, Feltrinelli, 1980).
- , *Foundations of Family Therapy*, Nueva York, Basic Books, 1981 (trad. it.: *Principi di terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1984; trad. cast.: *Fundamentos de la terapia familiar*, México, FCE, 1987).
- , «From psychoanalysis to systems», en L. Boscolo, G. Cecchin, L. Hoffman y P. Penn (comps.), *Milan Systemic Family Therapy. Conversations in Theory and Practice*, Nueva York, Basic Books, 1987, págs. 3-28.
- , «A constructivist position for family therapy», *Irish Journal of Psychology*, n.º 9, 1988, págs. 110-129.
- , «Constructing realities: An art of lenses», *Family Process*, n.º 29, 1990, pág. 1.
- , «A reflexive stance for family therapy», *Journal of Systemic and Strategic Therapies*, n.º 10, 1991, págs. 1-17.
- , «A reflexive stance for family therapy», en S. McNamee y K. J. Gergen (comp.), *Therapy as Social Construction*, Londres, Sage, 1992, págs. 7-24 (trad. cast.: *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, 1996, págs. 23-43).
- , «Setting aside models in family therapy», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 24, n.º 2, 1998, págs. 143-156.
- , «In memoriam: Mara Selvini Palazzoli, M.D., 1916-1999», *Family Process*, n.º 38, 1999, págs. 396-398.
- Hogarty, G. E., G. M. Anderson, D. J. Reiss, S. J. Kornblith, D. P. Greenwald, C. D.

- Javna y M. J. Madonia, «Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, vol. 43, 1986, págs. 633-642.
- Holmes, J., *John Bowlby and Attachment Theory*, Londres, Routledge, 1992 (trad. it.: *La teoria dell'attaccamento*, Milán, Raffaello Cortina, 1994).
- Holmgren A., «Neuigkeiten aus dem Norden. Familie und Familientherapie en Skandinavien», *Familiendynamik*, vol. 21, n.º 1, 1996, págs. 23-34.
- Holtzworth-Munroe, A. y N. Jacobson, «Behavioral couple therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia comportamentale della coppia», en *Manuale di terapia della famiglia*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995, págs. 161-200).
- Horney, K., *The Neurotic Personality of Our Time*, Nueva York, Norton, 1937 (trad. cast.: *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*, Barcelona, Paidós, 1993).
- Hosemann, D. y T. Bauriedl, *Familientherapeuten im Gespräch*, Friburgo, Lambertus-Verlag, 1993.
- Hoyt, M. F. (comp.), *Handbook of Constructivist Therapies*, San Francisco, Jossey-Bass, 1998.
- Huffinton, C. y M. A. Sevvitt, «Family Intervention in adolescent school phobia», *Journal of Family Therapy*, vol. 11, 1989, págs. 353-376.
- Inwood, D. G., «Postpartum psychotic disorders», en H. I. Kaplan y B. J. Sadock (comps.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5.ª ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, págs. 852-858.
- Jackson, D. D., «The question of family homeostasis», *Psychiatric Quarterly Supplement*, n.º 31, 1957, págs. 79-90.
- , «Family interaction, family homeostasis, and some implications, for conjoint family therapy», en J. Masserman (comp.), *Individual and Family Dynamics*, Nueva York, Grune and Stratton, 1959.
- , «Family rules, the marital quid pro quo», *Archives of General Psychiatry*, vol. 12, 1965, págs. 589-594.
- (comp.), *Human Communication, vol. I: Communication, Family, and Marriage; vol. II: Therapy, Communication, and Change*, Palo Alto (CA), Science and Behavior Books, 1968.
- Jackson, D. D., J. Riskin y V. M. Satir, «A method of analysis of a family interview», *Archives of General Psychiatry*, vol. 5, 1961, págs. 321-339.
- Jackson, D. D., J. Weakland, «Conjoint family therapy: Some considerations on theory, techniques and results», *Psychiatry*, n.º 24, 1961, págs. 30-45 (trad. it.: «Terapia della famiglia congiunta: alcune considerazioni di teoria, tecnica e risultati», en J. Haley [comp.], *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milán, Feltrinelli, 1980, págs.

26-54).

Jacobson, N. S. y A. S. Gurman, «Therapy with couples: A coming of age», en N. S. Jacobson y A. S. Gurman (comps.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*, Nueva York, Guilford, 1995, págs. 1-6.

James, W., *Principles of Psychology*, Nueva York, Holt, 1890.

—, *Pragmatism*, Nueva York, Longmans, 1907.

Jaynes G. y R. Williams Jr., *A Common Destiny: Blacks and American Society*, Washington (DC), National Academy Press, 1989; y en S. Coontz (comp.), *The Way We Never Were: American Families and the Nostalgia Trap*, Nueva York, Basic Books, 1992.

Johnson, D. L., «Schizophrenia as a brain disease: Implications for psychologist and families», *American Psychologist*, n.º 44, 1989, págs. 553-555.

Jones, E., *The Life and Works of Sigmund Freud*, Nueva York, Basic Books, 1953 (trad. it.: *Vita e opere di Freud*, Milán, Il Saggiatore, 1962; trad. cast.: *Vida y obra de Sigmund Freud*, Barcelona, Anagrama, 2003).

—, *Family systems therapy: Developments in the Milan-Systemic Therapies*, Nueva York, John Wiley and Sons, 1993.

Jones, M., *Beyond the Therapeutic community*, Nueva York, Yale University Press, 1968 (trad. it.: *La psichiatria nell'ambiente sociale. Al di là della comunità terapeutica*, Milán, Il Saggiatore, 1974).

Kaës, R. (1976), *L'apparato pluripsichico* (trad. it.: Roma, Armando, 1983; trad. cast.: *El aparato psíquico grupal*, Barcelona, Gedisa, 1977).

Kanfer, F. H. y G. Saslow, «Behavioral analysis: An alternative to the diagnostic classification», *Archives of General Psychiatry*, vol. 12, 1963, págs. 329-338.

Kaplan, P. J. y I. Hall-McCorquodale, «Mother-blaming in major clinical journals», *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 33, págs. 343-333.

Katz, M., *In the Shadow of the Poorhouse: A Social History of Welfare in America*, Nueva York, Basic Books, 1986.

Keeney, B. R., *What is an Epistemology of Family Therapy?*, Nueva York, Bruner-Mazel, 1982.

Keith, D. V., «Use of Self: a brief report», *Family Process*, n.º 13, 1974, págs. 201-206.

Kendell, R. E., *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, 1973 (trad. it.: *Il ruolo della diagnosi in psichiatria*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1977).

Kerr, M., «Family system theory and therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Bruner-Mazel, 1981.

—, «Living the theory», *The Family Therapy Networker*, vol. 13, n.º 2, 1991, págs. 39-40.

Kerr, M. y M. Bowen, *Family Evaluation*, Nueva York, Norton, 1988.

- King, P, «The chemistry of doubt», *Psychology Today*, 1989, págs. 38-60.
- Kinston, W. y A. Bentovim, «Brief focal family therapy where the child is the referred patient, methodology and results», *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, n.º 19, 1978, págs. 119-143.
- Klein, M. (1928), «Early stages of the Oedipus conflict», en *Love, Guilt and Reparation and Other Works: 1921-1945*, Londres, Hogarth Press, 1937; reimpresión, 1973.
- , *The Psychoanalysis of Children*, Londres, Hogarth, 1932 (trad. it.: *La psicoanalisi dei bambini*, Florencia, Martinelli, 1969; trad. cast.: *Psicoanálisis del desarrollo temprano*, Barcelona, Paidós, 1984).
- Klein, M. y J. Rivière, *Love, Guilt and Reparation and Other Works: 1921-1945*, Londres, Hogarth Press, 1937; reimpresión, 1975 (trad. it.: *Amore, odio e riparazione*, Roma, Astrolabio, 1969).
- Kogan, S. M. y J. E. Gale, «Decentering therapy: Textual analysis of a narrative therapy session», *Family Process*, n.º 36, 1997, págs. 101-126.
- Kuhn, T., *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962 (trad. it.: *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Turín, Einaudi, 1969; trad. cast.: *Estructura de las revoluciones científicas*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2000).
- Laing, R. D., *The Divided Self*, Londres, Tavistock, 1959 (trad. it.: *L'io diviso*, Turín, Einaudi, 1965; trad. cast.: *El yo dividido*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1978).
- , *The Politics of Experience*, Londres, Tavistock, 1968 (trad. it.: *La politica dell'esperienza*, Feltrinelli, Milán, 1976).
- , *The Politics of the Family*, Londres, Tavistock, 1969 (trad. it.: *La politica della famiglia*, Turín, Einaudi, 1973).
- Laing, R. D. y A. Esterson, *Sanity, Madness and the Family. Families of Schizophrenics*, Londres, Tavistock, 1964 (trad. it.: *Normalità e follia nella famiglia*, Turín, Einaudi, 1970).
- Lam, D., «Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies», *Psychological Medicine*, n.º 21, 1991, págs. 423-441.
- Lamaire, J., *La couple: sa vie, sa mort. La structuration du couple humain*, París, Payot, 1979 (trad. it.: *Vita e morte della coppia*, Asís, Cittadella, 1981).
- Lankton, C. H., «Elements of ericksonian approach», en S. R. Lankton (comp.), *Ericksonian Monographs*, vol. 1, Nueva York, Brunner-Mazel, 1985.
- , «Task assignments: Logical and otherwise», en S. R. Lankton y J. Zeig (comps.), *Ericksonian Psychotherapy. State of the Art. Proceeding of the Third International Congress of Ericksonian Approach in Psychotherapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1988.

