

## El enfoque interaccional: Conceptos perdurables del *Mental Research Institute* (MRI)

Wendel A. Ray • Paul Watzlawick

*"No existe no interesarse, el miembro de una familia sólo es relativamente independiente, y ya sea que lo reconozca o no, permanentemente responde a las evaluaciones que los otros reflejan".*

Jackson. 1959.

*"Una y otra vez ha sido necesario aprender la lección de que el observador influye en lo que observa, y es claro... que la lección deberá ser aprendida una vez más... En el campo de la salud mental, no sólo debemos contar con el efecto natural de las propias parcialidades del observador, sino que también tenemos que tratar con una segunda variable: el efecto de esta parcialidad sobre el paciente".*

Jackson. 1969.

### **MRI: Quiénes somos**

Hace poco más de 50 años, en octubre de 1952, Gregory Bateson y su equipo, formado en aquel entonces por John Weakland y Jay Haley, comenzaron el primero de una serie de cuatro proyectos de investigación que se extenderían a lo largo de una década. El tema: la naturaleza de las paradojas en los procesos de comunicación. Establecido en Menlo Park, California, V.A. *Hospital*, el psiquiatra William Fry pronto se unió al grupo. Gregory Bateson escuchó a Don Jackson dar una charla sobre el tema de la homeostasis familiar y en enero de 1954 se unió al equipo (Jackson, 1968; Bateson, 1954).

Durante la siguiente década estos investigadores hicieron historia, creando la Teoría de la Comunicación o de las Interacciones de la conducta humana y ayudando a proyectar los campos de la cibernética aplicada a la comprensión de la conducta humana, a la terapia familiar y de pareja con orientación interaccional y más tarde, a la terapia breve.

Lo que de algún modo es menos conocido es que Don Jackson fundó el *Mental Research Institute* (MRI) en 1958 con el propósito explícito de continuar la investigación pionera comenzada por Gregory Bateson y su equipo, en lo que desde entonces se ha dado a conocer como el "Grupo de Palo Alto" (Jackson, 1959, 1963a; escritor del *staff*, 1958a y b; Weakland, 1979). Desde el principio otros tres miembros del equipo de Bateson (Weakland, Haley y Fry) se convirtieron en investigadores fundadores asociados. Gregory Bateson trabajaba como consultor mientras que su mujer Lois, una trabajadora social clínica, trabajaba como investigadora asociada. Virginia Satir, MSW, se unió al equipo como primera Directora de Formación. Continuaron las contribuciones pioneras a la teoría y a la terapia familiar:

*"El Instituto ha establecido que la familia se puede tratar como una unidad terapéutica y el concepto cada vez gana más reconocimiento. También ha demostrado que en ciertos casos este método es más*

*expedito, económico y efectivo que la psicoterapia individual y provee material para el estudio de la organización familiar*" (Boletín de Noticias del MRI, 1963).

### **Definición de los enfoques interaccionales**

La Teoría de la Comunicación o de las Interacciones está constituida por un conjunto de conceptos interrelacionados que, tomados en conjunto, proveen una lógica coherente para comprender la naturaleza de la conducta humana (Bateson, 1951 y 1955; Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956 y 1963; Bateson y Jackson, 1964; Jackson, 1952, 1954, 1955, 1957a, 1958 y 1965 a y b; Watzlawick, 1964; Watzlawick, Beavin-Bavelas y Jackson, 1967; Ray, 1989, 1995 y 2004). Cuatro de los principios más fundamentales serán esbozados en breve.

Las orientaciones clínicas más ampliamente reconocidas que derivan directamente de la Teoría de las Interacciones, o que han recibido mucha influencia de ésta, incluyen la **Terapia Familiar Conjunta** de Jackson (Jackson, 1957b, 1959 y 1961; Jackson y Weakland, 1959 y 1961; Jackson y Watzlawick, 1963), el método de Virginia Satir de la **Terapia Familiar Conjunta** (Satir, 1964, 1965 y 1972); la **Terapia Familiar Estratégica** de Jay Haley y Cloé Madanes (Haley, 1963, 1973 y 1974; Madanes, 1981 y 1984); la **Terapia Breve del MRI** (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974; Fisch, Weakland y Segal, 1982; Weakland y Ray, 1995), la **Terapia Familiar Estructural** de Minuchin y Montalvo (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1982); la **Terapia Familiar Sistémica de Milán** (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Cecchin, Lane y Ray, 1992, 2002 y 2003), la **Terapia Breve Centrada en Soluciones** de de Shazer y Berg (De Shazer, 1982 y 1985; de Shazer y Berg, 1985), la **orientación cibernética** de Keeney (Keeney, 1983; Keeney y Ross, 1986; Ray y Keeney, 1993), y las **orientaciones posmodernas-narrativas** de Lynn Hoffman, Harry Goolishian y Harlene Anderson, Michael White y otros (Anderson y Goolishian, 1988; Hoffman, 1971, 1981 y 1994; White, 1989). Aunque todos estos modelos de práctica surgen de la Teoría de la Comunicación o de las Interacciones, cada uno aplica principios de la teoría con diferencias de énfasis en ocasiones leves y en otras significativas.

### **"Viendo" los procesos de interacción**

Durante las primeras investigaciones y las subsiguientes, el equipo de Bateson tomó lo que en retrospectiva sería una decisión trascendental –elegir en forma intencional e inflexible no utilizar las conceptualizaciones existentes genéticas, biológicas o psicodinámicas individuales para entender la conducta– (Weakland, 1981; Jackson, 1963). En cambio, el equipo aplicó una combinación de la metodología de la antropología cultural (Weakland, 1951 y 1961), la teoría Interpersonal de HS Sullivan (1945), y conceptos tales como retroalimentación y causalidad circular –es decir, recurrente–, tomados de los campos de la cibernética, la teoría de la información, y la teoría general de los sistemas, para revolucionar nuestra comprensión de la naturaleza de la interacción humana en el momento presente.

De acuerdo a Weakland, usar el método antropológico cultural para entender la conducta supone:

*"La observación de primera mano de alguna zona elegida de la conducta humana, cualquiera que ésta sea. Después, se empieza la descripción de manera relativamente simple, no-selectiva y no-estructurada. Es decir, excepto por el enfoque general en la interacción humana y en otros conceptos rectores muy generales, existe un mínimo de presuposiciones acerca de lo que es importante notar y qué, en forma correspondiente, debería ignorarse. Luego de un cierto tiempo de este tipo de observación y descripción, se empiezan a observar similitudes, recurrencias e interrelaciones a nivel conductual, que conducen naturalmente a la construcción de otras afirmaciones descriptivas que apuntan a conceptualizar, generalizar y notar patrones de relación. Viene en auxilio de esto prestar atención a las afirmaciones respecto de las clasificaciones, regularidades y relaciones que hacen los "nativos" –ya sea que sean miembros de una tribu primitiva o miembros de la familia de un paciente con un trastorno mental– pero que no se restringen a éstas. A medida que continúa este proceso, se produce la construcción gradual de un sistema descriptivo de la conducta en cuestión que es cada vez más abstracto y general,*

*y así se desarrolla la afirmación teórica. Pero esto tiene lugar en contacto estrecho con los datos de la observación en bruto, partiendo de éstos y volviendo a éstos repetidamente. También, el cuadro que así se construye tiende, considerablemente, a ser holístico antes que atomista, y a ser una caracterización positiva, en cualquier nivel de generalidad que se establezca. Con esto quiero decir que, al estar cercanamente basado en la descripción y la interrelación de datos conductuales observados, habla principalmente en términos de lo que el objeto de estudio es esencialmente, en lugar de lo que no es... En todo este trabajo, como queda implícito más arriba, el antropólogo es él mismo tanto el observador principal como el organizador principal de las observaciones; intenta ser cuidadoso, preciso y objetivo, pero no estar ausente. Utiliza al máximo sus propias habilidades perceptuales y conceptuales y las de sus informantes para la construcción gradual de una explicación cada vez más abarcadora, coherente, consistente y general de la conducta social humana" (Weakland, 1967).*

Además de aplicar el método cultural antropológico, otra influencia primaria en la creación de la Teoría de la Comunicación o de las Interacciones supuso que Don Jackson le infundiera al funcionamiento del proyecto su acabada comprensión de la teoría interpersonal de la conducta humana de Harry Stack Sullivan. Sullivan definió a la psiquiatría como:

*"El estudio de los procesos que involucran a dos personas o que tienen lugar entre éstas... el campo de las relaciones interpersonales, bajo todas y cada una de las circunstancias en que existan estas relaciones... parece que una personalidad nunca puede aislarse del complejo de relaciones interpersonales en que una persona vive y tiene su ser" (Sullivan, 1945).*

El concepto de angustia es central en la teoría de Sullivan, quien la definió como una experiencia singularmente perturbadora que es el producto del intenso rechazo, negado, velado confusamente por la ambigüedad, por parte de otros significativos en una relación actual importante; las personas dependen de estos otros significativos para su supervivencia. El prestigio frente a estos otros importantes es vital. La angustia se experimenta siempre que una persona ha actuado de una forma que sus otros significativos –en particular los que tienen función parental– no consideran aceptable, y puede ser tan debilitante que una persona hará casi cualquier cosa para evitar o atenuar la experiencia.

