

VER LA FAMILIA: VISIONES TEÓRICAS, TRABAJO CLÍNICO¹

PAOLO BERTRANDO *

Centro Episteme Torino, Italia

RESUMEN La terapia de la familia evolucionó, en los últimos años, siguiendo las tendencias de la psicología y de la psicoterapia en general, pero también los cambios en la manera de vivir y entender la familia en la sociedad multicultural. Este artículo se propone revisar los modelos teóricos y prácticos más importantes surgidos en el último decenio, proponiendo al mismo tiempo un modelo dialógico para la terapia familiar, que permita por un lado un rol más activo y consciente de los miembros de la familia en el proceso terapéutico, por el otro, la posibilidad para el terapeuta, de recuperar las enseñanzas de los modelos distintos al propio, sin renunciar a la propia identidad profesional.

PALABRAS CLAVE diálogo; modelos teóricos; terapia familiar

SEEING THE FAMILY: THEORETICAL VIEWS, CLINICAL PRACTICE

ABSTRACT Family therapy evolved, in recent years, following both trends in psychology and psychotherapy, and changes in the way the family is lived and understood within our multicultural society. This article reviews the most important theoretical and practical models that have emerged in the last decade within the field, proposing, at the same time, a dialogical model for family therapy. Such a model would allow, on the one hand, a more active and aware role for family members in the therapeutic process, and, on the other, the possibility for the therapist to incorporate lessons from other models within his/her own, without renouncing to his/her professional identity.

KEYWORDS dialogue; family therapy; theoretical models

RECIBIDO CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

3 Abril 2009 Bertrando, P. (2009). Ver la familia: Visiones teóricas, práctica clínica. *Psicoperspectivas*, VIII (1), 45-69. Recuperado el [día] de [mes] de [año] desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

ACEPTADO

28 Mayo 2009

*** AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**

Paolo Bertrando, Psiquiatra y psicoterapeuta sistémico. Director Centro Episteme Torino, Italia.
Correo de contacto: gilbert@fastwebnet.it

¹ Traducción: Luisa Castaldi, profesora de la Escuela de Psicología – Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. E-mail: lcastald@ucv.cl

El psicoterapeuta (y más que todos, el terapeuta sistémico) debe lidiar cada vez con más frecuencia, con asuntos interculturales. Esto no es más que un aspecto de la creciente multiplicidad de formas familiares. Las culturas no sólo se encuentran, sino que conviven en un ambiente menos normativo, y cada vez más caracterizado por una inestabilidad múltiple y mutable, que Zygmunt Bauman (2000) ha definido “líquida” y que generalmente es llamada postmoderna.

Sin embargo – refiriéndome a mi experiencia – trabajar con familias de culturas distintas es menos difícil de lo que se pueda pensar, si es que acepto esa misma multiplicidad y la transformo en un instrumento terapéutico. Trataré de explicarlo con los dos breves ejemplos.

El primer caso, concierne una supervisión que desarrollé en la ciudad de Viña del Mar de Chile. Al iniciarse dicha supervisión, el colega que trabaja en Punta Arenas puntualiza: “Ah y además la familia es de etnia Mapuche”. Un momento de confusión (mío). Ya sé poco de familias chilenas, menos de las mapuches. Por un momento me pregunto si desde mi ignorancia, podré llegar a sacar algo de aquella consultoría. Después decido continuar. Me doy cuenta que mi total ignorancia más que ser un impedimento es un recurso. Estoy obligado entonces a moverme como un antropólogo, sin dar nada por sabido. Descubro, entre otras cosas, que la joven al centro de la consulta parece vivir un extravío (postmoderno) muy parecido al mío: criada según los criterios de la sociedad occidental, ni siquiera sabe hablar el idioma de sus antepasados, y esto la deja sin raíces por un lado, y por el otro deseosa de recuperarlas. Se ha convertido en una orgullosa promotora de su identidad étnica, incluso más que sus propios familiares, quienes habiendo vivido toda la herencia étnica, preferirían emanciparse de ésta. No me prolongaré mayormente en contar respecto de esta consultoría, solamente quisiera mencionar que finalmente, ésta llega a tener alguna utilidad; a pesar de no haber comprendido algunas sutilezas étnicas y políticas. Y, quizás fue útil justamente porque mi visión era tan ajena al problema étnico que permitió que emergieran ideas realmente nuevas: después de todo, esa familia ya estaba siendo seguida por otros colegas míos, casi todos informados en todas las

implicancias de las familias mapuches. Si todavía existían dificultades, probablemente dependían también de aquel lente tan preponderante, que les impedía ver otra cosa.

Otro caso, esta vez en Australia, en Sydney. Una colega, que trabaja en un consultorio, me presenta el caso de una clienta japonesa, esposa de un dirigente de empresa, trasladado desde Japón a Australia, que se ha dirigido al consultorio en búsqueda de apoyo. "El problema" dice mi colega, "es que esta mujer habla poco el inglés por lo que el trabajo se vuelve arduo, complicado, a pesar que ella haga sus mejores esfuerzos, ayudándose con un diccionario. La he tratado de convencer que se atienda con algún terapeuta japonés, que puede atenderla en su idioma materno, pero no ha querido. Incluso rechaza la presencia de su marido, que habla perfectamente el inglés. Quiere que yo la atienda".

En el transcurso de la supervisión, descubrimos que la joven mujer tiene una historia triste y extraña. Años atrás, durante un paseo en auto con su mejor amiga, tuvo un accidente. Su amiga queda en coma vegetativo, y la clienta por semanas y meses, se queda cuidando a su amiga, enfrentándose todo el tiempo con la muda pero férrea desaprobación de los padres de ella, quienes – quizás inevitablemente- le reprochaban de ser la sobreviviente, sin poder ella rebatir ni sustraerse de ninguna manera. "¿Por qué no dijo nada? "Preguntó mi colega, perpleja "Porque no podía. No me sentía capaz de abandonar a mi amiga. En Japón no está permitido criticar a las personas más ancianas." Llegar a Sydney había sido su liberación, sin embargo no se liberaba del peso de la culpa

Esto aclara la petición que le parecía inexplicable a la terapeuta: esta joven mujer necesitaba escoger un terapeuta que fuese completamente ajeno y sin ni siquiera un lazo con su lengua materna, para liberarse así de todo aquello que le quedaba de Japón. Justamente su distancia y alteridad hacían que la terapeuta fuera tan indispensable. (Y a su vez, mi distancia de ambas lenguas y culturas fue quizás lo que influyó, en alguna medida, en el éxito de la supervisión).