- Lankton, C. H. y S. R. Lankton, *The Answer Within: A Critical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*, Nueva York, Bruner-Mazel, 1983.
- , «Ericksonian emergent epistemologies: embracing a new paradigm», en M. F. Hoyt (comp.), *Handbook of Constructivist Therapies*, San Francisco, Jossey-Bass, 1998.
- Lankton, S. R., C. H. Lankton y W. J. Matthews, «Ericksonian family therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Bruner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia familiare ericksoniana», en *Manuale di terapia della famiglia*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1995).
- Laqueur, H., «Múltiple family therapy», en A. Ferber, M. Mendelsohn y A. Napier (comps.), *The Book of Family Therapy*, Nueva York, Jason Aronson, 1972, págs. 618-636.
- Laqueur, H. P., H. A. Laburt y E. Morong, «Múltiple family therapy: Further developments», *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 10, 1964, págs. 69-80.
- Lamer, G., «Towards a common ground in psychoanalysis and family therapy: On knowing not to know», *Journal of Family Therapy*, vol. 22, n.º 1, 2000, págs. 61-82.
- Lazlo, E., *Introduction to Systems Philosophy*, Nueva York, Harper Torchbooks, 1972.
- Leff, J. P., «Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion», *International Journal of Social Psychiatry*, 1989, vol. 35, n.º 2, págs. 133-145.
- , «L'intervento psicosociale sulle famiglie: benefici e durata del cambiamento», en R. Bertrando, C. L. Cazzullo y M. Clerici (comps.), *Terapie familiari e psicoeducazione*, Milán, Franco Angeli, 1995, págs. 147-162.
- Leff, J. P., L. Kuipers, R. Berkowitz, R. Eberlein-Vries y D. Sturgeon, «A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients», *British Journal of Psychiatry*, n.º 141, 1982, págs. 121-134.
- , «A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: a two year follow-up», *British Journal of Psychiatry*, n.º 146, 1985, págs. 594-600.
- Leff, J. P., R. Berkowitz, N. Shavit, A. Strachan, I. Class y C. Vaughn, «A trial of Family Therapy vs. a relatives group for Schizophrenia», *British Journal of Psychiatry*, n.º 154, 1989, págs. 58-66.
- Lehman, A. F., «Commentary: What happens to psychosocial treatments on the way to the clinic?», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26, n.º 1, 2000, págs. 137-140.
- Lehman, A. F., D. M. Steinwachs y Port Coinvestigators, «At Issue: Translating research into practice: The schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 24, n.º 1, 1998, pág. 10.
- Lemaire, J., *La couple: sa vie, sa mort. La structuration du couple humain*, París,

- Payot, 1979 (trad. it.: *Vita e morte della coppia*, Assasi, Cittadella, 1981).
- Lenartowicz, H. y E. Stankowska, «Familie un Familientherapie in Polen», *Pamiliodynamik*, vol. 21, n.º 1, 1996, pág. 35-41.
- Lerner, H. G., «Is family system theory really systemic? A feminist communication», *Journal of Psychotherapy and the Family*, n.º 3, 1987.
- Lettvin, J. Y., H. R. Maturana, W. S. McCulloch y W. H. Pits, «What the frog's eye tells to the frog's brain», *Proceedings of the IRE*, vol. 47, n.º 11, 1955, págs. 1940-1959.
- Levy, D., *Maternal Overprotection*, Nueva York, Columbia University Press, 1943.
- Levy, F. y R. Michael, «An economic bust of the baby boom», en *Challenge*, marzo-abril de 1986, en S. Coontz (comp.), *The Way We Never Were, American Families and the Nostalgia Trap*, Nueva York, Basic Books, 1992.
- Liberman, R. R., «Behavioural approaches to family and couple therapy», *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 40, 1970, págs. 106-118.
- , «Riabilitazione comportamentale nella schizofrenia: stress e vulnerabilità», en *Relazione al Congresso Internazionale «Interventi terapeutici nelle psicosi: la dimensione individuale, familiare e sociale»*, Milán, 4-8 de noviembre de 1992.
- Liberman, R. P., J. McCanon y C. J. Wallace, «Generalization of behaviour therapy with psychotics», *British Journal of Psychiatry*, n.º 129, 1976, págs. 490-496.
- Liberman, R. P., C. J. Wallace, I. R. H. Falloon y C. E. Vaughn, «Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families», *Comprehensive Psychiatry*, n.º 22, 1981, pág. 6, pág. 627.
- Liberman, R. P., M. Foster Green, R. S. Kern y C. J. Wallace, «La riabilitazione cognitivo-comportamentale», en C. L. Cazzullo, M. Clerici y P. Bertrando (comps.), *Schizofrenia e ambiente*, Milán, Franco Angeli, 1998, págs. 263-275.
- Libow, J., P. A. Raskin y P. L. Cault, «Feminist and family system therapy: Are they irreconcilable?», *American Journal of Family Therapy*, vol. 10, 1982, págs. 3-12.
- Lidz, R. W. y T. Lidz, «The family environment of schizophrenic patients», *American Journal of Psychiatry*, n.º 106, 1949, págs. 32-45.
- Lidz, T., *Family and Human Adaptation*, Londres, Hogarth University Press/Institute of Psychoanalysis, 1963 (trad. it.: *Famiglia e problemi di adattamento*, Turín, Boringhieri, 1972).
- Lidz, T., A. R. Cornelison, S. Fleck y D. Terry, «The intrafamilial environment of the schizophrenic patients. Part I, The Father», *Psychiatry*, n.º 20, 1957a, págs. 329-342.
- , «The intrafamilial environment of the schizophrenic patients. Part II, Marital schism and marital skew», *American Journal of Psychiatry*, n.º 114, 1957b, págs. 241-248.
- Lidz, T., S. Fleck y A. R. Cornelison, *Schizophrenia and the Family*, International Universities Press, Nueva York, 1965.

- Lidz, T., B. Parker y A. R. Cornelison, «The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient», *American Journal of Psychiatry*, n.º 113, 1956, págs. 126-132.
- Linares, J. L. y J. Alegret, «Thérapie familiale et institution: une perspective espagnole», *Thérapie Familiale*, n.º 14, 1993, págs. 291-299.
- Liotti, G., «L'attaccamento», en B. G. Bara (comp.), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Turín, Bollati Boringhieri, 1996, págs. 62-85.
- Lipset, D., *Gregory Bateson: The Legacy of a Scientist*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall, 1980.
- Lorenz, K., *Er redete mit dem Vieh, den Vögeln un der Fischen*, Altenberg, Verlag Dr. Borotha-Schoeller, 1949 (trad. it.: *Laello di Re Salomone*, Adelphi, Milán, 1967; trad. cast.: *El anillo del Rey Salomón*, Madrid, Ediciones Irreverentes, 2002).
- , *Das Sogennante Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression*, Viena, Borotha-Schöler, 1963 (trad. it.: *Il cosiddetto male*, Milán, Il Saggiatore, 1969; trad. cast.: *Sobre la agresión: el pretendido mal*, Madrid, Siglo XXI, 1992).
- Lovibond, S. H., «The mechanism of conditioning treatment of enuresis», *Behavioral Research and Therapy*, vol. 1, 1963, págs. 17-21.
- Luepnitz, D. A., *The Family Interpreted: Feminist Theory in Clinical Practice*, Nueva York, Basic Books, 1988.
- Lyotard, F., *La condition postmoderne*, París, Editions de Minuit, 1979 (trad. it.: *La condizione postmoderna*, Milán, Feltrinelli, 1980; trad. cast.: *La condición postmoderna*, Madrid, Cátedra, 1989).
- Mac Gregor, R., «Progress in múltiple impact theory», en N. Ackerman, F. L. Beatman y S. N. Sherman (comps.), *Expanding Theory and Practice in Family Therapy*, Nueva York, Family Services Association of America, 1967.
- Mace, D. R., «Marriage and family enrichment», en F. P. Piercy, D. H. Sprenkle (comps.), *Family Therapy Sourcebook*, Nueva York, The Guilford Press, 1986, págs. 187-212.
- Madanes, C., *Strategic Family Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1981.
- , *Behind the One-Way Mirror: Advance in Practice of Strathegic Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1984.
- , *Sex, Love and Violence*, San Francisco, Jossey-Bass, 1990 (trad. cast.: *Sexo, amor y violencia*, Barcelona, Paidós, 1993).
- , «Strategic family therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia familiare strategica», en *Manuale di terapia familiare*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1993).
- Madanes, C. y J. Haley, «Dimensions of family therapy», *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 163, 1979, págs. 88-98.

- Main, M., «Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. múltiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research», en C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (comps.), *Attachment Across the Life Cycle*, Londres, Routledge, 1991.
- Main, T., «The ailment», *British Journal of Medical Psychology*, vol. 30, 1937, págs. 129-143.
- Malagoli Togliatti, M. y L. Rocchietta Tofani, *Famiglie multiproblematiche*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1987.
- Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Nueva York, Plenum, 1963.
- , *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Nueva York, Plenum, 1976.
- Maruyama, M., «The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal processes», en W. Buckley (comp.), *Modern Systems Research For The Behavioral Scientist*, Chicago, Aldine, 1968, pág. 491.
- Masson, J., *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*, Nueva York, Farrar, Straus and Giroux, 1984.
- , *Against Therapy*, Nueva York, Harper and Collins, 1988.
- Matte Blanco, I., *The Unconscious as Infinite Sets*, Londres, Duckworth, 1975 (trad. it.: *L'inconscio come insiemini infiniti*, Turín, Einaudi, 1981).
- Maturana, H., «Biology of language: the epistemology of reality», en G. A. Miller y E. Lenneberg (comps.), *Psychology and Biology of Language and Thought*, Nueva York, Academic Press, 1978.
- Maturana, H. y F. Varela, *Autopoiesis and cognition*, Dordrecht, Reider, 1980 (trad. it.: *Autopoiesi e cognizione*, Venecia, Marsilio, 1985).
- May, R., *Love and Will*, Nueva York, Norton, 1969 (trad. it.: *L'amore e la volontà*, Roma, Astrolabio, 1971).
- , «Foreword», en D. K. Freedheim, *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington (DC), American Psychological Association, 1992, págs. XX-XXVII.
- McCulloch W. y W. Pitts, «A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity», *Bulletin of Mathematical Biophysics*, n.º 5, 1943, págs. 115-133.
- McFarlane, W., «Psychoeducational family treatments», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Trattamenti familiari psicoeducativi», en *Manuale di terapia della famiglia*, Turín, Bollati Boringhieri, 1995, págs. 360-395).
- McFarlane, W., B. Link, R. Dushay, J. Marchal y J. Crilly, «Psychoeducational family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia», *Family Process*, n.º 34, n.º 2, 1995, págs. 127-144.
- McGlashan, T. H. y C. J. Keats, *Schizophrenia: Treatment Process and Outcome*, American Psychiatric Press, Washington (DC), 1989 (trad. it.: *Schizophrenia*.