Otros aspectos del pensamiento de Sullivan que, a través de Jackson, ayudaron a que el equipo de Bateson diera forma a su concepción de la Teoría de la Comunicación, incluían el enfoque en la conducta observable, su insatisfacción con la posibilidad del lenguaje orientado individualmente a describir los fenómenos interpersonales, el reconocimiento de la importancia vital de las experiencias de vida reales del cliente para entender la conducta, la importancia que le otorgaba al terapeuta como observador participante (Sullivan, 1945) y su énfasis en la necesidad de que cada individuo se adapte a las circunstancias –es decir, al contexto– y a las relaciones de las que forma parte.

La teoría interpersonal de Sullivan, en especial su concepto de angustia, que puede ser considerado un precursor directo de la teoría del doble-vínculo y de la homeostasis familiar, tuvo una influencia profunda sobre Jackson y produjo un cambio en su carrera. A su vez, el conocimiento operacional que tenía Jackson de la teoría interpersonal de Sullivan, junto al uso que hacía el equipo del método antropológico cultural, tuvieron una enorme influencia sobre la Teoría de la Comunicación o de las Interacciones que había sido creada por el equipo de Bateson (Ray, 1999).

Una diferencia esencial entre Sullivan y Jackson es que Sullivan trabajaba con individuos con trastornos mentales aislados del contexto de sus familias, concibiendo su brillante Teoría Interpersonal por medio de inferencias de lo que deben haber sido las relaciones interpersonales pasadas como para inhibir tan gravemente a los pacientes. En contraste, Jackson amplió la teoría de Sullivan, centrándose en el vínculo real entre un individuo y otros individuos, en el presente como dato primario. Este cambio fundamental en la concepción de la causalidad, pasar de contemplar las causas pretéritas de la conducta a centrar el énfasis principal en la relación entre el portador del síntoma y los otros significativos en el presente, preparó el terreno para una reconceptualización radical de cómo las dificultades para vivir se originan y se perpetúan.

Centrarse en la interacción en el presente supone abrazar la complejidad de la comunicación. De acuerdo a Jackson y Weakland (1961):

*"En la comunicación humana real nunca tiene lugar un mensaje único y simple... la comunicación siempre y necesariamente supone una multiplicidad de mensajes, de diferentes niveles, a la vez. Éstos pueden transmitirse a través de varios canales como por ejemplo las palabras, el tono y las expresiones faciales, o por medio de la variedad de significados y referencias de cualquier mensaje verbal en relación con sus posibles contextos. Las relaciones entre estos mensajes relacionados pueden ser muy complejas. No hay dos mensajes, en diferentes niveles de comunicación, que puedan ser exactamente iguales; sin embargo, pueden ser similares o diferentes, congruentes o incongruentes".*

### **Implicancias de centrarse principalmente en la naturaleza de la interacción**

Hay dos conceptos que forman el trabajo preliminar de donde derivan todas las otras premisas de la interacción: cambiar la unidad de observación de lo que se supone ocurre en el interior de una persona como explicación causal, a ubicar el enfoque principal en la relación entre las personas; y pasar de una concepción lineal causal de la causalidad a otra circular o recurrente.

#### **FOCO DE LA INDAGACIÓN. LA RELACIÓN, AQUELLO QUE NO ES "YO" NI "TÚ"**

La Teoría de las Interacciones sostiene que la conducta -toda conducta- tiene sentido cuando se la considera en términos de cómo encaja en relación a la conducta de los otros. Desde una perspectiva interaccional, el enfoque principal siempre está en la relación entre los individuos en el contexto presente, en claro contraste con lo que otras teorías más individuales suponen que ocurre en el interior de las personas. Este cambio en los datos primarios es crucial, proveyendo un marco conceptual fundamental para ir más allá de los límites de los constructos y del lenguaje individual (Jackson, 1959 y 1965a; Watzlawick, 1964; Sullivan, 1945; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978). Anteriormente Sullivan había concordado plenamente con este concepto, llegando a decir que la idea de un individuo "aislado del complejo de relaciones interpersonales en la que la gente vive y tiene su ser", es una falsa ilusión.

*"He arremetido contra la falsa ilusión de la individualidad única y me he referido a la personalidad como a una entidad hipotética que postulamos y que da cuenta de las relaciones interpersonales... Ahora defino a la personalidad... como al patrón relativamente permanente de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan a la vida humana" (Sullivan, 1945).*

Basándose en el pensamiento de Sullivan, Jackson se refirió a este cambio en la orientación conceptual como a un puente de una sola dirección que conduce a una comprensión radicalmente diferente, es decir, relacional y contextual, de la conducta. *"Es probable que lo que queremos decir con el término individuo cuando tomamos en cuenta al sistema familiar sea bastante diferente de lo que el término describe en la actualidad"* (Jackson, 1967a). Desde la perspectiva interaccional no se descarta el término "individuo", sino más bien se lo entiende en términos de relación.

En nuestra opinión, la definición del *self*, de la relación y del otro son un todo indivisible. En especial no aislamos ni abstraemos al individuo del individuo-en-esta-relación-con-este-otro. Este enfoque está implícito en todo el presente trabajo y cualquier tendencia a leerlo de otro modo sólo conducirá a la confusión (1965).

Los enfoques interaccionales, en lugar de desechar el carácter único del individuo, como algunos han sugerido (Nichols, 1987), toman absolutamente en serio el efecto profundo y omnipresente que tenemos nosotros los seres humanos sobre los otros. Al escudriñar el punto de vista de la Comunicación-Interacciones puede que sea relevante recordar que cuando el equipo de Bateson comenzó su trabajo, el psicoanálisis era el punto de vista dominante. Hasta que renunció para subrayar sus convicciones, Jackson fue miembro de la *American Psychoanalytic Association*, formado acabadamente en el análisis freudiano y sullivaniano. Otros miembros posteriores del Grupo de Palo Alto también estaban muy bien formados en enfoques orientados al individuo, por ejemplo, Paul Watzlawick en el análisis Jungiano y Richard Fisch en el enfoque de Sullivan. El grupo no trabajaba desde una posición de desconocimiento de la psicología individual ni de las presunciones biológicas. Más bien, *"la idea de relación o de compromiso*

es crucial y, por lo que yo sé, las relaciones están cargadas emocionalmente. Así, el grupo no niega la situación intrapsíquica –simplemente no hace uso de ella–. Elegir esta dirección en ocasiones ha causado críticas... Creo que esto se debe a que nosotros no empezamos con la historia del desarrollo y así, pareciera que la estamos evitando. Vincular lo intrapsíquico con lo evolutivo, con el estado interaccional actual del individuo simplemente es demasiado para nosotros en este momento. Dejamos a un lado esos datos así como las observaciones neurofisiológicas – todos los datos son importantes pero no todos son relevantes para la teoría inmediata que estamos intentando refinar y bruñir” (Jackson, 1963a).