Para mí esto es consecuencia de una postura fundamental: la familia es múltiple porque puedo verla desde múltiples perspectivas. Ciertamente es más fácil en-

contrarse hoy con familias complejas (ya sea por etnia, constitución, culturas y también problemas) que hace diez años atrás. Eso, sin embargo no crea problemas insuperables para un terapeuta que, como yo, se dice sistémico.

A este tipo de terapeutas no le sirve mayormente ser un mediador cultural (aunque tampoco sea aconsejable una total ignorancia respecto de los temas étnicos). Su utilidad como terapeuta está justamente en ser otro respecto a la cultura de esa familia – hasta si la cultura fuese la misma. Es la alteridad, muchas veces, la que nos permite ser terapéuticos. Desde mi acepción, un terapeuta sistémico debería lograr hacer propia una perspectiva etnológica, según la propuesta de Clifford Geertz, (independientemente de la etnia de sus clientes). El terapeuta es una persona que entra en contacto con personas que viven adentro de su propia cultura: cada familia produce, a su manera, una propia cultura, diversa – aunque sea en una medida mínima – respecto a la de cualquier otra familia. Establecido el contacto, el terapeuta no puede que buscar, con suerte alterna, de “ponerse en sus zapatos” (Geertz, 1973, p. 21).

De hecho, aunque me encuentre con formas familiares siempre diversas, me es difícil liberarme de la sensación de que los cambios que han tenido las familias sean, finalmente, un asunto menor. Esto no cambia mayormente mi capacidad de trabajar con ellos. Más que las familias en sí, los cambios verdaderamente relevantes conciernen la teoría y la praxis de la terapia (Bertrando y Toffanetti, 2000; Lebow, 2005). Para entender la forma cómo he podido (creo) adquirir una capacidad de trabajar con familias que provienen de culturas y contextos distintos, debo revisar las relaciones que he establecido durante estos años con las teorías.

Desafíos

Revisemos entonces las teorías. ¿Cómo han cambiado (en qué dirección cambian) nuestros lentes teóricos? ¿Y qué tipo de familias nos hacen ver? Ya he hablado de postmoderno – en el sentido de familia postmoderna, familia que

vive en condiciones postmodernas. Pero lo postmoderno además de ser una condición existencial (como tal inevitable) es también una actitud cultural.

Según Lyotard – quien es el artífice de la palabra “postmoderno” – para efectos del progreso científico y de la acumulación creciente de informaciones (viendo Lyotard en una época anterior a la del internet), nosotros desarrollamos “incredulidad frente a las metanarraciones”, o sea antes las grandes teorías e ideologías que habían dado forma a la época definida unánimemente “moderna” (Lyotard, 1979).

Tal desmantelamiento quita fundamento a las teorías, así como se lo quitaba a las certezas normativas. No es (solamente) que ya no sepa exactamente lo que es una familia; ya no sé ni siquiera cuál es exactamente la teoría con la que miro a la familia. No me queda ni siquiera ese mínimo de seguridad que me daban mis teorías. Esas mismas se tornan lábiles, fluctuantes, puros juegos lingüísticos que no me garantizan más la sustancia de lo que está detrás (o mejor dicho ya no hay ni “atrás”, ni “profundo”: todo está en la superficie). Cada teoría y cada sistema de pensamiento, en época postmoderna, es una narración entre todas las posibles.

En otro escrito recordé cómo la idea posmoderna haya sido una de las máximas fascinaciones para los terapeutas de familia en los años sucesivos a 1990 (Bertrando, 1999). Esto generó, a su vez, una crisis de gran parte de las metáforas sobre las que se había basado la terapia de familia por décadas, cayendo así en desuso o siendo reformuladas radicalmente. La cibernética y la teoría de los sistemas perdieron su indiscutible autoridad, junto a gran parte de las teorías normativas sobre las cuales se fundaban los modelos como el estructural o boweniano (Bertrando y Toffanetti, 2000). Entraron en crisis, no en el sentido usual de ser sustituidas por otras teorías más en sintonía con el espíritu del tiempo. En el sentido, quizás, de que las mismas críticas a la teoría son criticables de la misma manera que las teorías que critican, llegando a un *regressus ad infinitum*, a una secuencia incesante de críticas insolubles: la paradoja de la reconstrucción de Derrida (Zoletto, 2003). Como comenta un momentáneamente desconsolado Kenneth Gergen: “En los debates actuales descubrimos que de-

bemos dudar hasta de la misma duda. No existe un centro que se sostenga” (Gergen 1999, p.30).

¿Si no existe un centro, entonces qué existe? Podría decir que todos los acontecimientos recientes de las teorías y de las terapias familiares, consisten en una serie de posibles respuestas frente al desafío postmoderno (pasaré por alto acá, cuántos siguieron, simplemente, haciendo lo que ya se hacía, que fueron muchos). De los otros, algunos han respondido aceptando de pleno la ideología postmoderna (también lo postmoderno es a su vez una ideología) con todas sus paradojas. Otros, rechazándola de pleno, y buscando apoyo y refugio en la biología. Otros más buscando un diálogo entre teorías psicológicas y teorías biológicas. Ciertamente, las respuestas fueron muchas.

Construcciones

Gergen (1999) ve como solución al desafío postmoderno la adhesión al construccionismo social: el acento primario está puesto en el discurso, como vehículo a través del cual el sujeto se articula con el mundo, y en la forma que el discurso actúa en las relaciones sociales. En la perspectiva construccionista significados e identidad emergen de las relaciones, vistas más bien como relaciones sociales que como relaciones íntimas. El sí mismo crece dentro de los intercambios sociales y de las conversaciones de las cuales formamos parte. Todo emerge dentro de estas “danzas conversacionales” (Hoffmann, 1990): la identidad, el desarrollo, las emociones - y naturalmente la familia. Nada está dado, ni deriva simplemente de un hecho natural, biológico o interior. Cada evento de nuestras vidas debe considerarse como una malla dentro de la infinita red de comunicación entre individuos. Inevitablemente, el construccionismo sostiene la idea de la importancia que cumplen las conversaciones para desarrollar el sentido de identidad y una voz interna. Cada idea, cada concepto nace sólo en función del intercambio social mediado por el lenguaje.

El construccionismo social se pone así como una teoría fuertemente logocéntrica. Las familias son (sobretudo) vistas como sistemas lingüísticos o sistemas de

significación, y sólo secundariamente como sistemas sociales hechos de personas y cosas. Según los terapeutas construccionistas, la terapia debe ser generadora de conversaciones múltiples y diferentes, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre las cuales se apoya la identidad de los clientes. Es una posición que se rehace a la crítica literaria y a la hermenéutica, o sea a la interpretación textual (la “vuelta interpretativa”, Culler, 1982). El terapeuta, aquí, se vuelve cada vez menos protagonista. Ya que el saber es construido socialmente, no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta puede “descubrir”: la narrativa emergerá de la conversación sin que el terapeuta sea el autor.