- Trattamento ed esito terapeutico*, Milán, Raffaello Cortina, 1993).
- McGoldrick, M. y R. Gerson, *Genograms in Family Assessment*, Nueva York, Norton, 1985.
- McLuhan, M., *Understanding Media*, Nueva York, McGraw Hill, 1964 (trad. it.: *Gli strumenti del comunicare*, Milán, Il Saggiatore, 1967; trad. cast.: *Comprender los medios de comunicación: las extensiones del ser humano*, Barcelona, Paidós, 1996).
- McNamee, S. y K. J. Gergen (comps.), *Therapy as Social Construction*, Londres, Sage, 1992, págs. 186-199 (trad. it.: *La terapia come costruzione sociale*, Milán, Franco Angeli, 1998; trad. cast.: *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, 1996).
- Mead, G. H., *Mind, Self and Society*, Chicago, Chicago University Press, 1934 (trad. it.: *Mente, Sé, Società*, Florencia, Giunti Barbera, 1972; trad. cast.: *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductivismo social*, Barcelona, Paidós, 1999).
- Mecacci, L., *Psicologia moderna e postmoderna*, Bari, Laterza, 1998.
- Mendez, C. L. y F. Coddou y H. Maturana, «The bringing forth of pathology», *Irish Journal of Psychology*, vol. 9, n.º 1, 1988, págs. 144-172.
- Menninger, K., *Love against Hate*, Nueva York, Hartcourt Brace, 1942.
- Micale, M. S. y R. Porter, *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994.
- Midelfort, C. F., *The Family in Psychotherapy*, Nueva York, McGraw Hill, 1957.
- Miermont, J., *The Dictionary of Family Therapy*, edición y revisión a cargo de H. Jenkins, Oxford y Cambridge (Mass.), B. Blackwell References, 1987.
- Mikesell, R. H., D. Lusteran y S. McDaniel, *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and Systems Theory*, Washington (DC), American Psychological Association, 1995.
- Miklowitz, D. J. y M. J. Goldstein, *Bipolar Disorder: A Family-focused Treatment Approach*, Nueva York, Guilford Press, 1997.
- Miller, J. G., «Clinical psychology in Veterans Administration», *American Psychologist*, n.º 1, 1946, págs. 181-189.
- Mingyuan Z., Y. Heqin, Y. Chengde, Y. Janlin, Y. Qinfeng, C. Peijun, G. Lianfang, Y. Jizhong, Q. Guangya, W. Zhen, C. Jianhua, S. Minghua, H. Jushan, W. Longlin, Z. Yi, Z. Buoying, J. Orley y M. Gittelman, «Effectiveness of psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: A perspective cohort study in five cities of China», *International Journal of Mental Health*, n.º 22, 1993, págs. 47-59.
- Mintz, S. y S. Kellogg, *Domestic Revolutions: A Social History of American Family Life*, Nueva York, Free Press, 1988, en S. Coontz (comp.), *The Way We Never Were*,

- American Families and the Nostalgia Trap*, Nueva York, Basic Books, 1992.
- Minuchin, P, «Children and family therapy: Mainstream approaches and the special case of the multicrisis poor», en R. H. Mikesell, D. Lusterman y S. McDaniel (comp.), *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and Systems Theory*, Washington (DC), American Psychological Association, 1995, págs. 113-124.
- Minuchin, S., *The acting-out child and his family: An approach to family therapy*, Nueva York, William Alanson Institute, 1961.
- , «The use of an ecological framework in treatment of child», *International Yearbook of Child Psychiatry*, vol. 1, 1970.
- , «Structural family therapy», en P. J. Kaplan (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1972.
- , *Families and Family Therapy*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1974 (trad. it.: *Famiglie e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1981; trad. cast.: *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Paidós, 2002).
- , *Family Kaleidoscope*, Harvard, Harvard University Press, 1986 (trad. cast.: *Calidoscopio familiar: imágenes de violencia y curación*, Barcelona, Paidós, 1994).
- , «My many voices», en J. Zeig (comp.), *The Evolution of Psychotherapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1987.
- , «The seductions of constructivism», *The Family Therapy Networker*, vol. 15, n.º5, 1991, págs. 47-50.
- , «Where is the family in narrative family therapy?», *Journal of Marital and Family Therapy*, n.º 24, 1998, págs. 397-403.
- Minuchin, S. y A. Barcai, «Therapeutically induced crisis», en A. Massermann, *Science and Psychoanalysis*, vol. 14, Nueva York, Grune and Stratton, 1969.
- Minuchin, S. y H. C. Fishman, *Family Therapy Techniques*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1981 (trad. it.: *Guida alle tecniche di terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1987; trad. cast.: *Técnicas de terapia familiar*, Barcelona, Paidós, 2002).
- Minuchin, S. y B. Montalvo, «An approach for the diagnosis of the low socioeconomic family», *American Psychiatry Research Reports*, n.º 20, 1966.
- Minuchin, S., B. Montalvo, B. Guerney, B. Rosman y F. Schumer, *Families of the Slums*, Nueva York, Basic Books, 1967.
- Minuchin, S., B. L. Rosman y L. Baker, *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1978 (trad. it.: *Famiglie psicosomatiche: Uanoressia mentale nel contesto familiare*, Astrolabio, Roma, 1982).
- Mitchell, W. T. J. (comp.), *On Narrative*, Chicago, University of Chicago Press, 1981.

- Montalvo, B., «Aspects of live supervision», *Family Process*, n.º 12, 1973, págs. 343-350.
- Moreno, J., *Who Shall Survive?*, Washington (DC), Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1934.
- , «Psychodramatic Treatment of Marriage Problems», *Sociometry*, vol. 3, 1940, pág. 1.
- (1966), «Psychodrama», en S. Arieti (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1959-1966 (trad. it.: *Lo psicodramma*, en *Manuale di Psichiatria*, Turín, Boringhieri, 1969-1970, págs. 1.670-1.692).
- Morris, C. W., «Foundation of a theory of signs», en O. Neurath, R. Carnap y C. W. Morris (comps.), *International Encyclopedia of Unified Sciences*, vol. 7, Chicago, University of Chicago Press, 1938.
- Mosher L. R., A. Z. Menn y S. M. Matthews (comps.), «Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenics», *American Journal of Orthopsychiatry*, n.º 45, 1975, págs. 455-467.
- Mosher L. R., A. Reifman y A. Z. Menn, «Characteristics of non-professionals serving as primary therapists for acute schizophrenics», *Hospital and Community Psychiatry*, n.º 24, 1973, págs. 391-396.
- Myers Avis, J., «Feminist issues in family therapy», en F. P. Piercy y D. H. Sprenkle (comps.), *Family Therapy Sourcebook*, Nueva York, The Guilford Press, 1986, págs. 213-242.
- , «Deepening awareness: A private study guide to feminism and family therapy», en L. Braverman, *A Guide to Feminist family Therapy*, Nueva York, Harrington Park Press, 1988.
- Napier, A. Y. y C. A. Whitaker, *The Family Crucible*, Nueva York, Harper and Row, 1978 (trad. it.: *Il crogiolo della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1981).
- Neill, J. R. y D. P. Kniskern, *From Psyche to System: The Evolving Therapy of Carl Whitaker*, Nueva York, Guilford, 1982.
- Nelkin, D. y M. S. Lindee, *The DNA Mystique: The Gene as a Cultural Icon*, Nueva York, W. H. Freeman, 1993.
- Neuburger, R., *L'irrationnel dans la couple et la famille*, París, ESF.
- , *Le mythe familial*, París, ESF.
- Nichols, M. P. y R. C. Schwartz, *Family Therapy. Concepts and Methods*, 4.ª ed., Nueva York, Allyn and Bacon, 1998.
- Nichols, W. C., *Fifty Years of Marital and Family Therapy*, Washington (DC), American Association for Marital and Family Therapy, 1992.
- Nichols, W. C. y R. C. Schwartz, *Family Therapy. Concepts and Methods*, Boston, Allyn and Bacon, 1998.

- Norcross, J. C. y J. O. Prochaska, «Clinicians' theoretical orientations: Selection, utilization, and efficacy», *Professional Psychology: Research and Practice*, n.º 14, 1983, págs. 197-208.
- , «A study of eclectic (and integrative) views revisited», *Professional Psychology: Research and Practice*, n.º 19, 1988, págs. 170-174.
- Norman, A., «An interview with Steve de Shazer», manuscrito no publicado, 1994.
- Oberndorf, C. P., «Psychoanalysis of married couples», *Psychoanalytic Review*, vol. 23, 1938, págs. 433-473.
- O'Hanlon, W. H., «The third wave», *The Family Therapy Networker*, vol. 18, n.º 6, 1994, págs. 18-29.
- Onnis, L., *Famiglia e malattia psicosomatica*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1988.
- Papadopoulos, R. K. y J. Byng-Hall, *Múltiple Voices. Narrative in Systemic Family Psychotherapy*, Londres, Duckworth, 1997.
- Papp, P. y E. Imber-Black, «Family Themes: transmission and transformaron», *Family Process*, n.º 35, 1996, págs. 5-20.
- Paré, D. A., «Culture and meaning: Expanding the metaphorical repertoire of family therapy», *Family Process*, n.º 35, 1996, págs. 21-42.
- Parry, A., «A universe of stories», *Family Process*, n.º 30, 1991, págs. 37-54.
- Parsons, T. y R. F. Bales, *Family, Socialization, and Interaction Process*, Glencoe, The Free Press, 1955.
- Patterson, G. R., *Families: Application of Social Learning to Family Life*, Champaign, Research Press, 1971.
- Patterson, G. R. y M. Brodsky, «Behaviour modification for a child with múltiple problems of behaviour», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 7, 1966, págs. 27-95.
- Patterson, G. R., S. McNeal, N. Hawkings y R. Phelps, «Reprogramming the Social Environment», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 8, 1967, págs. 181-195.
- Patterson, G. R., J. B. Reid, R. R. Jones y R. E. Conger, *A Social Learning Approach to Family Intervention*, vol. 1, *Families with Aggressive Children*, Eugene, Castalia, 1975.
- Paul, N., «Cross-confrontation», en P. Guerin Jr. (comp.), *Family Therapy: Theory and Practice*, Nueva York, Gardner Press, 1977.
- Paul, N. y G. Grosser, «Operational mourning and its role in conjoint family therapy», *Community Mental Health Journal*, vol. 1, n.º 4, 1965, págs. 339-345.
- Penn, P., «Circular questioning», *Family Process*, n.º 21, 1982, págs. 267-280.
- , «Feed-Forward: Future questions, future maps», *Family Process*, n.º 24, 1985, págs. 299-310.