Poner el énfasis principal en la naturaleza de las relaciones y los contextos, tanto entre los miembros del grupo íntimo de un cliente como entre el terapeuta y el cliente, continúan siendo centrales para todos los modelos de práctica interaccionales. Tanto es así que Weakland (1984) describió como adherir en forma intransigente a una perspectiva interaccional o relacional le permite al terapeuta aplicar el marco conceptual a los individuos. Richard Fisch y Karin Schlanger (Ray, Fisch y Schlanger, 1996), Steve de Shazer, Insoo Berg (1985) y otros, acuerdan con Weakland en esta preferencia por trabajar con individuos, aunque desde un marco de referencia interaccional. Otros clínicos de orientación interaccional, como por ejemplo Haley (1974), Cecchin, Lane y Ray (1992 y 2002), Watzlawick, Minuchin y otros, continúan valorando el principio de Jackson (1965c) de que, por lo menos inicialmente, la forma más eficaz de comprender la naturaleza de la conducta de una persona en particular, es verla conjuntamente con las otras personas con quienes vive. Trabajar en conjunto le permite al terapeuta obtener una experiencia de primera mano de las redundancias y las reglas de la relación que son únicas para esa cultura familiar particular, y determinar luego, en base al caso por caso, la unidad más efectiva de tratamiento.

#### CAUSALIDAD CIRCULAR (ES DECIR, RECURRENTE)

Si bien muchos terapeutas, investigadores e incluso asociaciones profesionales como por ejemplo la AAMFT (siglas en inglés para la Asociación Americana de Terapia de Pareja y Familia), han adoptado el término sistémico para caracterizar su trabajo, al estudiarlos de cerca parece ser que, con demasiada frecuencia, otra de las observaciones de Jackson continúa siendo cierta;

*“Puede decirse que, esencialmente, gran parte del trabajo que se lleva a cabo en las ciencias conductuales (y en muchas otras) se dedica a hallar las causas de los efectos observados. Se supone que estas causas están relacionadas directamente con sus efectos, por ejemplo, el hecho B ocurre (o ha ocurrido) porque el hecho A está ocurriendo (o ya ha ocurrido)... A pesar de una embarazosa simultaneidad de observación, la causa y el efecto son tratados como si ocurrieran en series lineales y en el orden apropiado. Un importante concepto ignorado por esta teoría es el de retroalimentación, que propone que la información acerca del hecho B afecta al hecho A, que luego afecta a B, etc., en un círculo de hechos que se modifican unos a otros. Dado que los “hechos” psicológicos raramente ocurren una sola vez, sino que más bien persisten y se superponen con una complejidad desesperante, este modelo circular a menudo es más apropiado que aquél que abstrae artificialmente a dichos eventos de la intrincada secuencia temporal en la que tienen lugar. Cuando se aplica a la familia, la idea de la causalidad lineal es particularmente inapropiada... Enfrentados con el hecho innegable de que los miembros de la familia actúan unos sobre otros constantemente, modificando sus respectivas conductas de las formas más complejas, un modelo conceptual que nos haga delinear el evento A del B, y mucho menos ponerlos en un orden causal, es de poca ayuda. Además, dichos objetivos son estériles porque a la larga deben conducir a preguntas sin respuesta, como por ejemplo si los padres del sujeto esquizofrénico son así porque tienen un hijo con una enfermedad orgánica, o si el paciente es esquizofrénico debido a la conducta de sus padres. Entonces, el estudio del proceso actual en la familia parece más preciso y más fructífero” (1965a).*

Cuando se adhiere a estas dos premisas –poner el énfasis principal en la naturaleza de la relación y la causalidad recurrente– en forma inflexible, el terapeuta posee el marco conceptual necesario para experimentar o “ver” de primera mano la naturaleza de la interacción dentro de la cual la conducta “síntomática” nace, se refuerza y se perpetúa, no como el producto de los motivos internos o las intenciones de los participantes, sino por la naturaleza misma de los intercambios conductuales (verbales y no verbales) que se escenifican en forma continua entre todos los miembros de la unidad de estudio. Todos los

principales modelos de terapia familiar y de terapias breves con orientación interaccional han adoptado un enfoque de causalidad recurrente, centrado en el contexto presente para entender y para "tratar los patrones que conectan la conducta problemática de una persona con la conducta de las otras personas" (Keeney y Ross, 1986). Es innecesario decir que esta forma de pensar, a la que Jackson y otros se han referido como metateoría (1964) es relevante no sólo para la interacción dentro de una pareja o una familia, sino prácticamente para cualquier organización formada por gente que comparte una historia y un futuro, desde las empresas y asociaciones profesionales hasta las relaciones internacionales.

## **Cómo hace sentido la conducta**

Una síntesis abarcadora del grueso de esta literatura supera el alcance de este artículo. Por lo tanto, sólo se describirán cuatro aspectos esenciales de la Teoría Interaccional: los aspectos referenciales y conativos de la comunicación, la imposibilidad de no comunicar, la homeostasis familiar y la puntuación.

### **ASPECTOS REFERENCIALES Y CONATIVOS**

El aspecto referencial se refiere a las palabras empleadas en la comunicación, sobre cuya definición puede haber acuerdo. Sin embargo, para la Teoría Interaccional es de vital relevancia el aspecto conativo de cualquier mensaje. Éste se refiere a la naturaleza de la relación entre las personas. Dicho de otro modo, el aspecto conativo puede enunciarse así: "Éste soy yo en relación contigo". La conducta que puede parecer misteriosa o sin sentido a primera vista se vuelve comprensible cuando se la entiende como un mensaje acerca de la naturaleza de la relación de la que forma parte. Jackson la describió de este modo: "Toda comunicación tiene niveles múltiples. Todo mensaje es calificado por otro mensaje, o por el contexto, y estas calificaciones pueden ser congruentes o incongruentes. Si digo que estoy enojado y mi tono de voz suena enojado, es un mensaje congruente y muy diferente del mensaje incongruente que transmito cuando digo que estoy enojado con tono neutro y una sonrisa en mi rostro... El contexto es importante aquí... Todo síntoma puede ser considerado un mensaje encubierto, es decir, un intento de hacer que algo ocurra en una relación. Digo 'puede ser considerado', dado que no tiene importancia si el síntoma fue desarrollado inconscientemente con este propósito o no. Por ejemplo, si se produce una cefalea a causa de la prolongada tensión de los músculos occipitales, de todas formas se convierte en un mensaje dado que es un informe respecto de cómo se siente un individuo y una indicación de que se responda a él. La intención no es importante porque el receptor del mensaje se ve afectado si tiene una relación con el sujeto al que le duele la cabeza. Puede estar irritado, manifestar comprensión, puede negar que el dolor de cabeza tenga algo que ver con la relación, o lo que sea; pero sin duda da una respuesta manifiesta o encubierta al dolor de cabeza como mensaje. Si se considera que el síntoma es un mensaje encubierto, entonces si se persuade al paciente que haga manifiesto su mensaje, no necesitará del síntoma" (1961).

La complementariedad recurrente de los aspectos referenciales y conativos provee un marco teórico para afirmar que el dato primario de la Teoría Interaccional es la relación entre la gente. La cuestión central al entender la conducta es que los seres humanos constantemente intentan definir la naturaleza de sus relaciones (Jackson, 1958; Jackson y Haley, 1957; Watzlawick, 1964; Watzlawick, Beavin-Bavelas y Jackson, 1967).

### **LA IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICAR**

El 24 de mayo de 1955, Bateson, Jackson, Haley y Weakland estaban revisando el material del primer encuentro de Haley y Weakland con Milton H. Erickson, que había tenido lugar la semana anterior. En un momento en una discusión acerca de la clasificación, Bateson dijo:

Toda la teoría de la información está basada en la idea negativa de que la cantidad de información en un mensaje es medible en términos de la cantidad de alternativas que son excluidas por ese mensaje. El trocito es la unidad de información y un trocito de información es un trozo de información que afirma un sí o un no y por lo tanto, excluye al otro (Jackson, Haley y Weakland, 1955).

La adopción de este concepto central de la Teoría de la Información les proveyó al equipo de Bateson, y posteriormente a los investigadores del MRI, una herramienta conceptual profundamente útil. Al observar la acción o enunciación de una persona en presencia de un terapeuta y/o el intercambio de conductas entre dos o más miembros de una familia, desde el marco de las alternativas posibles excluidas por una acción se revela la coherencia contextual (es decir, las reglas o redundancias) de la conducta. Jackson explicó este concepto de la siguiente manera: *"Muchos de ustedes tal vez recuerden el juego 'piedra, papel y tijera', o una de sus muchas modificaciones. El papel cubre a la piedra, la piedra rompe la tijera y la tijera corta el papel. Estás jugando a este juego y estás a punto de hacer el gesto del papel cuando piensas: 'Mi oponente cree que voy a hacer papel para que él haga tijera. Lo voy a engañar y voy a hacer piedra'. Mientras tanto, tu oponente está pensando: 'Él cree que yo creo que va a hacer papel, entonces él va a hacer piedra y va a romper mi tijera, entonces voy a hacer papel'. En esos juegos de dos, con jugadores dedicados, no existen las movidas al azar. El jugador dedicado discierne qué sistema usará su oponente antes de hacer su propia jugada y, además, a un nivel más alto, anticipa qué cambios hará su oponente en respuesta a haber descubierto su sistema. En esos juegos de dos, la posibilidad de que el arte de jugar astutamente tenga éxito ocurre cuando un jugador cambia su juego al azar, es decir, hace caso omiso de que el otro es un oponente que cambia su sistema de sistemas. Ésta no parece ser una táctica posible en la familia, a menos que uno de los miembros tenga experiencias externas que aumenten su independencia hasta tal punto que haga caso omiso de las jugadas de los otros miembros"* (1959).