El terapeuta construccionista, por otro lado, está también muy atento a la política de poder en la que su labor se inscribe. Cada vez que un construccionista se ocupa de un fenómeno, queda por descontado que el fenómeno del que se habla (identidad, género y psicopatología) deba ser subvertido o al menos cuestionado. El construccionismo – y por ende la terapia construccionista – se propone la sustitución de algunos presupuestos dados por descontados en el discurso social.

Dos son las versiones principales de la terapia construccionista y postmoderna (hay otras, pero me debo limitar): narrativa y conversacional. Ambas se ocupan de las palabras, pero en distintas formas, manteniendo de todas maneras puntos de contacto. Para los terapeutas narrativos, los individuos cuentan sus vidas y a través de estas narraciones, la estructuran y le dan un significado. Según su representante principal, Michael White, adoptar una perspectiva narrativa:

Es proponer que las historias constituyan un marco de inteligibilidad. Es proponer que es la historia, o la narrativa de sí, la que determina cuáles aspectos expresamos de nuestra experiencia vivida. Es proponer que vivimos a través de las historias que tenemos sobre nuestra vida, que estas historias de veras dan forma a nuestra vida, constituyen nuestra vida y “abrazan” nuestra vida (White, 1995, pp.13-14).

La historia, aquí, es un verdadero instrumento de estructuración y significación de la vida de cada uno, pasada, presente, futura. Si además una historia, una narración parcial de una experiencia más global de vida, se vuelve dominante,

(Foucault, 1975) genera la identidad que el sujeto se atribuye: la persona cuenta de sí mismo la historia dominante que cuentan los demás. Las narración constituye al individuo como persona, aún si después esa narración puede tornarse incómoda o una fuente de problemas. Si el individuo adhiere a la narración ajena, entra en un proceso activo de subjetivación, que produce una estandarización de sus acciones respecto a las normas sociales, transformándolo en un cuerpo dócil, que actúa sin respeto ni resguardo hacia los propios deseos.

El procedimiento terapéutico de “objetivación del problema” consiste en devolver las raíces del problema llevado a terapia, a las condiciones culturales e históricas de las que nació. Objetivar el problema significa mostrarlo como producto de procesos de institucionalización culturales, sociales e históricos. El individuo entra en discursos sociales que lo llevan a desarrollar algunos de sus selves potenciales y a dejar que otros se vayan pasmando: es potencialmente capaz de ser cualquier cosa, pero lo que llegue a ser, es el resultado de las interacciones que habrá querido tener y en las que se habrá encontrado. Hacer sentir a las personas “agredidas” por un problema que viene de afuera puede ayudarlas a reencontrarse, llevándolas a hacer fuerza entre ellas y con otros y además a recuperar poder y confianza en la posibilidad de ganar, derrotando el problema. La exteriorización del síntoma (White, 1989 y Tomm, 1989) es el correlato técnico de la objetivación del problema, que muestra al sujeto el poder y la influencia que el problema tiene en su vida. De esta manera, el cliente se separa de la historia dominante y de los problemas y comienza a preguntarse qué es lo que realmente quiere.

Cuestionarse los temas de poder y política en la terapia, conduce al terapeuta a volverse más consciente de su propia posición, por lo tanto de su propio rol de agente de poderes constituidos en la vida de los clientes. Deberá evitar entonces, en toda forma, prácticas que puedan forzar la libertad de ellos, y buscar la colaboración. Así sin embargo, la unidad de observación de máximo interés para el terapeuta – aun si se califica como terapeuta de familia – vuelve a ser el individuo, más que la familia o la pareja. El concepto de historia, de hecho, lleva di-

rectamente al sí, a la experiencia interior, de la cual desciende solamente en un segundo tiempo, el diálogo. Esto es tanto más notable, puesto que estos autores parten desde una versión radical del construccionismo, en la cual el sí mismo es construido exclusivamente en la interacción social y lingüística; pero después ceden a la fascinación de la historia narrada por el individuo y terminan por verla como perteneciente a un "sí mismo" mucho más tradicional de lo que parece.

Los terapeutas narrativos ven la terapia como una empresa que se desarrolla en colaboración, basada en la idea que cliente y terapeuta poseen la misma dignidad de experiencia vivida y que, siendo la experiencia humana ambigua y rica de significados, no es lícito interpretar las experiencias de otros según un esquema teórico rígido. Una cuestión similar de dignidades equivalentes se torna preponderante en la terapia conversacional, que a su vez prevee tratar el material traído por el cliente como un texto, pero de manera distinta en relación a la terapia narrativa:

Nosotros estamos en continua conversación ya sea los unos con los otros y con nosotros mismos. A través de las conversaciones formamos y volvemos a formar las experiencias y los eventos de nuestras vidas, creamos y volvemos a crear nuestros significados y entendimientos; y construimos y reconstruimos nuestra realidad y nuestro sí mismo (Anderson, 1997, p.17).

Esto significa que la empresa terapéutica es una forma de conversación. El problema presentado por el cliente existe en el lenguaje y trae sentido desde el contexto lingüístico que lo contiene (Anderson y Goolishian, 1988); el procedimiento terapéutico es el proceso lingüístico que reorganiza y disuelve el problema; la técnica terapéutica es, sustancialmente, la capacidad del terapeuta de tener abierta la conversación entre pares. La idea es que la terapia pueda permitir al cliente decir (o pensar) aquello que no ha sido dicho (o pensado) aún, acerca de su historia personal.

Si considero la terapia una pura conversación, no me interesa tanto entender cómo está hecha la familia, ni siquiera hacerme una idea provisoria de eso. En vez de eso, debo llevar al máximo nivel la idea de ser un terapeuta etnólogo, del que hablaba anteriormente. En vez de saber más, el terapeuta debe saber

menos (que los clientes). Es la posición de “no-saber” (*not-knowing*), en la que el terapeuta se limita, sin preconceptos, a estimular la conversación de los clientes, asumiendo una posición hermenéutica, en la que acepta sin cuestionamiento alguno, lo que los clientes le llevan. (Anderson y Goolishian, 1992).