- Penn, P. y M. W. Frankfurt, «Creating a participant text: Writing, múltiple voices, narrative multiplicity», *Family Process*, n.º 33, 1994, págs. 217-231.
- Perrot, M., «Le triomphe de la famille», *Histoire de la vie privée. IV: De la Revolution a la Grande Guerre*, París, Seuil, 1986 (trad. it.: «Il trionfo della famiglia», en P. Aries y G. Duby [comps.], *La vita privata: Lottocento*, Bari, Laterza, 1988, págs. 76-85).
- Perry, H. S., *Psychiatrist of America: The Life of Harry Stack Sullivan*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1982.
- Piercy, F. P. y D. H. Sprenkle (comps.), *Family Therapy Sourcebook*, Nueva York, The Guilford Press, 1986.
- Pinsof, W. M., «Family therapy process research», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981 (trad. it.: «La ricerca processuale in terapia della famiglia», en *Manuale di terapia della famiglia*, Turín, Bollatti Boringhieri, 1991).
- , *Integrative Problem-Centered Therapy. A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*, Nueva York, Basic Books, 1995.
- Pocock, D., «Postmodern chic: postmodern critique», *Context*, nº 24, 1995, págs. 46-48.
- Polkinghorne, D. E., *Narrative Knowing and the Human Sciences*, Albany, State University of New York Press, 1988.
- Prigogine, I. e I. Stengers, *La nouvelle alliance: metamorphose de la science*, París, Gallimard, 1979 (trad. it.: *La nuova alleanza*, Turín, Einaudi, 1981; trad. cast.: *La nueva alianza*, Madrid, Alianza, 2002).
- Propp, V. J., *Morfologija skazki*, Leningrado, 1928 (trad. it.: *Morfologia della fiaba*, Turín, Einaudi, 1966; trad. cast.: *Morfología del cuento*, Madrid, Fundamentos, 1987).
- Prud'Homme, J. C., «En souvenir de Virginia Satir, 1916-1988», en E. Goldbeter-Merinfeld (comp.), *Derniers développments en thérapie familiale, cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de reseaux*, Toulouse, col. «Privat», vol. 11, 1990.
- Reich, W., *Charakteranalyse*, Oslo, Sexpol Verlag, 1933 (trad. it.: *Analisi del carattere*, Milán, Sugarco, 1973; trad. cast.: *Análisis del carácter*, Barcelona, Paidós, 1993).
- , *Die Massenpsychologie des Faschismus*, Londres, Farrar, Strauss and Giroux, 1933-1942 (trad. it.: *Psicologia de massa del fascismo*, Milán, Sugarco, 1971; trad. cast.: *Psicología de masas del fascismo*, Barcelona, Bruguera, 1980).
- Reisman, J. M., *History of Clinical Psychology*, Nueva York, Emisphere Publishing Co., 1991.
- Reiss, D. J., *The Family's Construction of Reality*, Cambridge (Mass.), Harvard

- University Press, 1981.
- Richardson, H. B., *Patients Have Families*, Nueva York, Commonwealth Fund, 1943.
- Richter, H. E., H. Strotzka y J. Willi, *Familie und seelische Krankheit*, Rowholt, Reinbeck, 1976.
- Ricoeur, P., *De l'interprétation. Essai sur Freud*, París, Seuil, 1963 (trad. it.: *Della interpretazione: Saggio su Freud*, Milán, Il Saggiatore, 1966; trad. cast.: *Freud: una interpretación de la cultura*, México y Madrid, Siglo XXI, 1999).
- , *Narrative time*, en W. T. J. Mitchell (comp.), *On Narrative*, Chicago, The University of Chicago Press, 1981, págs. 163-186 (trad. cast.: *El tiempo y la narración*, Madrid, Cristianidad, 1987).
- Rieff, P., *The Triumph of the Therapeutic*, Chicago, University of Chicago Press, 1966.
- Riskin, J. y E. Faunce, «Family interaction scales I: Theoretical framework and method», *Archives of General Psychiatry*, n.º 22, 1970, págs. 504-512.
- Risley, T. R. y M. M. Wolf, «Experimental manipulation of autistic behaviours and generalization into the home», en S. W. Bijou y D. M. Baer (comps.), *Child Development: Reading in Experimental Analysis*, Nueva York, Appleton, 1967 (trad. it.: *Sviluppo infantile: Un'analisi comportamentale*, Roma, Armando).
- Ritzer, G., , *The McDonaldization of Society*, Thousand Oaks (CA), Pine Forge Press, 1996 (trad. it.: *Il mondo alla McDonald's*, Bolonia, Il Mulino, 1996; trad. cast.: *La MacDonaldisación de la sociedad*, Barcelona, Ariel, 1996).
- Rogers, C., *Counseling and Psychotherapy*, Boston, Houghton Mifflin, 1946.
- , *Client-Centered Therapy*, Boston, Houghton-Mifflin, 1951 (trad. it.: *Terapia centrata sul cliente*, Florencia, Giunti Barbera, 1970).
- Rosenau, P., *Post-modernism and the social Sciences*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1992.
- Rosenblueth A., N. Wiener y J. Bigelow, «Behavior, purpose and teleology», *Philosophy of Science*, n.º 10, 1943, págs. 18-24.
- Rossi, P., *Naufragi senza spettatore: L'idea di progresso*, Bolonia, Il Mulino, 1995.
- Roudinesco, E., *Jacques Tacan*, 1993 (trad. it.: *Jacques Tacan*, Milán, Raffaello Cortina, 1995; trad. cast.: *Jacques Tacan: esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*, Barcelona, Anagrama, 1995).
- Ruesch, J. y G. Bateson, *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*, Nueva York, Norton, 1951 (trad. it.: *La matrice sociale della psichiatria*, Bolonia, Il Mulino, 1976).
- Ruffiot, A., «La therapie familiale analytique. Technique et theorie», *Perspectives psychiatriques*, n.º 71, 1979, págs. 121-144.
- Rusconi, S. y M. Selvini Palazzoli, «Il transfert nella coterapia intensiva della famiglia», *Rivista di Psicologia Analitica*, n.º 1, 1970, pág. 157-177.

- Russell, M. N., *Skills in Counseling Women: The Feminist Approach*, Springfield, C. Thomas, 1984.
- Russo, F. N., «Psychology's foremothers: Their achievements in context», en A. N. O'Connell y N. F. Russo (comps.), *Models of Achievement: Reflections of Eminent Women in Psychology*, Nueva York, Columbia University Press, 1983, págs. 9-24.
- Russo, F. N. y A. N. O'Connell, «Women in psychotherapy: Selected contribution», en D. K. Freedheim, *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington (DC), American Psychological Association, 1992, págs. 493-527.
- Sager, C. J., «Treatment of marital couples», en S. Arieti (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1966 (trad. it.: «11 trattamento delle coppie coniugali», en *Manuale di Psichiatria*, Turín, Boringhieri, 1969-1970).
- Satir, V., *Conjoint Family Therapy. A Guide to Theory and Technique*, Palo Alto (CA), Science and Behavior Books, 1967.
- , *Peoplemaking*, Palo Alto (CA), Science and Behavior Books, 1972.
- Schafer, R., *A New Language for Psychoanalysis*, New Haven, Yale University Press, 1976.
- , «Narration in the psychoanalytic dialogue», en W. T. J. Mitchell (comp.), *On Narrative*, Chicago, The University of Chicago Press, 1981, págs. 25-50.
- , *The Analytic Attitude*, Nueva York, Basic Books, 1983 (trad. it.: *Eatteggiamento analitico*, Feltrinelli, Milán, 1984).
- Scharff, D. E. y J. S. Scharff, *Object Relations Family Therapy*, Nueva York, Jason Aronson, 1987.
- Schields, C. G., L. C. Wynne, S. H. Mcdaniel y B. A. Gawinski, «The marginalization of family therapy: A historical and continuing problem», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 20, n.º 2, 1994, págs. 117-138.
- Schön, D. A., *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, Nueva York, Basic Books, 1983 (trad. cast.: *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*, Barcelona, Paidós, 1998).
- Schooler N. R. y W. S. Fenton, «Editors' concluding remarks. Psychosocial treatment: More than compassion and common sense?», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26, n.º 1, 2000, págs. 153-155.
- Schwartz, W. C., *The Infernal Family Systems Model*, Nueva York, Guilford, 1994.
- Searles, H. F., *Collected papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Nueva York, Intenational University Press, 1965 (trad. it.: *Scritti sulla schizofrenia*, Turín, Boringhieri, 1974; trad. cast.: *Escritos sobre esquizofrenia*, Barcelona, Gedisa, 1980).
- , *Countertransference and Related Subjects*, Nueva York, International University Press, 1979 (trad. it.: *II controtransfert*, Turín, Bollati Boringhieri, 1994).

- Sechehaye, M., *Diario di una schizojrenica*, 1955 (trad. it.: Florencia, Giunti Barbera, 1978).
- Segal, H., *Introduction to the Work of Melanie Klein*, Nueva York, Basic Books, 1964 (trad. it.: *Introduzione all'opera di Melanie Klein*, Florencia, Martinelli, 1975; trad. cast.: *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Barcelona, Paidós, 2002).
- Segal, L., «Brief therapy: The MRI model», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, vol. II, Nueva York, Brunner-Mazel, 1991 (trad. it.: «Terapia breve: il modello del Mental Research Institute», en *Manuale di terapia della famiglia*, edición a cargo de Paolo Bertrando, Turín, Bollati Boringhieri, 1994, págs. 102-129).
- Seligman, M. E., *Helplessness*, San Francisco, Freeman, 1975 (trad. cast.: *Indefensión*, Madrid, Debate, 1991).
- Selvini, M. (comp.), *Cronaca di una ricerca. L'evoluzioine della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1985 (trad. cast.: *Crónica de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*, Barcelona, Paidós, 1990).
- Selvini Palazzoli, M., *L'anoressia mentale*, Milán, Feltrinelli, 1963.
- , «Perché un lungo intervallo fra le sedute?», 1980, en M. Selvini (comp.), *Cronaca di una ricerca. L'evoluzioine della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1985, págs. 189-196 (trad. cast.: *Crónica de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*, Barcelona, Paidós, 1990).
- , *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, nueva ed. agotada, Milán, Feltrinelli, 1981.
- , «The emergence of a comprehensive system approach», *Journal of Family Therapy*, vol. 5, 1983, págs. 165-177.
- , «Towards a general model of psychotic family games», *Journal of Family Therapy*, vol. 12, 1986, págs. 339-344.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata, «The treatment of children through brief therapy with their parents», *Family Process*, vol. 16, 1974, págs. 445-453.
- , *Paradosso e controparadosso*, Milán, Feltrinelli, 1975 (trad. cast.: *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*, Barcelona, Paidós, 1998).
- , «Family rituals: A powerful tool in family therapy», *Family Process*, vol. 16, 1977, págs. 445-453 (trad. it.: «Una prescrizione ritualizzata nella terapia della famiglia: giorni pari e giorni dispari», en M. Selvini [comp.], *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*, Roma, La