Las premisas centradas en la interacción que elaboró Jackson, las reglas de la relación (1965a y b) y la impenetrabilidad (1967b), son explícitas extensiones de los conceptos fundamentales de que es imposible no comunicar y de que en las relaciones estables, estos intercambios comunicacionales están organizados. La conducta, cuando se la considera como parte de una interacción en curso con los otros, no es azarosa sino que más bien se caracteriza por la redundancia o la repetición. Jackson creía que la descripción de los intercambios conductuales reales entre los miembros del grupo natural en el que vive la persona que se comporta en forma sintomática, y la identificación del patrón redundante del que forma parte, constituirían el descubrimiento más importante que había hecho el grupo de Palo Alto (Jackson, 1967c).

Estos conceptos proveen una matriz conceptual de la cual derivan el modelo Estratégico desarrollado por Haley; el modelo de las Soluciones Intentadas, del equipo de Terapia Breve del MRI; la Terapia Familiar Estructural de Minuchin; el modelo de Terapia Familiar Sistémica de Milán; y la Terapia Breve Centrada en Soluciones, aunque cada uno de estos modelos interaccionales se centra en diferentes aspectos de la secuencia de las conductas intercambiadas por los miembros de los grupos íntimos. En la Terapia Estratégica se pone énfasis en identificar e interrumpir las secuencias repetitivas de interacción, prestando especial atención a las interacciones triádicas. En la Terapia Breve del MRI el acento principalmente se pone en sintetizar el tema de los esfuerzos que se están haciendo para resolver el problema que inadvertidamente lo perpetúan. La Terapia Familiar Estructural le da mucho peso a las consecuencias relacionales negativas que surgen cuando la jerarquía organizacional se subvierte. El Grupo de Milán enfatiza el "desenganche", por medio de preguntas circulares y de la connotación positiva, la forma en que la culpa y la acusación pueden paralizar a los miembros de la familia en interacciones sintomáticas rígidas. El enfoque Centrado en Soluciones enfatiza que se generen y se construyan excepciones a los problemas existentes y la conducta que apunta resolver problemas. Todos ellos se hacen eco del trabajo teórico y clínico inicial de Jackson.

## HOMEOSTASIS FAMILIAR

La primera vez que Jackson introdujo el concepto de homeostasis familiar, éste revolucionó la psiquiatría y, de acuerdo a muchos (Bateson, 1970; Minuchin, 1985; Watzlawick, 1988; Fisch, 1988), inauguró el campo de la terapia familiar. El concepto continúa siendo aceptado como una premisa central en la Teoría Sistémica o Interaccional por muchos teóricos (Bateson, 1991 a y b; Keeney, 1983), y terapeutas (Haley, 1980; Fischman, 1987; Palazzoli y cols., 1978; Cecchin, Lane y Ray, 1994) pero ha sido cuestionado e incluso rechazado terminantemente por otros (Dell, 1982; Hoffman y Goolishian, 1989; Anderson y Goolishian, 1988; Fisch, comunicación personal; O'Hanlon, 1987; de Shazer y Berg, 1985).

Dell, Hoffman, Anderson y Goolishian descartaron a la homeostasis (y a casi todos los conceptos sistémicos y cibernéticos, en realidad) de sus marcos conceptuales, dándole voz a la opinión de que la homeostasis no toma en cuenta la capacidad de los sistemas para cambiar. Desde una perspectiva diferente, Richard Fisch plantea que ya no encuentra útil al concepto, en parte, porque pensar en hipótesis homeostáticas distrae al terapeuta de escuchar con atención al lenguaje del cliente y a su postura respecto del problema. En forma similar a los defensores de una perspectiva posmoderna, de Shazer y sus colegas se han alejado del todo de la formación del problema, eligiendo centrarse casi exclusivamente en identificar y ampliar las excepciones al problema y en preguntas orientadas al futuro.

En *The Question of Family Homeostasis*, Jackson (1954 y 1957) ofreció la siguiente definición y ejemplo: *"El término homeostasis familiar se elige de los conceptos de Claude Bernard y Cannon porque implica la constancia relativa del ambiente interno, una constancia que, sin embargo, se mantiene por un interjuego constante de fuerzas dinámicas. Otra forma de considerar el tema de la homeostasis familiar sería en términos de la Teoría de la Comunicación: es decir, describir la interacción familiar como un sistema de información cerrado en el que las variaciones en la salida (output) o la conducta se retroalimentan para así corregir la respuesta del sistema. Por ejemplo, un niño ganó un concurso de popularidad en su escuela y, al volver a casa con su madre, se dio cuenta de que ella no estaba del todo contenta con su éxito. Éste fue un evento que ayudó a poner en movimiento varias respuestas adaptativas, incluyendo que desde ese momento ya no fuera tan popular. Un aspecto de esta reacción era la indiferencia de su padre hacia la madre y el acuerdo tácito de que el niño debía satisfacer las necesidades de ella. Para el psiquiatra era evidente que una parte integral del tratamiento de este niño sería hacer provisiones para disgustar a la madre"*.

Entender de qué forma la conducta sintomática, grave en ocasiones, puede servir para estabilizar las relaciones entre los miembros de la familia es central para muchas terapias familiares y breves (Fishman, 1987; Keeney y Silverstein, 1987; Stanton y Todd, 1982). Sin embargo, recientemente muchos clínicos de orientación interaccional han abandonado el concepto, afirmando que no observan como regla la intransigencia en el equilibramiento de la relación que creen está implícita en la homeostasis familiar. Es más, una útil sensibilidad ha surgido de la cibernética que enfatiza el profundo efecto que tienen las preconcepciones del terapeuta en lo que ocurre en la terapia (Cecchin, Lane y Ray, 1994; Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick, 1978; Keeney, 1983; Jackson, 1955 y 1960).

Sin embargo, es importante tener en mente que la homeostasis familiar es sólo uno de una serie de conceptos interrelacionados que tomados en conjunto constituyen la Teoría de la Comunicación-Interaccional. Cada premisa obtiene su significado en relación con las otras. La imposibilidad de no comunicar, los aspectos referenciales y conativos de la comunicación, la retroalimentación, la causalidad recurrente, la relación entre los miembros como dato primario, la puntuación y otros conceptos que no se desarrollan en este capítulo, como por ejemplo que el todo es más que la suma de sus partes, las formas de interacción simétricas y complementarias, la conducta analógica y digital, cuando se toman en conjunto proveen un cuerpo coherente de postulados que constituyen la Teoría Interaccional.

Puede que también valga la pena recordar que la primera vez que Jackson introdujo el concepto de homeostasis familiar, dijo: *"Es cierto que en la mayoría de los casos este problema puede desecharse rápidamente porque habrá un resultado satisfactorio tanto para el paciente como para su familia. Sin embargo, en una minoría de situaciones -énfasis nuestro- la adecuada planificación psiquiátrica requerirá la comprensión de la situación familiar total"* (1957). Los autores concuerdan con Jackson en que en la mayoría de los casos no hace falta preocuparse mucho por cómo reaccionan los otros miembros de la familia que, en efecto, invitan al miembro sintomático a que no cambie. Como dijo una vez Warren McCulloch, MD, que tanto contribuyó a los primeros desarrollos de la cibernética: *"No sostengan ninguna creencia, excepto como una hipótesis de trabajo para ser descartada tan pronto como sea posible"* (1965). Y sin embargo, es mejor pensar acerca de la aplicabilidad del concepto de homeostasis familiar, como con muchas otras decisiones en el trabajo clínico, sobre la base de la experiencia con cada caso único y no sobre la base de un juicio anticipado. En los casos en que hay síntomas graves y crónicos, nuevamente siguiendo a Jackson y a Bateson, muchos terapeutas familiares y de terapia breve

con orientación interaccional, continúan encontrando útil, este concepto para tratar las desventajas potenciales del cambio inherentes a la mejoría, en particular en términos de su impacto en las relaciones con los otros.