La posición del terapeuta debe ser “no experta”, a fin de favorecer la creación de un espacio libre para la conversación. No es tan importante cambiar la situación individual o familiar, sino que promover un diálogo a la par, que deje abierta la lectura de la experiencia del cliente más allá de cada constructo teórico fuerte que pueda influenciar la interpretación del significado. El terapeuta, finalmente, no intenta cambiar las concepciones del mundo del cliente, más bien se pone como objetivo de mantener la coherencia interna de los discursos que las personas construyen.

Ahora, ¿qué tipo de familia emerge de estas teorías (y sobretudo de estas prácticas) terapéuticas? Parecen familias escindidas según un plan de clivaje que separa a los individuos. Si miro las familias según estos lentes, veo (sobretudo) un conjunto de personas que se relatan a sí misma. Más que tratar de buscar aquello los une, los prejuicios comunes; debo estar atento a lo que hace distinto a los individuos uno del otro, los puntos de discontinuidad, las diferencias. Debo encontrar una manera de devolver la subjetividad a cada uno. Sin, además, poner mucho de mí cosecha. Esto nos conduce necesariamente al otro al lado de la cuestión, el terapeuta.

Como consecuencia de la que fue definida por Donald Schön (1983) la “crisis de los saberes profesionales”, la figura de autoridad (hasta el autoritarismo), por muchos años típica del terapeuta familiar, ha sido erosionada de manera más o menos rápida en todos los modelos y todas las aproximaciones. Creando un terapeuta que perdió esa seguridad que podía llegar a la arrogancia; pero que a veces arriesga perderse a sí mismo. Comenta un Minuchin crítico y combativo en el prefacio de la cuarta edición de *Family Therapy. Concepts and Methods*:

Muchas escuelas actuales de terapia quieren proteger a la familia de la intrusión del terapeuta. (Pero) El verdadero respeto hacia los clientes y su integridad puede

consentir a los terapeutas de ser más que temerosamente cautos, puede animarlos a ser directos y auténticos – respetuosos y compasivos – pero también a veces honestos y capaces de desafiar. (...) Esta concepción del terapeuta como un sujeto activo de conocimiento – de sí mismo y de los diversos miembros de la familia – es muy diferente de la del terapeuta neutral de los constructivistas (Minuchin, 1998, p. 15).

Así, si la versión constructivista de la terapia familiar tiene sus méritos, también tiene sus limitaciones. Que me llevan a volcar mi interés también en otras direcciones.

Biología

Vale la pena, entonces, hablar de la reacción opuesta al postmodernismo. Rechazarlo, en vez de abrazarlo, y después redescubrir las ciencias “duras”. Los años de la duda postmoderna son también aquellos en los que ha emergido en la cultura occidental, un pensamiento que Nelkin y Lindee (1995) han definido como “existencialismo genético”. Si tenemos en una fe salvífica en la ciencia, nos será fácil explicar las diferencias en términos de esencia inmutable, más que atribuir las a la sociedad: los problemas son problemas privados (de origen biológico). Esto despoja de argumentos a la idea de una intervención ya sea social, sea psicológica. Poder recurrir a la biología, por ejemplo, tiene un efecto importante sobre padres que se sienten cada vez más culpables por el hecho de trabajar y dedicar poco tiempo a sus hijos (sobre todo en madres, reprochadas medio siglo antes por excesiva presencia y ahora por demasiada ausencia): les quita la culpa.

De hecho, la investigación neurobiológica sobre esquizofrenia y la psiquiatría que deriva de ella (podríamos definirla biopsiquiatría) alimenta la idea de que la enfermedad mental sea causada por un déficit cerebral irreversible. Dentro del campo terapéutico en general, eso significa favorecer no la “terapia”, sino que la “rehabilitación” de personas consideradas crónicamente y esencialmente enfermas. La psiquiatría actual, definitivamente operacionalizada, tolera sobre todo intervenciones terapéuticas que sigan un protocolo estricto, sean replicables sin necesidad de prácticas largas y dispendiosas, y que puedan ser delegadas a

figuras institucionales diferentes a la del psiquiatra, encargado hoy en día más que nada a la gestión de los fármacos, o del psicólogo, considerado demasiado costoso. La consecuencia de eso es el gran éxito que han tenido de los tratamientos conductistas, cognitivos y psicoeducativos, especialmente en el trabajo con las familias, con una tendencia a la eclipse de todos los otros.

¿Pero qué familias son estas? Nuevamente son familias escindidas, divididas. Divididas esta vez según un plan de clivaje antiguo, el mismo que los antiguos terapeutas de la familia habían tratado de superar definitivamente: la distinción entre normalidad (sanidad) y locura. Si la locura es un dato biológico, significa (o al menos esto es cuanto retienen estos teóricos) que no es modificable con nuestros instrumentos dialógicos. No es este el lugar para discutir cuánto esta concepción de la biología sea confirmada por la investigación – o pueda de alguna manera ser compartida (Bertrando, 2001). Es más interesante para nuestros fines, preguntarnos qué tipo de persona, además de qué familia, puede ser producida por este tipo de biología y por las prácticas asociadas, un proceso que puede definirse como tecnología del sí mismo (Bertrando y Defilippi, 2005).

Podríamos definirlo por aproximación. Es, ante todo, una persona que se considera *enferma*. Lo que no es inocente, ni tampoco una simple consecuencia del hecho que – evidentemente – la persona que toma contacto con el biopsiquiatra es una persona que pide (y regularmente obtiene) su cuota de fármacos. Bajo la presión de los dogmas biopsiquiátricos, la persona no puede considerarse ni autora de libres elecciones, ni tanto menos enmarañada en alguna dificultad de orden más o menos ambiental. Su problema es una *enfermedad*, una enfermedad biológica, y más encima crónica, estructural e inmodificable. Solamente puede ser controlada debidamente por el fármaco indicado, pero sin esperanza ulterior –a parte de las dictadas por los infaltables futuros progresos de la investigación, etc. (Cuidado: este no es para nada el destino ineludible de quien sigue el tratamiento psicofarmacológico. Solamente es el destino de quien está sometido a la intromisión de la ideología biopsiquiátrica).

Por otra parte, la aceptación de los dogmas biopsiquiátricos no está libre de recompensas para los pacientes. La más importante consiste en liberarse de los problemas de elección. Si cada teoría psicogenética acerca un problema o disturbio psiquiátrico contiene al menos una posibilidad de reprocharse a sí mismo (por el simple motivo que una elección de vida distinta es por lo menos imaginable) una teoría biogenética, implica que la persona tiene algo que no funciona en un cuerpo que queda escindido de la psiquis. Al mismo tiempo, los otros, los familiares no enfermos (que no han recibido diagnóstico), serán necesariamente “sanos”. Según la que podemos considerar una ley de las relaciones humanas (o que por lo menos aparece así para quien adopta una mirada sistémica), mientras más uno se siente enfermo, más otro se sentirá sano.