- Nueva Italia Scientifica, 1985; trad. cast.: *Crónica de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*, Barcelona, Paidós, 1990).
- , «Hypothesizing-circularity-neutrality», *Family Process*, n.º 19, 1980a, págs. 73-85 (trad. it.: «II problema dell'inviante in terapia familiare», en M. Selvini [comp.], *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1985; trad. cast.: *Crónica de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*, Barcelona, Paidós, 1990).
- , «The problem of the referring person», *Journal of Marital and Family Therapy*, n.º 6, 1980b, págs. 3-9.
- Selvini Palazzoli, M., S. Cirillo, A. M. Sorrentino y M. Selvini, *Giochi psicotici nella famiglia*, Milán, Raffaello Cortina, 1988 (trad. cast.: *Los juegos psicóticos en la familia*, Barcelona, Paidós, 1990).
- , *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Milán, Raffaello Cortina, 1998 (trad. cast.: *Muchachas anoréxicas y bulimicas: la terapia familiar*, Barcelona, Paidós, 2002).
- Selvini Palazzoli, M. y P. Ferraresi, «L'ossessivo e il suo coniuge», 1972, en M. Selvini (comp.), *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1985, págs. 45-52 (trad. cast.: *Crónica de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*, Barcelona, Paidós, 1990).
- Selvini Palazzoli, M. y G. Prata, «A new method for therapy and research of treatment of schizophrenic families», en H. Stierlin, L. C. Wynne y M. Wirsching, *Psychosocial Intervention in Schizophrenia: An International View*, Nueva York, Springer, 1983.
- Selvini Palazzoli M. y M. Viaro, «The anorexia process in the family, a six stage model as a guide for individual therapy», *Family Process*, vol. 27, n.º 2, 1988, págs. 129-148.
- Sennett, R., *The Corrosión of Character. The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*, Nueva York, Norton, 1999 (trad. it.: *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Milán, Feltrinelli, 2000).
- Shankar R., «Interventions with families of people with schizophrenia in India», *New Directions for Mental Health Services*, n.º 62, 1994, págs. 79-88.
- Shannon, C. E. y W. Weaver, *The Mathematical Theory of Communication*, Urbana, University of Illinois Press, 1949.
- Shields, C. G., M. C. Wynne, S. H. McDaniel y B. A. Gawinski, «The marginalization of family therapy: A Historical and Continuing Problem», *Journal of Marital and*

- Family Therapy*, vol. 20, n.º 1, 1994, págs. 117-138.
- Shotter, J., «Social accountability and the social construction of «you»», en J. Shotter y K. J. Gergen (comp.), *Taxis of Identity*, Londres, Sage, 1989.
- Silverman, M. y M. Silverman, «Psychiatry inside the family circle», *Saturday Evening Post*, noviembre de 1962, págs. 46-51.
- Simón, F. B., H. Stierlin, L. Wynne, *The Language of Family Therapy: A Systemic Vocabulary and Sourcebook*, Nueva York, Family Process Press, 1985 (trad. cast.: *Vocabulario de terapia familiar*, Barcelona, Gedisa, 1993).
- Simón, R., «Bowen on Bowen», *The Family Therapy Networker*, vol. 15, n.º 2, 1991, págs. 30-31.
- , *One on One: Conversations with the Shapers of Family Therapy*, Nueva York, Family Therapy Network-Guilford Press, 1992.
- , «From the editor», *The Family Therapy Networker*, vol. 18, n.º 2, 1994, pág. 2.
- Singer, M. T. y M. C. Toohey, «Communication disorders and the families of schizophrenics», en L. C. Wynne, R. L. Cromwell y S. Matthysse (comps.), *The Nature of Schizophrenia*, Nueva York, Wiley, 1978.
- Skinner, B. F., *Beyond Freedom and Dignity*, Nueva York, Knopf, 1971 (trad. it.: *Oltre la libertà e dignità*, Milán, Mondadori, 1973; trad. cast.: *Mas allá de la libertad y la dignidad*, Barcelona, Salvat, 1989).
- Skygger, A. C. R., *One Flesh, Separate Persons: Principles of Family and Marital Psychotherapy*, Londres, Constable, 1976.
- , «An open-system, group-analytic approach to family therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981, págs. 39-84.
- Sluzki, C. E., «Uno schema mínimo delle teorie cibernetiche», *Bollettino del Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, n.º 11, 1986, pág. 1.
- , «La trasformazione terapeutica delle trame narrative», *Terapia Familiare*, n.º 36, 1991, págs. 5-19.
- Sluzki, C. E. y J. Beavin, «Symmetry and complementarity: An operational definition and a typology of dyads», *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, n.º 11, 1965, págs. 321-330.
- Sluzki, C. E. y D. C. Ransom, *Double Bind. The Foundation of the Communication al Approach to the Family*, Nueva York, Grune and Stratton, 1976 (trad. it.: *Il doppio legame*, Roma, Astrolabio, 1979).
- Smith, M. L. y G. V. Glass, «Meta-analysis of psychotherapy outcome studies», *American Psychologist*, n.º 32, 1977, págs. 752-777.
- Snyder K. y R. P. Liberman, «Family assessment and intervention with schizophrenics at risk for relapse», en M. J. Goldstein (comp.), *New Developments in Interventions*

- with Families of Schizophrenics*, San Francisco, Jossey-Bass, 1981.
- Solomon, P., «Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness», *Psychiatric Services*, n.º 47, 1996, págs. 1.364-1.370.
- Sorrentino, A. M., «II problema della diagnosi in terapia familiare», *Connessioni*, n.º 5, 1999, págs. 97-105.
- Speck, R. V. y C. L. Attneave, *Family Networks*, Nueva York, Pantheon, 1973 (trad. it.: *La terapia di rete*, Roma, Astrolabio, 1976).
- Speed, B., «Reality exist, ok? An argument against constructivism and social constructionism», *Journal of Family Therapy*, n.º 13, 1991, págs. 395-409.
- Spence, D. R., *Narrative Truth and Historical Truth*, Nueva York, Norton, 1982.
- Spitz, R. A., *The First Year of Life. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*, Nueva York, International University Press, 1965 (trad. it.: *Il primo anno di vita: Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali*, Roma, Armando, 1973; trad. cast.: *El primer año de vida del niño*, Madrid, Aguilar, 1993).
- Spitzer, R. L., J. Endicott y E. Robins, *Research Diagnostic Criteria (RDC)*, Nueva York, Biometric Institute, New York State Psychiatric Institute, 1976 (trad. cast.: *Sistema RDC: criterios diagnósticos de investigación*, Madrid, Edimsa, 1989).
- Stagoll, «Corning across: Family therapy in Australia and New Zealand», discurso de apertura, conferencia de 1995 en Wellington, *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, vol. 17, n.º 1, 1996, págs. 1-8.
- Stanton, M. D., «Strategic approaches to family therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981, págs. 310-360.
- Stanton, M. D., T.C. Todd y otros, *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Nueva York, Guilford, 1982.
- Steinglass, R., «Editorial: Family therapy s future», *Family Process*, n.º 35, 1996, págs. 403-405.
- Stern, D., *The Interpersonal World of the Infant*, Nueva York, Basic Books, 1985 (trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*, Turín, Bollati Boringhieri, 1987).
- Stevens, J. R., «Neuropathology of schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, vol. 39, 1982, págs. 1131-1139.
- Stierlin, H., «Individual therapy and hospital structure», en A. Burton (comp.), *Psychotherapy of the Psychoses*, Nueva York, Basic Books, 1961.
- , «Group fantasies and family myths: Some theoretical and pratical aspects», *Family Process*, 1973, págs. 111-125.
- , *Separating Parents and Adolescents*, Nueva York, Quadrangle, 1974.
- , *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie: Theorie und Klinik*, Stoccarda, Ernest

- Klett Verlag, 1975a (*trad. it.: Dalla psicoanalisi alla terapia della famiglia*, Turín, Bollati Boringhieri, 1981; *trad. cast.: Psicoanálisis y terapia familiar*, Barcelona, Icaria, 1979).
- , *Adolf Hitler; familienperspektiven*, Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1975b.
- , «The parent's nazi past and the dialogue between the generations», *Family Process*, n.º 20, 1981, págs. 379-390.
- Stierlin, H., L. D. Levi y R. J. Savard, «Centrifugal versus centripetal separation in adolescence: Two patterns and some of their implications», en Feinstein, S. (comp.), *Annals of American Society for Adolescents Psychiatry*, vol. II, *Developmental and Clinical Studies*, Nueva York, Basic Books, 1973.
- Stierlin, H., L. C. Wynne y M. Wirsching, *Psychosocial Intervention in Schizophrenia: An International View*, Nueva York, Springer, 1983.
- Strachan, A. M., «Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Towards protection and coping», *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, n.º 4, 1986, págs. 678-685.
- Stuart, R. B., «Operant interpersonal treatment for marital discord», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 33, 1969, págs. 675-682.
- Sullivan, H. S., (1950), «The illusion of personal individuality», en H. S. Sullivan, *The Fusion of Psychiatry and Social Science*, edición a cargo de H. S. Perry, Nueva York, Norton, 1971, págs. 198-226.
- , *Interpersonal Theory of Psychiatry*, Nueva York, Norton, 1953 (*trad. it.: Teoria interpersonale della psichiatria*, Milán, Feltrinelli, 1972).
- , *Schizophrenia as a Human Process*, Nueva York, Norton, 1962 (*trad. it.: Scritti sulla schizofrenia*, Milán Feltrinelli, 1993).
- Sutherland, J., «The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 28, n.º 4, 1980, págs. 829-860.
- Sykes Wylie, M., «Family therapy's neglected prophet», *Family Therapy Networker*, vol. 15, n.º 2, 1991, págs. 25-37.
- , «Panning for gold», *Family Therapy Networker*, vol. 18, n.º 6, 1994a, págs. 40-48.
- , «Endangered species», *Family Therapy Networker*, vol. 18, n.º 2, 1994b, págs. 20-33.
- Szasz, T. S., *The Myth of Mental Illness*, 1961 (*trad. it.: Il mito della malattia mentale*, Milán, Il Saggiatore, 1966; *trad. cast.: El mito de la enfermedad mental*, Barcelona, Círculo de Lectores, 1999).
- , *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Garden City NY, Anchor Books, 1971.
- , *The Myth of Psychotherapy: Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression*, Garden City, NY, Anchor Press-Doubleday, 1978 (*trad. it.: Il mito della*