## PUNTUACIÓN

Que la realidad es en gran medida un producto de la construcción social se ha vuelto extensamente aceptado. El proceso de la construcción social supone la interacción, y la naturaleza de ese intercambio es el campo en el que el concepto de puntuación tiene un lugar central. Bateson y Jackson (1964) introdujeron lo que llamaron puntuación de la secuencia de hechos para describir la forma complementaria en que la conducta de la gente que interactúa entre sí refuerza sus respectivas conductas en una *"serie de patrones donde hay un ajuste mutuo entre la conducta de A y la de B"*. Continúan diciendo: *"En rigor, no existe una pieza de conducta complementaria. Dejar caer un ladrillo puede ser tanto complementario como simétrico y que sea lo uno o lo otro depende de la forma en que esta pieza de conducta se relaciona con las conductas precedentes y posteriores del vis a vis"*. Bateson y Jackson desarrollan cuán diferentes son las ideas de complementariedad y de patrón interaccional, respecto del pensamiento conductual tradicional orientado al individuo:

Los psicólogos de la escuela estímulo-respuesta limitan su atención a secuencias de intercambio tan cortas que es posible calificar un ítem de entrada como estímulo y otro ítem como refuerzo, al tiempo que lo que el sujeto hace entre estos dos hechos se entiende como respuesta. Dentro de la breve secuencia así obtenida, resulta posible hablar de la "psicología" del sujeto. Por el contrario, las secuencias de intercambio que examinamos aquí son mucho más largas y, por lo tanto, presentan la característica de que cada ítem en la secuencia es, al mismo tiempo, estímulo, respuesta y refuerzo. Un ítem dado de la conducta de X es un estímulo en la medida en que lo sigue un ítem proveniente de Y, y éste último, por otro ítem correspondiente a X. Pero en la medida en que el ítem X está ubicado entre dos ítems correspondientes a Y, se trata de una respuesta. Del mismo modo, el ítem de X constituye un refuerzo en tanto sigue a un ítem correspondiente a Y. Así, los intercambios que examinamos aquí constituyen una cadena de vínculos triádicos superpuestos, cada uno de los cuales resulta comparable a una secuencia estímulo-respuesta-refuerzo. Podemos tomar cualquier tría de nuestro intercambio y verla como un ensayo en un experimento de tipo aprendizaje por estímulo-respuesta.

Si observamos desde este punto de vista los experimentos convencionales sobre aprendizaje, notamos de inmediato que los ensayos repetidos equivalen a una diferenciación de la relación entre los dos organismos participantes, el experimentador y su sujeto. La secuencia de ensayos está puntuada de tal manera que siempre es el experimentador el que parece proporcionar los estímulos y los refuerzos, mientras el sujeto proporciona las respuestas. Estas palabras aparecen deliberadamente entre comillas porque las definiciones de los roles de hecho sólo dependen de la disposición de los organismos a aceptar el sistema de puntuación. La realidad de las definiciones de rol pertenece por cierto al mismo orden que la realidad de un murciélago en una lámina de Rorschach, una creación más o menos sobredeterminada del proceso perceptual. *"Con todo, es indudable que en una secuencia prolongada de intercambio, los organismos participantes, especialmente si se trata de personas, de hecho puntúan la secuencia de modo que uno de ellos, o el otro, tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Es decir, establecen entre ellos patrones de intercambio (acerca de los cuales pueden o no estar de acuerdo) y dichos patrones constituyen de hecho reglas de contingencia con respecto al intercambio de refuerzos"*.

Como señalan Watzlawick, Beavin y Jackson (1967): *"La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones"*. Al culpar al otro y considerarse a sí mismos como inocentes, cada miembro que está atrapado en interacciones de esta clase sólo se ve a sí mismo reaccionando, pero no contribuyendo, a la conducta del otro. Facilitar el desenganche de estos círculos viciosos y juegos sin final, constituye la esencia de toda terapia de orientación interaccional.

## Métodos de práctica

Todos los métodos de práctica, es decir, las formas de pensar y de actuar que caracterizan a las prácticas de los terapeutas que se centran en la Interacción, derivan de las premisas fundamentales de la Teoría de la Comunicación-Interaccional, aunque difieren en el énfasis y en los matices según el modelo de que se trate, y son demasiado numerosos como para que los detallemos aquí. Por lo tanto, pondremos el acento en describir brevemente tres orientaciones fundamentales y ampliamente aceptadas: una orientación terapéutica no-sentenciosa; entender cómo la conducta tiene sentido en el contexto, y el énfasis en interrumpir los patrones de interacción que perpetúan la conducta que es motivo de protesta.

## Orientación no-sentenciosa

Harry Stack Sullivan y Don Jackson crearon el marco al describir lo que consideran las características personales más importantes de un terapeuta eficaz: una postura no-sentenciosa cimentada en una adhesión inflexible a un punto de vista no patológico/no normativo. De acuerdo con Sullivan: *"Todos somos simplemente humanos mucho más que otra cosa, seamos felices y exitosos, satisfechos y distantes, desdichados y desorganizados mentalmente, o lo que sea"* (1945).

Desde el punto de vista de Jackson: *"Parece ser difícil para la mayoría de las personas, en nuestra cultura, dar crédito a la idea de que el individuo hace lo mejor que puede en cualquier momento dado. ¿Por qué sería de otro modo, cuando todos preferiríamos estar cómodos que sufrir? Los términos haragán, obcecado, sin fuerza de voluntad, no son meramente descriptivos, sino que dan a entender una censura moral y un "si quisiera podría hacerlo mejor" no dicho. Por consiguiente, el psiquiatra se opone al prejuicio social cuando intenta señalar que ciertos procesos interpersonales dinámicos sobre los cuales el individuo no tiene control, son responsables de sus rasgos de carácter"* (1952).

Una orientación no-culpabilizante es la base de lo que más adelante se convirtió en una estrategia principal de todos los modelos de práctica orientados interaccionalmente. En el enfoque de la Terapia Breve del MRI toma la forma de la instrucción de "ir despacio", que transmite respeto por las acciones pasadas del cliente y sensibilidad frente a los posibles peligros del cambio. En la Terapia Familiar Sistémica de Milán, el principio de la connotación positiva cumplía el mismo efecto de tratar la situación aparentemente paradójica que puede ocurrir cuando un cliente pide ayuda. Al connotar positivamente la conducta de todos los miembros de una familia, el terapeuta disminuye la posibilidad de dar a entender involuntariamente que uno o más miembros están equivocados o son malos. Para el equipo de Milán, sugerir dicha opinión replica exactamente la misma conducta en la que está atrapada la familia.

En la Terapia Familiar Estratégica Jay Haley lo dijo así: *"Jackson fue un gran clínico, en especial con el esquizofrénico y su familia. En la actualidad, cuando trabajo con una familia me encuentro pensando en él. ¿Qué diría él? ¿Qué comentarios haría? Don se las arregló para tener la idea de que no hay nada malo en el esquizofrénico, lo cual es una proeza. Consideraba muchas conductas de los esquizofrénicos como comunicación, en lugar de cómo algo fisiológico, lo que hacía mucha diferencia en la terapia que estaba llevando a cabo"* (1988).