¿Cuál podía ser en cambio el tipo de persona producida por la terapia sistémica de los años pasados? Para éstas, la persona portadora del problema era considerada bajo todos los efectos, *no enferma*, tanto así de ser redefinida inmediatamente como “paciente designado”. El paciente designado era tal por su colocación dentro de una red de relaciones, no por estatuto ontológico. Derivaba de eso que no tenía más límites que cualquier otro. Todos los obstáculos para su realización eran externos – como justamente la designación de ser el paciente. La terapia tenía como objetivo remover “obstáculos”, quitados los cuales, las personas podían decirse liberadas. La persona producida por tal tipo de tecnología del sí mismo, entonces, podía representar un tipo de encarnación del mito americano del héroe que se hace a sí mismo, en la visión de lo que Roy Schafer (1976) habría definido como “cómica”.

Ahora esta actitud ha estado a la raíz de lo positivo que las prácticas sistémicas han otorgado al campo de la psicoterapia en cuanto tal (un optimismo antes quizás desconocido), pero también de algún problema. Justamente ahí, donde las dificultades eran mayores, no solamente las terapias sistémicas no se han mostrado a la par con las esperanzas levantadas, mas alguna vez han producido graves desilusiones en pacientes, familias y finalmente en terapeutas (Bertrando, 2000). Cuando se dieron cuenta que, no obstante la intervención terapéutica “emancipadora”, los cambios de las relaciones, de patrones y de alianzas (y más

adelante de las narraciones de sí mismo, los sistemas lingüísticos, de las conversaciones, etc.) no se liberaban definitivamente de los síntomas ni de los problemas asociados a éste, los pacientes (designados) se desmoronaban a veces, otras simplemente se adaptaban a una condición gris y para nada satisfactoria.

Aquí la introducción de una perspectiva biológica podría producir un sustancial reequilibrio de la visión sistémica-relacional, siempre que no sea la biología de los biopsiquiátricos, sino que una biología distinta, plástica, dinámica y flexible. Tal biología existe y es la propuesta por la genética del comportamiento que estudia la interacción entre características genéticas y variables ambientales (y tiene como terreno de estudio favorito justamente a la familia). Es aquella de los grupos de estudio que evalúan el peso diferente de diversos tipos de interacción en el emerger de un desorden psíquico². Es –potencialmente- también la de los neurobiólogos que, trabajando con las neuronas espejo, han mostrado cómo el cerebro, antes que la mente, puede tener una estructura relacional.³

En vez de considerar a la persona como un mero producto de las relaciones, una *tábula rasa* sobre la cual actuarían las relaciones, la biología debería generar conciencia de los *límites*, ya sea en los pacientes, sea (quizás sobretodo) en los terapeutas, y favorecer una filosofía de la terapia más consciente de lo que Roy Schafer (1976) definía el “trágico” de la terapia. Este individuo (y este terapeuta) más consciente del trágico, tendría más conciencia de sus propios límites y de los demás, además que de las situaciones en las que se encuentra. Esa misma conciencia, sin embargo lograría también al mismo tiempo, ponerlo en condiciones de ver con realismo las propias posibilidades de cambio y de autodeterminación, evitando las soluciones ilusorias, así como también la rigidez y los determinismos.

² Se pudo revisar el importante libro de genética del comportamiento de Reiss et al. (2000). Para otras investigaciones que integran factores genéticos e interactivos en el estudio de las familias con disturbios psiquiátricos, revisar Tienari (1987). Para una visión no determinista de la biología en general y de la genética en particular, revisa Lewontin (1993) y Rose (1998).

³ Las neuronas espejo son neuronas del área premotora frontal, que se activan ya sea cuando llevamos a cabo ciertas acciones, que cuando esas mismas acciones son ejecutadas por otros, implicando así una “relacionalidad” inscrita directamente en el sistema nervioso central (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006).

La distinción que quisiera tratar de poner, no es aquélla, después de todo banal y algo consolatoria, entre biología psiquiátrica y biología relacional, porque también la biología relacional puede ser leída en un modo determinista y en último análisis, incluso hipotéticamente autoritaria. La distinción más bien podría ser entre una biología ontológica y otra metodológica. La biología ontológica ve las explicaciones biológicas de un hecho relacional como más verdaderas y objetivas que otras si no como las únicas “verdaderamente verdaderas”. La biología metodológica ve las interpretaciones biológicas como hipotéticas, como puntos de vista entre otros, con un grado de realidad no superior al de otras explicaciones o interpretaciones. No deberíamos olvidar nunca que la teoría monoaminérgica de la depresión, la teoría de las neuronas espejo, la teoría del apego y (por decir) la teoría estructural de la familia de Minuchin comparten una naturaleza común: son todas, sin excluir ninguna, constructos nuestros y no realidades observables sin prejuicio.

Para volver a la cuestión inicial, sobre el tipo de personas que produce una terapia que acepta la biología relacional, creo que podrá ser diverso según el cuadro en que se inscribe en la biología relacional. Si es ontológica facilitará de toda forma el emerger de personas que se sienten limitadas por carencias precoces o estructurales y, por lo tanto, destinadas a corregirse constantemente, aunque no de la manera rígida y determinista postulada por la biología psiquiátrica. Su horizonte será ciertamente menos oscuro, pero su libertad estará siempre fuertemente constreñida. Si es metodológica podrá producir personas conscientes, según la expresión de Mauro Ceruti (1986), del vínculo y de la posibilidad. Estarán seguras de estar sujetas a vínculos no superables y de poder en un cierto momento alcanzar el propio límite. Al mismo tiempo, no estarán resignadas a una existencia deficitaria de algún tipo. Podrían – si esta idea no es demasiado utópica– hacerse una idea de cómo circunstancias y contextos modifican su modo de ser y de cuánto son capaces de modificar esos contextos o no. Podrían también, estar más dispuestas, cuando tocan el límite, a buscar un contexto más apropiados para ellas.