- psicoterapia*, Milán, Feltrinelli).
- Terkelsen, K. J., «Schizophrenia and the family, III: Adverse effects of family therapy», *Family Process*, n.º 22, 1983, págs. 191-200.
- Thompson, E. P., «Time, work, discipline and industrial capitalism», *Past and Present*, n.º 38, 1967, págs. 56-97.
- Tienari, P., «Lo schizofrenico e l'ambiente», en C. L. Cazzullo, M. Clerici y P. Bertrando (comps.), *Schizofrenia e ambiente*, Milán, Franco Angeli, 1998, págs. 33-60.
- Tienari, R., A. Sorri, I. Lahti, M. Naarala, K.-E. Wahlberg, T. Ronkko, J. Moring y L. C. Wynne, «The finnish adoptive family study of schizophrenia: Possible joint effects of genetic vulnerability and family interaction», en K. Hahlweg y M. Goldstein (comps.), *Understanding Major Mental Disorders*, Nueva York, Family Process Press, 1987, págs. 33-54.
- Tinbergen, N., *The Study of Instinct*, Oxford, Clarendon Press, 1951.
- Toffanetti, D., «La sostenibile leggerezza del terapeuta», *Connessioni*, n.º 3, 1998, págs. 104-112.
- Tomm, K., «One perspective of Milan systemic approach, pt. 1: Overview of development, theory and practice», *Journal of Marital and Family Therapy*, n.º 10, 1984a, págs. 113-125.
- , «One perspective of Milan systemic approach, pt. 2: Description of session format, interviewing style and intervention», *Journal of Marital and Family Therapy*, n.º 10, 1984b, págs. 253-277.
- , «Circular interviewing: A multifaceted clinical tool», en D. Campbell y R. Draper (comps.), *Application of Systemic family Therapy: The Milan Approach*, Londres, Grune and Stratton, 1985.
- , «Interventive interviewing, pt. 1: Strategizing as a forth guideline for the therapist», *Family Process*, vol. 26, 1987a, págs. 3-13.
- , «Interventive interviewing, pt. 2: Reflexive questioning as a Mean to enable Self Healing», *Family Process*, vol. 26, 1987b, págs. 167-183.
- , «Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive question?», *Family Process*, vol. 27, 1988, págs. 1-15.
- , «Honoring our internalized others and ethics of caring», en M. F. Hoyt (comp.), *The Handbook of Constructive Therapies*, San Francisco, Jossey-Bass, 1998.
- Van Gennep, A., *Les rites de passage*, París, Emile Nourry, 1909.
- Vanderboos, G. R., N. A. Cummings y P. H. Deleon, «A Century of psychotherapy. Economic and enviromental influence in psychotherapy», en D. K. Freedheim (comp.), *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington (DC), American Psychological Association, 1992.
- Varela, F., E. Thompson y E. Rosch, *The Embodied Mind*, Cambridge (Mass.), The

- MIT Pres, 1991 (trad. it.: *La via di mezzo della conoscenza*, Milán, Feltrinelli, 1992).
- Varela, F. J., *Principles of Biological Autonomy*, North Holland, Elsevier, 1979.
- Vattimo, G. y P. A. Rovatti, *Il pensiero debole*, Milán, Feltrinelli, 1983.
- Vaughn C. E. y J. P. Leff, «The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients», *British Journal of Psychiatry*, n.º 129, 1976, págs. 125-137.
- Viaro, M. y P. Leonardi, *Conversazione e terapia*, Milán, Raffaello Cortina, 1990.
- Voltaire, *Candido ovvero l'ottimismo* (trad. it.: en *Romanzi e racconti*, a cargo de Riccardo Bacchelli, Milán, Mondadori, 1938, págs. 199-311; trad. cast.: *Cándido*, Madrid, Espasa-Calpe, 2001).
- Von Bertalanffy, L., *Modern Theories of Development* (1934), reimpresión, Nueva York, Harper Torchbooks, 1962.
- , *General System Theory*, Nueva York, Braziller, 1969 (trad. it.: *Teoria generale dei sistemi*, Milán, Mondadori, 1983; trad. cast.: *Teoría general de los sistemas*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1976).
- Von Foerster, H., *Observing Systems*, Seaside (CA), Intersystems Publications, 1982 (trad. it.: *Sistemi che osservano*, Roma, Astrolabio, 1987).
- , «Cibernetica ed epistemologia: storia e prospettive», en G. Bocchi y M. Ceruti (comps.), *La sfida della complessità*, Milán, Feltrinelli, 1983.
- Von Glasersfeld, E., «An Introduction to radical constructivism», en P. Watzlawick (comp.), *The Invented Reality*, Nueva York, Norton, 1984 (trad. it.: «Introduzione al costruttivismo radicale», *La realtà inventata*, Milán, Feltrinelli, págs. 17-36; trad. cast.: *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1990).
- Von Neumann, J. y O. Morgenstern, *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton (NJ), Princeton University Press, 1944.
- Wachtel, P. L. y S. B. Messer, *Theories of Psychotherapy. Origins and Evolution*, Washington (DC), American Psychological Association, 1999.
- Walsh, F., *Conceptualization of normal family processes*, en F. Walsh (comp.), *Normal Family Processes*, Nueva York, The Guilford Press, 1993, págs. 3-69.
- , «Editorial: The resilience of the field of family therapy», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 24, n.º 3, 1998, págs. 269-271.
- Walters, M., B. Carter, P. Papp y O. Silverstein, *The Invisible Web. Gender Patterns in Family Relationship*, Nueva York, Guilford, 1988.
- Warner, D., *Recovery of Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1986 (trad. it.: *Schizofrenia e guarigione*, Milán, Feltrinelli, 1992).
- Waters, R., «Generation Rx», *The Family Therapy Networker*, vol. 24, n.º 2, 2000,

- págs. 34-43.
- Watson, J. B., «Psychology as the behaviorist views it», *Psychological Review*, n.º 20, 1913, págs. 138-179.
- , *Behaviorism*, Nueva York, Norton, 1924.
- Watzlawick, P., «A review of the double bind theory», *Family Process*, n.º 2, 1963, págs. 132-153.
- , «A structured family interview», *Family Process*, n.º 5, 1966, págs. 256-271.
- (comp.), *The Invented Reality*, Nueva York, Norton, 1984 (trad. it.: *La realtà inventata*, Milán, Feltrinelli, 1988; trad. cast.: *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1990).
- Watzlawick, P., D. D. Jackson y J. Beavin, *Pragmatics of Human Communications*, Nueva York, Norton, 1967 (trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio, 1971; trad. cast.: *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona, Herder, 1989).
- Watzlawick, P., J.H. Weakland y R. Fisch, *Change: The Principles of Problem Formation and Problem Resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. it.: *Change*, Roma, Astrolabio, 1974; trad. cast.: *Cambio*, Barcelona, Herder, 1999).
- Weakland J. H., R. Fisch, R. Watzlawick y A. Bodin, «Brief therapy: focused problems resolution», *Family Process*, n.º 13, 1974, págs. 141-168.
- Weakland, J. M., (1960), «The “Double bind” hypothesis of schizophrenia and three-party interaction», en C. E. Slutzki y D. C. Ransom (comps.), *Double Bind: the Foundation of a Communicational Approach to the Family*, Nueva York, Grune and Stratton, 1976 (trad. it.: «L’ipotesi del “doppio legame” sulla schizofrenia nell’interazione a tre», en *Il doppio legame*, Roma, Astrolabio, 1979).
- Weinberger D. R., R. L. Wagner y R. J. Wyatt, «Neuropathological studies of schizophrenia: A selective review», *Schizophrenia Bulletin*, n.º 9, 1983, págs. 193-212.
- Weinberger D. R., D. W. Jeste y P. W. Teychenne y otros, «Physiologic dysfunction en dorsolateral pre-frontal cortex in schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, n.º 43, 1986, págs. 114-135.
- Weiner, D. B., «*Le geste de Pinel*: The history of a psychiatric Myth», en M. S. Micale y R. Porter (comps.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994.
- Weingarten, K., «The small and the ordinary: The daily practice of postmodern narrative therapy», *Family Process*, n.º 37, 1998, págs. 3-15.
- Weingarten, K., Weingarten, y M. E. Worten, «A narrative approach to understanding the illness experiences of a mother and daughter», *Family, Systems and Health*, n.º 15, 1997, págs. 41-54.

- Weitzman, B., «Behavior therapy and psychotherapy», *Psychological Review*, n.º 74, 1967, págs. 300-317.
- Whitaker, C. A., «A family is a four-dimensional relationship», en P. J. Guerin Jr. (comp.), *Family Therapy: Theory and Practice*, Nueva York, Gardner Press, 1976.
- Whitaker, C. y T. P. Malone, *The Roots of Psychotherapy* (1953), Nueva York, Brunner-Mazel, 1987.
- Whitaker C. A. y A. Y. Napier, «Process techniques of family therapy», *Interaction*, n.º 1, 1977, pág. 4-19.
- Whitaker, C. y D. V. Keith, «Symbolic-Experiential Family Therapy», en A. S. Gurman y D. P. Kniskern (comps.), *Handbook of Family Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1981.
- Whitaker, C. y M. C. Ryan, *Midnight Musings of a Family Therapist*, Nueva York, Norton, 1989 (trad. cast.: *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*, Barcelona, Paidós, 1992).
- White, M., «Structural and strategic approaches to psychosomatic families», *Family Process*, n.º 18, 1979, págs. 303-314.
- , «Fear busting and monster taming», *Dulwich Centre Review*, 1985, págs. 29-34.
- , «The process of questioning: A therapy of literary merit?», *Dulwich Centre Newsletter*, invierno de 1988, págs. 8-14.
- , *La terapia come narrazione*, edición a cargo de U. Telfener, Roma, Astrolabio, 1992.
- , «Behaviour and its determinants or action and its sense: Systemic and narrative metaphors», *Re-authoring Lives: Interviews and Essays*, Adelaida, Dulwich Centre Publications, 1995 (trad. it.: «Comportamenti e loro determinanti o azioni e loro senso. Metafore sistemiche e narrative», en *Connessioni*, vol. 1, n.º 97, 1995, págs. 75-80).
- White, M. y D. Epston, *Literate Means to Therapeutic Ends*, Adelaida, Dulwich Centre Publications, 1989.
- , *Narrative Means to Therapeutic Ends*, Nueva York, Norton, 1991 (trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona, Paidós, 1993).
- Wiener, N., *Cybernetics, or Control and Communication in the Animal and the Machine* (1948), 2.ª ed., Cambridge (Mass.), Massachusetts Institute of Technology, 1965 (trad. it.: *La cibernetica*, Milán, Il Saggiatore, 1968; trad. cast.: *Cibernética*, Barcelona, Tusquets, 1985).
- , *The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society*, Boston, Houghton Mifflins, 1951 (trad. it.: *Introduzione alla cibernetica*, Turín, Boringhieri, 1961).
- Willi, J., «Familie und Familientherapie in der Schweiz», *Familiendynamik*, vol. 21, n.º 1, 1996, págs. 75-84.