## La conducta tiene sentido en el contexto

Después de cincuenta años de investigación y del veloz crecimiento de la terapia familiar y de la terapia breve, decir que la afirmación *"la conducta tiene sentido en el contexto"* es controvertida, puede parecer el más obvio de los falsos argumentos. Por cierto que en determinados círculos esto es verdad. Y sin embargo, en Norteamérica uno puede encender la televisión y en el lapso de minutos enfrentarse con comerciales que promueven respuestas farmacológicas para casi cualquier dificultad. La investigación basada en la genética y en la bioquímica, el mapeo del ADN para descubrir las fuentes biológicas de todas las conductas y las terapias cognitivo-conductual, son el último grito de la moda en las ciencias de la conducta, caracterizadas todas ellas como a la vanguardia y promocionadas como basadas en evidencia. El *Counsel on Accreditation of Marriage and Family Therapy Education* (COAMFTE), el ente que

acredita al grupo más grande de terapeutas de pareja y familia, la *American Association for Marriage and Family Therapy* (AAMFT) insiste que el currículum en los programas de posgrado acreditados enfatice los diagnósticos individuales. Muchos aceptan como algo probado, más allá de toda duda, que casi todos los problemas emocionales y de conducta tienen una base biológica. En consecuencia, los terapeutas familiares y otros profesionales en actividades de ayuda son socializados para aceptar sin críticas un modelo médico basado en el concepto de la patología individual. La mayoría de los programas para la residencia en psiquiatría en los EE.UU. no incluyen ningún curso de psicoterapia. Más bien, se forma a los residentes de psiquiatría para que identifiquen la patología y la traten aplicando la intervención farmacológica. En todos los servicios de salud mental, las relaciones interpersonales, es decir, la familia, son consideradas importantes pero secundarias a la patología individual. Obviamente que existen excepciones a esta adhesión a la orientación hacia la patología, y son las que forman los enfoques nucleares del campo de la terapia familiar. Y, sin embargo, es difícil negar que el resurgimiento de la orientación hacia la patología pone el énfasis principal en el individuo y no en el sistema interaccional del que forma parte en el momento actual.

Un terapeuta con orientación contextual y hacia las relaciones, hace preguntas diferentes, como por ejemplo: *"¿En qué contexto tendría total sentido comportarse de este modo?"*. Cuando se aplica a la conducta de toda la gente que participa de una situación, es útil hacer la siguiente pregunta: *"¿Cómo encaja o tiene sentido la conducta de la que se quejan? ¿Cómo es reforzada y cómo a su vez refuerza la conducta de los otros que participan?"*. Una vez más Jackson (1963b) describe con elocuencia este punto de vista: *"Nuestra tradición judeo-cristiana, la ética protestante, el expansionismo colonial y la prosperidad han ayudado a mantener la ficción de que el hombre es el amo de su destino y el capitán de su alma. Y entonces valerosamente tomamos lo bueno con lo malo, atribuyendo la culpa y los elogios a los individuos mientras que con habilidad, con mojigatería incluso, hacemos caso omiso de los atenuantes más íntimamente relevantes de nuestros cargos o de nuestras loas. Con nuestra tendencia a una visión individual de las cosas, va en contra de nuestros principios considerarnos participantes de un sistema cuya naturaleza entendemos poco. Y, sin embargo, estoy convencido de que podemos hacer esas apreciaciones funestas (y esos elogios inmerecidos) solamente traduciendo un compuesto de gente y contextos altamente complejo, a un término que entonces se aplica incorrectamente al individuo. Si decimos que alguien está enfermo o que está triste, que es salvaje o es sano, no sólo participamos en un reduccionismo muy engañoso de nuestro referente, sino que también basamos nuestro análisis en ideas de normalidad e individualidad que rara vez son enunciadas y que nunca han sido examinadas exhaustivamente. Así, cuestiono fuertemente tanto la precisión como la utilidad del análisis y de la clasificación individual tal como se los concibe en la actualidad. Considero que debemos pasar del estudio del individuo in vitro al del grupo pequeño o mayor en el que toda conducta particular del individuo es adaptativa, de la evaluación individual al examen de los contextos o, más precisamente, de los sistemas de los cuales la conducta individual es inseparable"*.

### **Interrupción del patrón**

La cuestión respecto de cómo lograr que se produzca el cambio constructivo continúa siendo un tema de debate en la terapia. En muchos enfoques de orientación individual, aunque no exclusivamente, provocar el *insight* se considera un ingrediente necesario para que se produzca el cambio duradero. La mayoría de los enfoques de orientación psicodinámica y psicoeducacional consideran al desarrollo de la comprensión como algo central en el proceso del cambio.

En contraste, las Terapias Centradas en la Interacción, influidas por el estudio que de Milton Erikson, han hecho Jay Haley y John Weakland, siguiendo los pasos de Jackson (2000), sostienen que primero ocurre el cambio y luego quienes participan de él le atribuyen un nuevo sentido a la situación. Suscitar el cambio supone que el terapeuta entienda el patrón de interacción en el que la familia está atrapada y que se comporte de tal forma que el patrón tenga que cambiar. Jackson aclara la esencia del punto de vista interaccional, en principio, contrastando vivazmente las concepciones individuales e interaccionales de la conducta sintomática.

Si por ejemplo, un psiquiatra entrevista a una pareja que se queja de problemas maritales, podría describir a la mujer como hipocondríaca, inútil, dependiente, con tendencias histéricas, y al marido como frío, eficiente, pasivo-agresivo, etc. Excepto enviarlos inmediatamente a ver a un abogado, su recomendación puede basarse en la idea de que "cada" uno de estos individuos tiene problemas y necesitará un largo período de terapia si es que va a vivir con el otro. Sin embargo, existe otra forma de considerar a esta pareja en particular. Puede vérselos como un sistema de causalidad mutua. El terapeuta puede buscar las reglas que gobiernan este sistema; la terapia entonces consiste en que el terapeuta se comporta de forma tal que las reglas deben cambiar. En vez de centrarse en la patología individual, podría observar que esta pareja (o familia) se comporta de manera llamativamente consistente (1967a).

Luego, ofrece un prototipo acerca de cómo suscitar el cambio por medio de la interrupción de los patrones de interacción en los que la conducta problemática se engarza y se refuerza. *"Si la familia está atrapada en un patrón rígido, el terapeuta debiera hacer algo para interrumpir ese patrón. Hay montones de posibilidades eventuales: otras conductas, otras oportunidades, otras personas con quienes los miembros de la familia puedan vincularse en forma diferente. Por lo tanto pueden cambiar, a pesar de su motivación inconsciente u otras dimensiones psicológicas que en el pasado les han impedido hacerlo"* (Jackson, 1967c).

Dado que todos los modelos actuales de Terapia Interaccional comparten premisas teóricas fundamentales y orientaciones para la intervención, no es sorprendente que, en ocasiones, la Terapia Estratégica de Haley se parezca a la Terapia Breve del MRI, y que en otras ocasiones, la Terapia Familiar Estructural, se parezca a la Terapia Breve Centrada en Soluciones, a la Terapia Familiar Sistémica de Milán, o a la Terapia Centrada en los Recursos y viceversa.

Lo mismo también se aplica a los enfoques posmodernos desarrollados más recientemente, a pesar de que éstos han desarrollado un vocabulario alternativo al describir sus enfoques basados en la metáfora de la narración. Dentro de los enfoques posmodernos, se le otorga mucho énfasis al respeto por el cliente y a entender su marco de referencia. Los problemas se conceptualizan dentro de las relaciones interpersonales y de los contextos más amplios dentro de los cuales se manifiestan. La intervención, puede ser por medio de la externalización (White, 1989); o adhiriendo a una orientación no-instrumental al hablar con el cliente (Anderson y Goolishian, 1988; Hoffman, 1994), el resultado deseado por el cual se esfuerza el terapeuta es que la conducta considerada problemática mejore.

Al mismo tiempo cada uno de estos modelos relacionales típicamente, enfoca la formación del problema y su resolución de distintas formas. El enfoque de Haley enfatiza la identificación de las secuencias de interacción repetitivas y el desarrollo de una estrategia intencional para interrumpirlas. La Terapia Breve del MRI hace lo mismo por medio de la clara definición del problema desde la perspectiva del cliente y del trabajo dentro de su marco de referencia, identificando el punto de las soluciones que se han intentado. La intervención apunta luego a interactuar con el sujeto que se queja de forma tal que desista de la conducta que ha intentado como solución. La Terapia Breve Centrada en Soluciones elude completamente la formación de problemas y, al prestar atención a las descripciones en contraste con las explicaciones de la situación, de forma similar a la Terapia Breve del MRI, emplean una orientación al futuro para centrarse casi exclusivamente en ampliar las excepciones a los problemas. La Terapia Familiar Sistémica de Milán promueve el cambio constructivo por medio de la connotación positiva de la conducta de todos los miembros de la familia y prescribiendo el no-cambio en forma respetuosa, con frecuencia enmarcado en términos de la lealtad familiar, para liberar así al sistema para que pueda cambiar.