Mentes

Existe aún al menos otra vía, decíamos. Consiste en recuperar las adquisiciones de tantas escuelas de psicoterapia (no necesariamente familiares), de los años pasados, en vez de disolverlas en la indeterminación postmoderna, volver a acercarlas a la investigación empírica. Jay Lebow (2005) introduciendo su manual de terapia de la familia, sostiene que los modelos principales siguen siendo sistémicos, pero en un sentido distinto a como lo era la primera teoría sistémica. "Sistémico" se torna un adjetivo que ya no se refiere sobre todo a los sistemas inanimados, sino que exclusivamente a los sistemas humanos: seguramente siempre se ha sabido que la familia no es un termostato, pero una cosa es saberlo y otra es excluir definitivamente los termostatos de la teoría. Se trata, entonces, de incluir en los modelos sistémicos sea alguna adquisición biológica, sea una mayor atención a la grande ausente de las primeras teorías sistémicas: la subjetividad. Pero no el problemático cuanto evasivo sujeto postmoderno; sino que un sujeto que se pueda individuar y estudiar científicamente. En este sentido, un estímulo a la evolución de las teorías sistémicas proviene de otras teorías. Dos conceptos han cobrado el máximo interés, intersubjetividad y mentalización. Ambas derivan – sea por caminos distintos - del psicoanálisis.

La idea (importante) de Daniel Stern (1985) es que el niño inicialmente es un ser más sistémico que individualizado, un ser relacional al cien por ciento, que existe solamente en y para la relación – pero también, según la contribución de *infant research*, en grado de percibir al otro no como un suma confuso de percepciones, sino como un *otro*, un ser distinto de sí mismo. En esta lectura, la intersubjetividad emerge más tarde en la primera infancia, cuando el niño se da cuenta que tiene (y que es) una mente, al mismo tiempo que los otros son iguales a él.

Una aproximación, ésta, que se hace referencia a las observaciones de las ciencias experimentales pero también al trabajo de psicoanalistas como Robert Stolorow (Stolorow, Atwood y Brandschaft, 1994) y Stephen Mitchell (1988). Y que ha sido llevada más cerca de la clínica por Carol Beebe y John Lachmann, que,

provenientes del análisis infantil, definen de todas formas su modelo como “sistémico” – a pesar que para ellos este término tenga un significado que suena extraño a mis oídos sistémicos, referido como es solamente al campo de la interacción dual (Beebe y Lachmann, 2002).

Volvemos, entonces, no al sujeto, mas a los sujetos, que existen esencialmente en la relación. Si la novedad, desde el punto de vista psicoanalítico, está en el acento sobre el sistema, desde el punto de vista sistémico está en este nuevo primado de la subjetividad. Una contribución esencial en este sentido está ligada al grupo de investigación guiado por Peter Fonagy. En el caso de ellos, la investigación sobre la intersubjetividad se liga por un lado a la sobre el apego, y por el otro a aquella sobre las teorías de la mente, hoy considerada de importancia primaria en la comprensión de las interacciones humanas. En breve: no es simplemente la interacción conductual con el otro sino la idea (la sensación) que me yo me hago, que el otro está dotado de una mente como la mía, la que me vuelve humano. Este leve cambio de foco modifica (también) la forma de ver las interacciones familiares.

En la relación gen/ambiente, el ambiente esencial para el desarrollo mental y relacional es el psicológico. El ambiente en el que crecemos, además, no debe entenderse como un molde que dará forma a las relaciones sucesivas. Es decisivo en vez (sobretudo) para la futura capacidad de entrar en relaciones profundas y significativas (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2004). Una buena relación de apego es esencial para formarse una idea de la mente del otro (una teoría de la mente), y, al mismo tiempo, para alcanzar una adecuada capacidad de regulación emotiva. Respecto al lugar común, la visual se encuentra al revés. No es que, si logro conocerme, puedo entender al otro; es que si logro comprender al otro, entonces estoy en condición de conocerme (emotivamente) y regularme.

El desarrollo de la capacidad de representación mental del mundo mental del otro está estrechamente ligado a la regulación y el control de los afectos. La capacidad de representarse la idea de un afecto es crucial para conseguir el control sobre los estados afectivos superiores. (Fonagy, 1991, p.34)

Por ende: el apego se liga a la teoría de la mente, ya que constituye la condición de existencia de ella. Y la teoría de la mente se liga a la capacidad de autoevaluación (monitoreo metacognitivo) y – a través de ésta – a la capacidad de comprender y controlar las emociones – las propias como las del otro. El entramado entre relaciones, subjetividad y afectividad se vuelve cada vez más estrecho.

Esto nos lleva a revisar la tarea del terapeuta familiar. Desde el principio la idea era simplemente observar las interacciones familiares desde el exterior y ayudar a una reorganización, según una perspectiva totalmente externa, centrada en la conducta a pesar de no aceptar las teorías conductistas; posteriormente, se trató de reconstruir una genealogía o una evolución de la familia, ya sea con distintas implicaciones. Ahora el énfasis es distinto. Se trata de comprender las relaciones familiares como un encuentro de mentes (emotivas) en interacción, de sujetos conscientes de la propia subjetividad, y de tratar de entender el constituirse de esa subjetividad, la emergencia del sujeto de la relación. Esto requiere de una nueva, más compleja indagación sobre las relaciones familiares. Lo que recursivamente conduce también a una concepción diferente de las mismas relaciones familiares. La familia mentalizante está hecha por relaciones mínimas, sutiles que pueden ser indagadas con instrumentos (conceptuales y prácticos) de igual sutileza. Es necesario prestar atención a las mínimas fases de la interacción, así como también a las consecuencias que éstas tienen en el sentido de sí en las personas implicadas. Comprender cuánto los miembros de la familia logran pensar a los otros como personas pensantes y a sentirlos como personas que sienten. Y trabajar así consecuentemente.

Diálogos

Hasta aquí las consecuencias del desafío postmoderno. Que, como se puede ver, oscilan todas entre la (presunta) solidez de la biología, y la evidencia inmediata del sujeto, del individuo. También cuando se sostiene – como lo hacen los narrativos y los conversacionales – que el individuo se disuelve en la danza de la con-

versación social, justo ahí se termina por restituir el valor casi absoluto a la perspectiva subjetiva.

¿Y si fuese, toda esta novedad, nada más que un replegarse sobre el privado, un encerrarse sobre nosotros mismos? La duda es inevitable si pensamos en la biología, que parece darnos un punto de apoyo externo a las vicisitudes de la historia de la cultura humana, quizás algo más ambiguo en el caso del retorno al sujeto. Pero la lección de los maestros sistémicos, desde el mismo Bateson en adelante, había sido la atención constante al conjunto más amplio: del individuo a la relación, de la díada a la triada, de la familia a las generaciones, de las microestructura a la sociedad, hasta el ecosistema. ¿No es posible que la nueva centralidad del sujeto nos vuelva ciegos frente la sociedad y frente a las relaciones más complejas y amplias?