- Williams, C. D., «The elimination of tantrum behaviour by extinction procedures», *Journal of Abnormal Social Psychology*, n.º 59, 1959, págs. 269-275
- Williamson, D. S., «Personal authority in family experience via termination of the intergenerational hierarchical boundary: A “new” stage in the family life cycle», *Journal of Marital and Family Therapy*, n.º 1, 1981, págs. 441-452.
- Wing, J. K., *Reasoning and Madness*, Londres, Oxford University Press, 1978 (trad. it.: *Normalità e dissenso*, Roma, Il Pensiero Scientifico).
- Winnicott, D. W. (1951), «Transitional objects and transitional phenomena», en D. W. Winnicott, *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Londres, Hogarth Press, 1975.
- , *The Child, the Family and Outside World*, Harmondsworth, Penguin, 1965 (trad. it.: *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Roma, Armando, 1976).
- , *Playing and Reality*, Londres, Tavistock, 1971a (trad. it.: *Gioco e realtà*, Roma, Armando, 1974; trad. cast.: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1982).
- , *Therapeutic Consultation in Child Psychiatry*, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1971b (trad. it.: *Consultazioni terapeutiche con i bambini*, Roma, Armando, 1983).
- Wolpe, J., *Psychotherapy of Reciprocal Inhibition*, Stanford, Stanford University Press, 1958 (trad. cast.: *Psicoterapia por inhibición recíproca*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 1998).
- Wynne, L. C., «The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy», en N. W. Ackerman, F. L. Beatman y S. M. Sherman, *Expanding Theory and Practice in Family Therapy*, Nueva York, Family Services Association of America, 1961.
- , «Some indications and contraindications for exploratory family therapy», en I. Boszormeny-Nagy y J. L. Framo (comps.), *Intensive Family Therapy*, Nueva York, Harper and Row, 1965 (trad. it.: «Alcune indicazione e controindicazione per la terapia esploratoria della famiglia», en *Terapia intensiva della famiglia*, Turín, Boringhieri, 1969).
- , «The epigenesys of relational systems: A model of understanding family development», *Family Process*, n.º 23, 1984, págs. 297-318.
- Wynne, L. C., I. Rickoff, J. Day y S. Hirsch, «Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics», *Psychiatry*, n.º 21, 1958, págs. 205-220.
- Wynne, L. C. y M. T. Singer, «Thought disorder and family relations of schizophrenics, I: Research strategy», *Archives of General Psychiatry*, n.º 9, 1976, págs. 191-198.
- Wynne, L. C., M. T. Singer y M. L. Toohey, «Communication of the adoptive parents of schizophrenics», en J. Jorstad y E. Ugelstad, *Schizophrenia 75: Psychotherapy, Family Studies, Research*, Oslo, Universitetsforlaget, 1976.

- Wynne, L. C., S. H. McDaniel y T. T. Weber, *Systems Consultation: A New Perspective for Family Therapy*, Nueva York, The Guilford Press, 1986.
- Zilboorg, G. y G. W. Henry, *History of Medical Psychology*, Nueva York, Norton, 1941 (trad. it.: *Storia dellapsichiatria*, Milán, Feltrinelli, 1963).
- Zimmerman, J. L. y V. C. Dickerson, «Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice», *Family Process*, n.º 33, 1994, págs. 233-245.
- Zissis, A. Z., «Familien und Familientherapie in Griechenland», *Familiendynamik*, vol. 21, n.º 1, 1996, págs. 85-93.
- Zubin J. y B. Spring, «Vulnerability: A new view of schizophrenia», *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 86, 1977, págs. 103-126.
- Zuk, G., *Family Therapy: A Triadic-Based Approach*, Nueva York, Behavioral Publications, 1971.

NOTAS

PRÓLOGO

[1]. El prólogo de la edición española ha sido reformulado a partir del texto original de los autores, agregando nuevas reflexiones y aspectos específicos del contexto español.

[2]. Véanse, sólo a título de ejemplo, Haley (1971a, 1971b), Broderik y Schrader (1991), Becvar y Becvar (1996), Nichols y Schwartz (1998).

[3]. Quizá no es causal que el fundador de la terapia familiar, Gregory Bateson, haya escogido una forma dialogal, el *metálogo*, para dar voz a sus ideas esenciales (1972), ni tampoco que Watzlawick, Jackson y Beavin (1967) hayan usado, para ejemplificar sus propias tesis, no obras narrativas (como el Freud de la *Gradina*), sino el diálogo teatral de *¿Quién teme a Virginia Wolf?*

[4]. Obsérvese que este libro no surge en el ámbito anglosajón, como la gran mayoría de los libros del área, sino que nace en Milán (*Storia della terapia familiare*), por obra de unos autores que se han formado y que trabajan en este contexto con importantes maestros italianos de esta disciplina.

1. 1900-1950: ARQUEOLOGÍA

[1]. En este caso el término italiano *igiene* («higiene») alude a la prevención. Además, incluye el doble sentido que intentaban incorporar los teóricos estadounidenses al referirse al hecho de «limpiar» (higiene) y de «liberarse» de los problemas mentales. (*N. del t.*)

[2]. Este hecho podría explicar en parte cómo y por qué los terapeutas ligados a la hipnosis (por ejemplo, Milton Erickson y sus discípulos) adquieren una notoria importancia dentro de la terapia estadounidense, especialmente en las familiares (véanse al respecto los capítulos 2 y 5).

[3]. Lamentablemente, la idea de que los factores hereditarios (en consecuencia, y por definición, inmodificables) son responsables de trastornos como las deficiencias mentales o las enfermedades psiquiátricas traerá como consecuencia también la esterilización forzosa de un gran número de personas consideradas enfermas mentales o quizá con una inteligencia insuficientemente desarrollada, en el caso de que se traten de aislar definitivamente los trastornos psíquicos (para mayor detalle, véase Gould, 1981).

[4]. Los conceptos psicoanalíticos de «sobreprotección materna» (Levy, 1943) y de «madre esquizofrenógena» (Fromm-Reichmann, 1948) se desarrollarán más tarde precisamente en este clima cultural (véase Elkaim, 1995).

[5]. Para una exposición detallada acerca del derecho de los no médicos a practicar el análisis y de su fundamento histórico, véase Jones (1953).

[6]. Estas dos escuelas nacen en Europa, pero conviene recordar que Reich emigrará a Estados Unidos y que Jung alcanzará también gran éxito en ese país, sobre todo a partir de la década de 1960.

[7]. En este caso se entiende por «análisis simultáneo» el realizado en el mismo periodo temporal sobre dos miembros de la misma familia por separado. Freud no considera siquiera la posibilidad de reunir en la misma sala a más de un paciente.

[8]. Pese a que Melaine Klein (que, dicho sea entre paréntesis, no es inglesa) conserva en buena medida el lado oscuro de Freud, Bion sigue sus enseñanzas respecto al predominio del yo.

[9]. El equívoco en este punto es doble: por una parte, Fromm-Reichmann no es una terapeuta familiar sino una analista, y para desarrollar su teoría se basa únicamente en las percepciones y los recuerdos de sus pacientes; por otra, es sabido que tenía una gran capacidad para suscitar empatía en los familiares, con los que sólo mantenía breves encuentros de conocimiento, al más puro estilo de la mejor tradición psicoanalítica.

[10]. Para las notas biográficas, véase Perry (1982); para una evaluación de la obra, véase Cushman (1995).

[11]. Todas las notas de este apartado se basan en Heims (1991). Las referentes a Norbert Wiener y John von Neumann proceden de Heims (1980). Para las notas biográficas sobre Gregory Bateson, véanse Lipset (1980), M. C. Bateson (1984) y Deriu (2000).

[12]. Lamentablemente no existen transcripciones de las primeras cinco conferencias, en concreto de la primera, que fue quizá la más importante. Existen unos precarios registros en bobinas de hilo de cobre, pero —según Heims (1991), que intentó escucharlos— son ya totalmente indescifrables.

[13]. Parte de los temas planteados en este apartado han sido ya desarrollados en la introducción del libro *Nodi familiari* (Bertrando, 1997a).

2. 1950-1960: INVESTIGACIONES

[1]. Para las notas biográficas véanse Broderick y Schrader (1991), Bloch y Rambo (1995).

[2]. Para las notas biográficas véase Simón (1992).

[3]. Para los detalles biográficos véanse Bowen (1978), Kerr (1981) y Sykes Wylie (1991).

[4]. Las notas biográficas fueron extraídas de Broderick y Schrader (1991).

[5]. Para las notas biográficas véanse Lipset (1980), Haley (1976), Deriu (2000).

[6]. Las transcripciones han sido recopiladas bajo el título *Conversations with Milton H. Erickson, M. D.*, publicadas en tres volúmenes (Haley, 1985).

[7]. No son extrañas al desarrollo de estas ideas las concepciones del psiquiatra holandés Eilhard von Domarus, que había sido el maestro de Warren McCulloch.

[8]. Se trata de la formulación que más tarde completará Weakland (1960).

[9]. William Fry, el otro psiquiatra que participa en el proyecto, no colabora en la redacción del artículo: en esos momentos está realizando el servicio militar, perdiendo así su oportunidad de conquistar la fama.

[10]. Que, después de todo, en la época había sido ya ampliamente superada por la visión de la lógica formal. El mérito de Bateson es haber hecho un uso creativo, metafórico, de la teoría de los tipos lógicos *fuera* del campo de la lógica.