### **Evaluación, diagnóstico y el concepto de "buen funcionamiento" en la terapia de pareja y de familia**

La mayoría, si no todos los modelos de práctica centrados en la interacción que se desarrollaron a partir del trabajo en el MRI, abrazan una orientación no-patológica/no-normativa respecto de las dificultades humanas para vivir y, en consecuencia, no conceptualizan la conducta problemática desde un marco de referencia de diagnóstico tradicional "buen funcionamiento" *versus* "no buen funcionamiento". Más bien, para parafrasear a Don Jackson, la evaluación, el diagnóstico, y el posterior objetivo de la intervención te-

rapéutica es entender cómo la situación del cliente está organizada de tal forma que el problema se mantiene y se perpetúa, y después, que el terapeuta se comporte en forma tal, que mejora la conducta que mantiene el problema. Cada modelo del Enfoque Interaccional aborda esta tarea en forma ligeramente distinta. En el caso de la Terapia Breve del MRI, el énfasis se pone en clarificar los intentos que se están llevando a cabo para resolver el problema y después hacer que los clientes desistan de esa conducta. Si se interrumpen las soluciones intentadas que han sido ineficaces, con gran frecuencia los problemas se resuelven solos. El enfoque estratégico de Haley hace lo mismo pero lo describe en términos de entender e interrumpir la secuencia de conductas que intercambian la persona que trae el problema y los otros en su situación vital inmediata. Una vez que la secuencia que mantiene los problemas ha sido eficazmente modificada, los problemas mejoran. El enfoque Estructural de Minuchin también hace esto, la mayoría de las veces entendiendo la forma en que la jerarquía de la familia ha sido transgredida y luego centrando la intervención en reestablecer una forma de organización que impida la continuación del síntoma. Como ya fue descrito anteriormente, la Terapia Familiar Sistémica de Millán y la Terapia Breve Centrada en Soluciones logran resultados similares utilizando el énfasis en la evaluación y la intervención de acuerdo a como lo prefieren los practicantes de esos modelos.

### **La aplicabilidad del tratamiento: ¿Cuán amplia es?**

Los modelos de terapia familiar y de terapia breve centrados en la interacción que han sido desarrollados en el MRI, o que derivan de las investigaciones que allí se llevaron a cabo, se han venido usando durante más de cuarenta y cinco años. Miles de profesionales de la salud mental se han formado en estas orientaciones interaccionales, mientras que más de cien libros e innumerables artículos han sido publicados en más de ochenta idiomas. Estos modelos han sido utilizados por terapeutas en todo el mundo que trabajan en culturas distintas y en ámbitos que abarcan pacientes hospitalizados, hospitales de día, agencias privadas, y grandes organizaciones del cuidado de la salud. Se han completado estudios de los resultados de los enfoques de la terapia breve, basados en el modelo de Terapia Breve del MRI en diferentes momentos y lugares durante los últimos veinticinco años. El modelo ha demostrado ser eficaz para el abanico más amplio posible de problemas emocionales y conductuales, como por ejemplo el alcoholismo (Fisch, 1986; Jackson, 1967; Berg y Miller, 1992), la conducta psicótica (Haley, 1980; Jackson y Watzlawick, 1963; Jackson y Weakland, 1961; Fisch, Weakland y Segal, 1982; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978); la depresión crónica (Watzlawick y Coyne, 1980); la violencia familiar, la discordia matrimonial severa, y los conflictos parento-filiales (Lane y Russell, 1989; Madanes, 1990; Sorka, 1995; Fraser, 1999; Ray, 1992); los problemas de conducta y asociados a la escuela en niños y adolescentes (Hopwood, 1993; Amaeta, 1989) y el trauma sexual (Dolan, 1992).

### **Investigación de la efectividad de los modelos centrados en la interacción**

Puede que la medición no sea la esencia de la ciencia, pero los resultados estadísticamente significativos definitivamente son los que cuentan en el mundo de la investigación psiquiátrica de hoy (Priebe, 1995). Chubb (1995) comparó las estadísticas de los años 1985-1986 de la clínica psiquiátrica *Kaiser-Permanente's Pleasanton* de California, que adhería al modelo de Terapia Breve del MRI, con otras clínicas Kaiser-Permanente que usaban modelos psicodinámico-eclécticos. En la clínica que utilizaba el Modelo de Terapia Breve del MRI, 1.963 pacientes, o el 48,0% del total, fueron vistos sólo una vez, mientras que 27 pacientes, o el 0,7% del total fueron vistos exactamente nueve veces. El 89,9% de los pacientes Pleasanton fueron vistos durante cinco o menos sesiones y el 97,5% fueron vistos durante diez o menos sesiones. En contraste, las cifras equivalentes para otra clínica, más típica, fueron del 69,5% y el 89,3% respectivamente.

Aunque estas diferencias son llamativas, no enfatizan el impacto de la terapia más a largo plazo en el funcionamiento de las clínicas. Un terapeuta puede atender a cinco clientes de cuatro sesiones en el mismo tiempo que lleva ver un cliente de veinte sesiones. En la clínica que sirve a la comparación, el 29,7% de todas las horas de los terapeutas se emplearon en casos que ya habían tomado por lo menos

diez sesiones. La cifra equivalente para Pleasanton fue del 4,0%. Si la clínica de comparación (que, debe enfatizarse, era típica y no un caso extremo) hubiera podido lograr el patrón de Pleasanton para sus casos más largos, hubiera podido liberar hasta el 25% del tiempo de los terapeutas para los casos en listas de espera y, a la larga, manejar el mismo número de casos atendidos con un cuarto menos de personal. Pleasanton promedió las 2,5 sesiones por paciente y 834 casos diferentes por terapeuta a lo largo de un período de dos años. Las cifras equivalentes para la clínica con la siguiente mayor cantidad de casos por terapeuta fueron 3,7 y 742. Los medios regionales fueron 5,4 y 456 y, por supuesto, aproximadamente a la mitad de las otras clínicas les fue peor que esto.

La productividad del terapeuta en un ámbito con recursos limitados se mide mejor, no por medio de las horas que atiende por semana, sino por el número total de clientes atendidos. La efectividad del terapeuta es por el bien tanto de la clínica como de los clientes. La eficacia de la clínica Pleasanton no se logró a costa de la calidad. La satisfacción del cliente era alta, como lo revelaron muchas encuestas a los usuarios. Otro indicador de la calidad del servicio es el flujo entre las zonas de captación nominales. Se anima a quienes suscriben a Kaiser que vayan a las clínicas más cercanas, pero no se les exige. El alejamiento de una clínica podría sugerir problemas, pero hasta donde se pudo determinar, la circulación global era sustancialmente de ingreso. Finalmente, el Índice de hospitalización puede ser un buen indicador. Si los clientes de la clínica rara vez requirieron ser hospitalizados, la atención por consultorio externo fue la más baja de la región y sólo dos tercios del promedio regional (Chubb, 1995).

Han surgido interrogantes respecto de la eficacia de una orientación de terapia breve cuando se trabaja con pacientes con trastornos mentales graves. Empleando una orientación de la Terapia Familiar Estratégica, derivada del modelo de la Terapia Breve del MRI, Nardone (1995) llevó a cabo un estudio de seguimiento con un grupo de 41 clientes diagnosticados con trastornos fóbicos graves, como por ejemplo agorafobia, ataques de pánico, ataques de angustia graves o situaciones recurrentes de temor inmovilizante.

El grupo de clientes tratados estaba constituido por 24 mujeres y 17 hombres de diferentes niveles educativos (escuela primaria, escuela secundaria, estudios terciarios o universitarios); las edades oscilaban de 18 a 71 años. La muestra incluía amas de casa, médicos, profesionales y distintos tipos de empleados. La terapia fue totalmente exitosa en los 41 pacientes (es decir, los síntomas y trastornos presentados cuando el paciente vino a terapia desaparecieron gradualmente y en la última sesión, se habían extinguido completamente). Un estudio de seguimiento llevado a cabo un año después de la finalización de la terapia reveló que 32 de los clientes habían sido tratados en forma completa y exitosa, siete habían mejorado significativamente su problema, y los últimos dos pacientes habían mejorado pero no se habían recuperado totalmente de su problema.

Aproximadamente el 80% de los casos se resolvieron dentro de las 20 sesiones. La duración promedio del tratamiento excedió el límite estándar de diez sesiones que comúnmente imponen los practicantes del modelo de la Terapia Breve del MRI (Tabla 13-1). Sin embargo, considerando el mal pronóstico de los resultados que experimentan los clientes con diagnósticos tan serios, el índice de éxito demostrado es particularmente significativo.