Quizás el problema es: la teoría es siempre demasiado estrecha como para contener todo (todo lo que se logra observar). Cada teoría, diría Nelson Goodman (1978) es un modo de construir mundos; pero para construir su propio mundo, la teoría debe seleccionar siempre elementos – y por lo tanto, necesariamente, perder algo. Las teorías sistémicas antiguas arriesgaban perder al sujeto, mientras que aquellas actuales se arriesgan más bien de perder el contexto – y así de renunciar a la acción social. (No es dicho que las teorías antiguas hayan empujado siempre a la acción. Al contrario, pero sus formas llevaban siempre hacia exterior, hacia las relaciones, sino hacia la sociedad: hoy la forma es diferente, y tiende al cierre).

Más encima, no existe en el campo que nos atinge, una teoría aceptada como fuese la mecánica cuántica o la de la tabla de Mendelejev. Lo que hace que la elección de la teoría sea una responsabilidad del terapeuta – hoy, en época de incertidumbres postmodernas, una responsabilidad casi del todo personal (Bianciardi y Bertrando, 2002). Tiene razón Minuchin, entonces, en continuar haciendo aquello que siempre ha hecho (a pesar que ni siquiera Minuchin siga haciendo terapia como hacía en 1974), como también tienen razón los postmodernos, y también, los terapeutas de la mentalización en adoptar y transformar en práctica sus propias teorías. En cuanto a mí, he hecho otra elección, que pienso

me permite conciliar, en mi trabajo, las diversas teorías de las que he hablado. La perspectiva que da más forma a mi trabajo, hoy, es la dialógica. Debo, sin embargo, definir el sentido de este término, “diálogo”, muchas veces abusado y que a veces se ha transformado en lugar común, en palabra de puro sentido común – y como tantos aspectos del sentido común, también desviante.

Si “diálogo” es de entenderse en el sentido más banal como conversación entre varias personas, la terapia no puede ser más que dialógica. Existen siempre al menos dos personas en terapia – y en terapia familiar generalmente hay más, a veces muchas más. Tal vez no exista solamente un diálogo complejo, entre un terapeuta o dos coterapeutas y variados miembros de una familia: existe también un subterráneo diálogo paralelo, en sala de observación, seguido por un dialogar entre terapeuta y colegas durante el intervalo, y después aún más dialogar entre el terapeuta, que volvió a la sala de observación, y la familia (Bertrando y Arcelloni, 2008). Y existen tantos diálogos más o menos subterráneos: con los derivantes, con otros colegas, con los eventuales otros servicios implicados en el problema.

A la que me refiero aquí, sin embargo, es de otra, más compleja acepción de diálogo: diálogo como forma de relación en sí, de toda relación entre un sujeto y *otro*, en el sentido más amplio del término. Es la idea basal de la visión de Mikhail Bakhtin, que su exegeta Michael Holquist (2002) definió como “dialogismo”. ¿Cuál es la diferencia? Si pienso en términos de diálogo, pienso en sujetos en interacción, me libero de esos residuos conductuales que todavía albergaban en tantas teorías sistémicas. Es una buena respuesta – para mí – a la exigencia de intentar reponer al centro de la escena terapéutica al sujeto (más que “el sí”, o “la subjetividad”, ambos conceptos de los cuales es demasiado fácil tener perplejidades). Bakhtin es, en cierto sentido, complementario de Bateson: si para este último existimos solamente como parte de una relación, para el primero cada uno de nosotros es siempre intrínsecamente extraño frente al otro, a pesar de buscar el contacto. El diálogo es entonces la forma de alcanzar un verdadero encuentro (humano), a partir de una inicial condición de ser extraños. Si acepto

la perspectiva dialógica, puedo hacer terapia centrándome en las relaciones sin ceder a la tentación del simplismo.

Haré un ejemplo, para aclarar. Llegan a vernos (en general trabajo en co-terapia) tres personas: madre, padre e hija. Ya los conocía, habiendo atendido los padres como pareja, por problemas ligados a la relación con la familia de origen de él. Ahora la hija Nora (tiene 20 años y estudia medicina) ha desarrollado síntomas anoréxicos, con profunda preocupación especialmente del padre: su otra hija, Caterina, que tiene 36 años y nació de su primer matrimonio, es anoréxica desde hace casi veinte años. Los escuchamos. El padre se ve angustiado y al mismo tiempo controlador, habla mucho y parece tener las ideas bien definidas acerca de todas las vicisitudes familiares. La madre parece más cercana a la hija, le ofrece continuamente sostén, más a través de los gestos y los tonos que de las palabras. Nora parece casi disculparse por sus síntomas, está contraindicada pero no hostil. Cuenta acerca de sus dificultades la relación con un padre no tiránico, no malo, sino que probablemente “demasiado bueno”, demasiado presente. Ahora, una posición dialógica, acá, es (obviamente) una posición de escucha, pero también de introducción de nuestras ideas: no es Nora, en realidad, a escuchar que el padre es “demasiado”, somos nosotros que leemos sus frases (y sus silencios) de esta manera, que les proponemos eso a ella y a los padres, que intentamos entender si nuestra lectura tiene sentido para ellos. Nos preguntamos: ¿hasta qué punto este padre logra de verdad escuchar su hija, hacer que ella se sienta comprendida? Además porque hay un detalle que nos inquieta: el padre repite una y otra vez un lapsus, llama Nora “Caterina”, como si la anorexia común (y un parecido físico reconocido por toda la familia) hiciera que fuesen la misma persona.

En relación a eso para nosotros no se trata solo de escuchar los miembros de la familia, y su éxito variable en entenderse entre ellos y hacer que nosotros los entendamos; se trata también de encontrar una clave de lectura. ¿Hay algo genético en la reaparición del mismo síntoma en dos jóvenes mujeres con historias bien distintas? ¿Habría déficit o problemas de intersubjetividad, reflejamiento, apego? ¿Hasta qué punto los miembros de esta familia son (se sienten) libres

de expresarse uno frente al otro? Cada una de las preguntas que nos ponemos nos lleva a contactarnos con una teoría diferente, y también con uno estereotipo diverso ligado a la teoría (así Caterina parece responder perfectamente al estereotipo de la anoréxica, mientras que Nora es una anoréxica fuertemente atípica) Finalmente, abandonaremos muchas de las principales ideas ligadas a la anorexia y a la relación madre-hija, para concentrarnos sobre la de padre-hija, que, empíricamente, nos parece la más relevante en este caso específico – y que llevará a esta familia, a través del trabajo terapéutico, a recuperar el bienestar y a Nora a poder liberarse de sus síntomas. Dialogar significa entrar también en relación con la situación que enfrentamos y con las variadas teorías que conocemos.