[11]. Esta idea de la homeostasis familiar es distinta, en muchos sentidos, de la versión de Wiener. Para éste, la homeostasis es un acto positivo: un sistema humano homeostático es un sistema capaz de autorregularse y, por tanto, de asegurar el máximo bienestar a sus componentes: en su concepción, la sociedad industrial es antihomeostática, mientras que las pequeñas comunidades equilibradas sí son homeostáticas (véase Heims, 1980).

[12]. Según Greenberg (1977).

[13]. Los estadounidenses usan la frase latina *quid pro quo* para indicar el intercambio que se define como *do ut des*.

[14]. En aquella época no existía la grabación en vídeo.

[15]. Según Jackson y Weakland (1961).

[16]. Para las notas biográficas, véanse Lankton y otros (1991); Haley (1985).

[17]. Según Lankton y otros (1991) habría sido en cambio el joven Erickson el que dirigió el interés de Hull, quien era ya un afamado representante de la psicología académica, hacia la hipnosis.

[18]. Aunque mantendrá sus convicciones psicoanalíticas hasta el fin de su carrera, emplea conceptos y términos como «transferencia» e «inconsciente» que muchos terapeutas jóvenes ya rechazaban o simplemente ignoraban.

3. 1960-1970: DESARROLLO

[1]. En el fondo, el Freud de *El malestar en la cultura* (1929) habría estado de acuerdo, excepto en que no hubiera osado jamás poner en discusión el orden establecido.

[2]. Para los detalles biográficos, véanse Selvini (1986) y Doherty (1999).

[3]. Es evidente, como sucede cada vez que se habla de triángulos, que se trata de la relación con el Edipo freudiano, pero para Bowen la triangulación es un proceso aún más básico y primario.

[4]. Éste es el texto revisado en 1971 para la publicación en formato de libro (en Framo, 1972).

[5]. Para mayor detalle, véanse Bodin (1981), Segal (1991) y Guttman (1991).

[6]. Para las notas biográficas, véase Simon (1992).

[7]. Para los detalles biográficos, véanse Simon (1992) y Colapinto (1991).

[8]. Una pequeña isla situada en la costa oriental de Estados Unidos, lugar de encuentro veraniego de las familias de la alta burguesía, entre ellas la familia Kennedy.

[9]. Para las notas biográficas, véanse Prud'Homme (1990) y Simon (1992).

4. 1970-1980: TÉCNICAS

[1]. Como sucede frecuentemente, la conclusión de los investigadores no es que sea inútil buscar esos *marker*, sino que son necesarias nuevas y más profundas investigaciones sobre dicho tema.

[2]. Para lo concerniente a la emotividad expresa, en éste y en los capítulos siguientes, véase Bertrando (1997b).

[3]. Para los detalles biográficos, véase Framo (1992, 1996).

[4]. No se puede excluir, sin embargo, el extremo opuesto: Framo, que ha pasado de las grandes instituciones públicas a la práctica privada, trabaja preferentemente con parejas, y este contexto le hace descubrir las teorías más adecuadas para guiar su práctica.

[5]. Las notas biográficas corresponden a una entrevista personal entre Maurizio Andolfi y los autores.

[6]. Según Cade y O'Hanlon (1993), modificada.

[7]. Véanse Mosher y otros (1975) y Ciompi (1982).

[8]. Según Segal (1991):

[9]. Tabla de Piercy y Sprenkle (1986), pero modificada.

[10]. Tabla de Piercy y Sprenkle (1986), pero modificada.

[11]. Para los detalles biográficos, véanse Selvini Palazzoli y otros (1975), Selvini (1985), Campbell y otros (1991), Boscolo y Bertrando (1993, 1996) y Doherty (1999), además de las distintas entrevistas del autor con Luigi Boscolo.

[12]. Las «preguntas sobre las diferencias» fueron adoptadas y definidas en el campo de la terapia familia como «preguntas circulares»; su elaboración será posterior: en el artículo de 1980 el término ya no aparece.

[13]. Según Selvini Palazzoli y otros (1980a).

[14]. Una transcripción íntegra de una sesión —incluyendo la discusión del equipo— se encuentra en Boscolo y otros (1987).

[15]. Para una exposición general, véanse Falloon (1991) y Nichols y Schwartz (1998).

[16]. Esta sección retoma parte de los temas planteados por Bertrando (1995b).

5. 1980-1990: COMPLEJIDAD

[1]. De hecho, surgirán algunas réplicas a los modelos familiares tachados de «justificacionistas», como el modelo sistémico, al que se acusa de poner en el mismo plano a los culpables y a las víctimas (véase Jones, 1993).

[2]. Es el caso, por ejemplo, de la diagnosis de las psicosis posparto o del síndrome premenstrual (véase Inwood, 1989).

[3]. En el texto, *handling the arrangements*, con referencias evidentes a la *handling* del niño.

[4]. Para los detalles biográficos, véase Simon (1992).

[5]. Para las características específicas del modelo, véase Lankton y otros (1991).

[6]. Anderson (1986).

[7]. Según Selvini Palazzoli y otros (1988).

[8]. El espacio dedicado a la terapia familiar en España en este capítulo es una contribución directa de Juan Luis Linares.

[9]. Para las notas biográficas, véanse Leff y otros (1982, 1985, 1989), Leff (1995).

[10]. Para los apuntes biográficos, véase Anderson y otros (1986).

[11]. En este apartado hemos modificado ligeramente la exposición de Strachan.

[12]. Según Myers Avis (1986), modificado.

[13]. Según Myers Avis (1986), modificado.

6. 1990-2000: MODERNIDAD Y POSMODERNIDAD

[1]. Para una síntesis, véase Holmes (1992).

[2]. Para las notas biográficas, véase Norman (1994).

[3]. La información de este apartado procede de dos entrevistas que mantuvieron los autores con Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

[4]. El conjunto de las posiciones teóricas y pragmáticas de corte narrativo da lugar a diversas aplicaciones tanto en la terapia familiar y de pareja (Zimmerman y Dickerson, 1994; Penn y Frankfurt, 1994; Papp e Imber-Black, 1996; Weingarten, 1998) como en la consultoría familiar dentro de la medicina general (Weingarten, Weingarten y Worten, 1997) y en la investigación sobre la interacción terapéutica (Kogan y Gale, 1997).

Historia de la terapia familiar
Paolo Bertrando y Dario Toffanetti

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Título original: *Storia della terapia familiare*
Publicado originalmente en italiano, en 2000, por Raffaello Cortina Editore, Milán

© del diseño de la portada, Mario Eskenazi

© Raffaello Cortina Editore, 2000

© de la traducción, Felipe Gálvez Sánchez, 2006

© de todas las ediciones en castellano,
Espasa Libros, S. L. U., 2018
Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): febrero de 2018

ISBN: 978-84-493-3420-7 (epub)

Conversión a libro electrónico: El Taller del Llibre, S. L.
www.eltallerdelllibre.com

Índice

SINOPSIS	8
PORTADILLA	10
DEDICATORIA	12
AGRADECIMIENTOS	14
PRÓLOGO	16
NOTA AL LIBRO	22
1. 1900-1950: ARQUEOLOGÍA	25
LA ESCENA ESTADOUNIDENSE: PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA	27
Desde comienzos de siglo hasta la Segunda Guerra Mundial	29
El periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial	35
PSICOANÁLISIS: LO DICHO Y LO NO DICHO	38
Los maestros	38
Tres versiones del psicoanálisis	40
Las relaciones objetales	42
El apego	44
Los neofreudianos	45
CIBERNÉTICA: LA METÁFORA COMUNICATIVA[11]	50
LA TERAPIA FAMILIAR Y LA SOCIEDAD ESTADOUNIDENSE	58
2. 1950-1960: INVESTIGACIONES	61
CONTEXTO	63
Psicología y psiquiatría	64
Otras profesiones	66
Modelos	67
MITOS DEL ORIGEN	69
TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES	71
Terapias psicoanalíticas	71
Terapias intergeneracionales	78
TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS	82
Las investigaciones sobre la esquizofrenia y la familia	82
Terapias sistémicas	89
Terapias estratégicas	93
Terapias experienciales	96

PROFESIÓN	100
3. 1960-1970: DESARROLLO	102
CONTEXTO	104
Psicología y psiquiatría	105
Teorías	111
Modelos	114
TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES	117
Terapias psicoanalíticas	117
Terapias intergeneracionales	119
TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS	124
Terapias sistémicas	124
Terapias estratégicas	128
Terapias estructurales	130
TERAPIAS EXPERIENCIALES	133
TERAPIAS MULTIFAMILIARES	139
Terapia multifamiliar	139
Terapias de redes sociales	141
PROFESIÓN	143
4. 1970-1980: TÉCNICAS	146
CONTEXTO	148
Psicología y psiquiatría	149
Teorías	151
Modelos	152
TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES	155
Terapias psicoanalíticas	155
Terapias intergeneracionales	159
TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS	169
Terapias estratégicas	169
Terapias estructurales	174
Terapias sistémicas	177
TERAPIAS EXPERIENCIALES	184
TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES	187
Terapias comportamentales[15]	187
PROFESIÓN	192
Estados Unidos	192

Europa: terapia privada, terapia pública[16]	194
5. 1980-1990: COMPLEJIDAD	198
CONTEXTO	200
Psicología y psiquiatría	201
Teorías	204
Modelos	206
TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES	209
Terapias psicoanalíticas	209
TERAPIAS SISTÉMICAS Y ESTRATÉGICAS	214
Terapias estratégicas	214
Terapias estructurales	218
Terapias sistémicas	219
TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES	228
Intervenciones psicoeducativas	228
TERAPIAS FEMINISTAS	237
TERAPIAS INTEGRATIVAS	240
PROFESIÓN	244
6. 1990-2000: MODERNIDAD Y POSMODERNIDAD	249
CONTEXTO	251
Psicología y psiquiatría	252
Teorías	254
Modelos	259
TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES	262
Terapia del apego	262
TERAPIAS ESTRATÉGICAS Y SISTÉMICAS	266
Terapias estratégicas	266
Terapias sistémicas	268
TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES	271
Intervenciones psicoeducativas	271
TERAPIAS POSMODERNAS	274
Terapias narrativas	274
White y Epston: la terapia como narración	274
Terapias conversacionales	280
PROFESIÓN	288
Economía	289

Identidad	290
BIBLIOGRAFÍA	293
NOTAS	341
CRÉDITOS	419