De hecho el diálogo no es sólo con la persona (las personas) presentes. Es también el diálogo con las ideas. Significa aceptar ideas de otros, sin renunciar a las propias. Podría decir: cada vez que estoy solo y medito sobre mi trabajo, entro en un diálogo (interior) con una serie de estudiosos, teóricos, colegas, clientes y ex -clientes. No es necesario (esta es la gracia) llegar a la última palabra. El hecho que el diálogo exista, que el lenguaje sea múltiple, jamás resuelto, es un valor en sí. Este es el concepto que Bakhtin (1935) ha definido como “heteroglosia”, la aceptación de una multiplicidad de voces dentro de un mismo lenguaje.

Así en cada momento de su existencia histórica, el lenguaje es un heterogloso desde pies a cabeza: representa la coexistencia de contradicciones socio- ideológicas entre el presente y el pasado, entre diferentes épocas del pasado, entre diversos grupos socio-ideológicos del presente, entre tendencias, escuelas, círculos etc., y da a todos una forma corporal. Estos “lenguajes” de la heteroglosia se intersecan los unos con los otros de diversas maneras, formando nuevos “lenguajes” que produce tipologías sociales.

La heteroglosia según Bakhtin, implica un discurso que puede contener otro discurso. Bakhtin – que es un teórico de las formas literarias – habla aquí de la novela, que define como “el discurso de un otro al interior del lenguaje de un otro”. Lo que significa que la novela es un discurso que, incluso en ausencia de

personas que hablan, contiene en su interior un posible diálogo. Podría ser un buen objetivo también para el discurso del terapeuta: un discurso que tenga doble voz, que esté potencialmente listo para acoger en sí la palabra de otro. Quizás esto es lo que aprendí, antes que nada, encontrándome con colegas y familias en Chile y en otros países del mundo: que todas las diferencias son comprensibles y elaborables si logro meterme en la posición de aceptar y valorar el discurso del otro (de los otros). Y quizás el diálogo se vuelve terapéutico cuando también el otro (el cliente), está a su vez en condición de acoger el discurso de otro.

Esto me lleva necesariamente a preguntarme la manera cómo emerge (cómo emergió) mi discurso personal, mi manera de ser terapeuta. Según Bakhtin, el discurso personal de cada uno no es, cómo se piensa a menudo, una creación individual: mi forma de hablar, de expresarme o de entrar en diálogo emerge gradualmente de la asimilación del discurso ajeno. Esto significa que la individualidad del discurso es una conquista y tiene inicialmente y constitutivamente siempre presente al otro. Es posible entrar en el discurso de otro a través del propio discurso. Bakhtin habla de una exposición discursiva que defina la visión de mundo de otro:

Una tal exposición es siempre una libre variación estilística sobre el discurso de otro; expone el pensamiento de otro en el estilo de ese pensamiento incluso cuando lo aplica a material nuevo, a otro modo de presentar el problema; conduce experimentos y encuentra soluciones en el lenguaje del discurso de otro. (Bakhtin 1935, p. 347).

Ésta, podríamos decir, es todavía una buena forma de definir no sólo el discurso terapéutico (lo que sucede en terapia con los clientes), sino que también la relación con otras teorías: un discurso (teórico) en el que el modo de pensar de otro (autor) está entendido y aceptado dentro del propio. Eso es lo que trato de hacer —con éxito variable— todos los días.

Referencias

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Book.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas for the implications in theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *Social construction and the therapeutic process*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bakhtin, M. M. (1935). Discourse in the novel. En M. Holquist (Ed.), *The dialogic imagination*. Texas: Texas University Press.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity.
- Beebe, B., y Lachmann, F. B. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing Interactions*. New York: The Analytic Press.
- Bertrando, P. (2000). Text and context. Narrative, postmodernism, and cybernetics. *Journal of Family Therapy*, 22(1), 83-103.
- Bertrando, P. (2001). La biología retórica. Discorsi biologici e politiche psichiatriche. *Terapia Familiare*, 66-67, 61-80.
- Bertrando, P., y Arcelloni, T. (2008). L'ipotesi è un dialogo. Condividere ipotesi con i clienti. *Connessioni*, 20, 195-214.
- Bertrando, P., y Defilippi, O. M. (2005). Terapia sistémica individual. Effetti di una tecnologia del sé. *Terapia Familiare*, 78, 29-52.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2000). *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bianciardi, M., y Bertrando, P. (2002). Terapia ética. Una propuesta per l'epoca postmoderna. *Terapia Familiare*, 69, 5-26.
- Ceruti, M. (1986). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.
- Culler, J. (1982). *On deconstruction. Theory and criticism after structuralism*. Ithaca: Cornell University Press.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. J., y Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. París: Gallimard.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Goodman, N. (1978). *Ways of worldmaking*. Sussex: Harvester Press.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Holquist, M. (2002). *Dialogism: Bakhtin and his world*. New York: Routledge.
- Lebow, J. (2005). *Handbook of clinical family therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Lewontin, R. C. (1993). *The doctrine of DNA. Biology as ideology*. Hammondsworth: Penguin Books.
- Lyotard, J. F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Editions de Minuit.

- Minuchin, S. (1998). Foreword. En M. Nichols, y R. Schwartz (Eds.), *Family therapy. Concepts and methods*. Boston: Allyn & Bacon.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard: University Press.
- Nelkin, D., y Lindee, M. S. (1995). *The DNA Mystique. The Gene as a Cultural Icon*. New York: W.H. Freeman.
- Reiss, D., Neiderhiser, J. M., Netherington, E. M. y Plomin, R. (2000) *The relationship code: Deciphering genetic and social influences on adolescent development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rizzolatti, G., y Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rose, S. (1998). *Lifelines*. London: Penguin Books.
- Schafer, R. (1976). *A New Language for Psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R., Atwood, G., y Brandschaft, B. (1994). *The Intersubjective Perspective*. New York: Jason Aronson.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K. E., Ronkko, T., Moring, J., y Wynne, L. C. (1987). The finnish adoptive family study of schizophrenia: Possible joint effects of genetic vulnerability and family interaction. En K. Hahlweg y M. Goldstein (Eds.), *Understanding Major Mental Disorders*. New York: Family Process Press.
- Tomm, K. (1989). Externalizing the problem and internalizing personal agency. *Journal of Systemic and Strategic Therapies*, 8(1), 54-59.
- White, M. (1989). The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationship. *Dulwich Centre Newsletter*, 3-21.
- Zoletto, D. (2003). *Il doppio legame Bateson Derrida*. Milano: Bompiani.