**Tabla 13-1**  
Duración de tratamiento.

Porcentaje de casos	Duración de la terapia
19,2%	De 1 a 10 sesiones
61,5%	De 10 a 20 sesiones
3,0%	De 20 a 30 sesiones
15,3%	De 30 a 34 sesiones

En otro informe Klaus Pothoff, un psiquiatra que ejerce en Suecia, describió los resultados beneficiosos que derivaban de aplicar el enfoque de la **Terapia Breve del MRI** en su práctica clínica. Pothoff informa que en Suecia, aproximadamente el 50% de las camas de hospital se encuentran en instituciones psiquiátricas. En 1981, Pothoff se hizo responsable de una clínica psiquiátrica con 260 pacientes internados. Durante el primer año, utilizando el modelo de **Terapia Breve del MRI**, se eliminó una lista de espera de meses para los pacientes que necesitaban tratamiento en la clínica. La cantidad de nuevos pacientes atendidos cada año aumentó de 66 a 222. En el transcurso de doce meses se halló que el 80% de los pacientes crónicos previamente habían sido mal diagnosticados y fueron capaces de abandonar la clínica y volver a la vida dentro de la comunidad (Pothoff, 1995).

## Conclusión

Se ha provisto una cronología del desarrollo de la Teoría de la Comunicación-Interaccional. Se han descrito los conceptos perdurables de la Teoría Interaccional, junto con un esquema de los modelos principales de Terapia Centrada en las Interacciones que provienen del *Mental Research Institute* o que han sido influidos por éste. Se ha discutido la aplicabilidad y la eficacia del enfoque interaccional para la evaluación y el tratamiento.

## Bibliografía

- Amaeta E. Brief strategic intervention for school behavior problems. California: Jossey-Bass, 1989.
- Anderson H, Goolishian H. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about implications for clinical theory. *Fam Process* 1988; 27:371-93.
- Bateson G. Information and codification. En: Reusch J, Bateson G. *Communication: The social matrix of psychiatry*. Nueva York: WW Norton, 1951.
- Bateson G. Personal correspondence with Frank Freedmont-Smith, MD. Don D. Jackson Archive (inédito). California: Mental Research Institute (MRI), 1954.
- Bateson G. A theory of play and fantasy. En: A.P.A. *Psychiatric Reports, II*, Washington DC, 1955.
- Bateson G. First Don D. Jackson memorial lecture. Grabación de video inédita Don Jackson Archive. California: Mental Research Institute (MRI), 1970.
- Bateson G. Double-bind theory-misunderstood. En: Donaldson R. *A sacred unity-further steps to ecology of mind*. Nueva York: Harper Collins, 1991a; 147-50.
- Bateson G. The growth of paradigms for psychiatry. En: Donaldson R. *A sacred unity-further steps to ecology of mind*. Nueva York: Harper Collins, 1991b; 151-57.
- Bateson G, Jackson D, Haley G, Weakland J. Grabación de video inédita. California: Mental Research Institute (MRI), 1955.
- Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sci* 1956; 1(4):251-64.
- Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. A note on the double bind-1962. *Fam Process* 1963; 2(1):154-61.
- Bateson G, Jackson D. Some varieties of pathogenic organization. *Res Publications Association Res Nervous Mental Disease* 1964; 42:270-83.
- Bateson G. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books, 1999.
- Berg I, Miller S. *Working with the problem drinker*. Nueva York: WW Norton, 1992.
- Benedict R. *Patterns of culture*. Boston: Houghton Mifflin Co, 1959.
- Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P. *Milan systemic family therapy*. Nueva York: Basic Books, 1987.
- Birch H. Psychological aspects of obesity. En: Mullahy P. *A study of interpersonal relations*. Nueva York: Science House, 1967; 223-38.
- Cecchin G, Lane G, Ray, W. Prejudice and position: Brief therapy for increasing the symptom of happiness. *J Brief Ther* 2003; 2(2).
- Cecchin G, Lane G, Ray W. Respect in the consulting room. *Fam Ther Networker* 2001; 65-69.
- Cecchin G, Lane G, Ray W. Influence, effect and emerging systems. *J Systemic Ther* 1994; 13(4):13-21.
- Cecchin G, Lane G, Ray W. *Irreverence: A strategy for therapists' survival*. Londres, Reino Unido: Karnac Books, 1992.
- Chubb H. Outpatient clinic effectiveness with the MRI brief therapy model. En: Weakland J, Ray W. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Nueva York: Haworth Press, 1995; 129-32.

- Dell P. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Fam Process* 1982; 21:21-41.
- de Shazer S. *Patterns of brief family therapy*. Nueva York: Guilford, 1982.
- de Shazer S, Berg I. A part is not apart: Working with only one of the partners present. En: Gurman A. *Casebook of Marital Therapy*. Nueva York: Guilford, 1985.
- de Shazer S. *Keys to solution in brief therapy*. Nueva York: WW Norton, 1985.
- Dolan Y. *Resolving sexual trauma*. Nueva York: WW Norton, 1992.
- Fisch R, Weakland J, Segal L. *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
- Fisch R. The brief treatment of alcoholism. *J Systemic Strategic Ther* 1986; 5(3):40-49.
- Fisch R. *Comunicación personal con W. Ray*. 1988.
- Fisch R. *Comunicación personal con W. Ray*. 2003.
- Fishman C. *Treating troubled adolescents*. Nueva York: Basic Books, 1987.
- Fraser J. Solution focused therapy as a problem. En: Ray W, de Shazer S. *Evolving brief therapies*. Nueva York: Geist & Russell, 1999.
- Fromm-Reichmann F. *Principals of intensive psychotherapy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1950.
- Haley J. *Strategies of psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton, 1963.
- Haley J. *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Nueva York: WW Norton, 1973.
- Haley J. *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
- Haley J. *Leaving home*. Nueva York: McGraw-Hill, 1980.
- Haley J. *Entrevista personal hecha por W. Ray*. 1988.
- Hoffman L. Deviation-Amplifying processes in natural groups. En: Haley J. *Changing families: A family therapy reader*. Nueva York: Grune & Stratton, 1971; 285-311.
- Hoffman L. *Foundations of family therapy*. Nueva York: Basic Books, 1981.
- Hoffman L. *Exchanging voices*. Londres: Karnac, 1994.
- Hoffman L, Goolishian H. *Presentación en el I Congreso Mundial de Terapia Familiar*. Dublín, Irlanda: 1989.
- Hopwood L. Solutions in the schools. En: *The solution-focused brief therapy audiotape series*. Milwaukee: BFTC, 1993.
- Jackson D. The relationship of the referring physician to the psychiatrist. *California Med* 1952; 76(6):391-94.
- Jackson D. Some factors influencing the oedipus complex. *Psychoanalytic Q* 1954; 23:566-81.
- Jackson D. Therapist's personality in the treatment of schizophrenia. *Arch Neurol Psychiatry* 1955; 74:292-99.
- Jackson D. The question of family homeostasis. *Psychiatric Q* 1957a; 1(31 Suppl):79S-90S.
- Jackson D. A note on the importance of trauma in the genesis of schizophrenia. *Psychiatry* 1957b; 20(2):181-84.
- Jackson D. Guilt and the control of pleasure in the schizoid personality. *Brit J Med Psychol* 1958; 31(2):124-30.
- Jackson D. Family interaction, family homeostasis and some implications for conjoint family psychotherapy. En: Masserman J. *Individual and family dynamics*. Nueva York: Grune & Stratton, 1959; 122-41.
- Jackson D. Introducción. En: Jackson D. *The etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, 1960; 5-6.
- Jackson D. Interactional psychotherapy. En: Stein M. *Contemporary psychotherapies*. Nueva York: The Free Press, 1961; 256-71.
- Jackson D. The double bind, family homeostasis and a control theory of human relationships. Manuscrito inédito. California: MRI, 1963a.
- Jackson D. The sick, the sad, the savage and the sane. Manuscrito inédito. Clase inaugural a la Society of Medical Psychoanalysis. Nueva York: Medical College, 1963b.
- Jackson D. Discusión post-entrevista. En: Birdwhistell R. *The hillcrest family*. Philadelphia: Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, 1964.
- Jackson D. The study of the family. *Fam Process* 1965a; 1:1-20.
- Jackson D. Family rules: Marital quid pro quo. *Arch Gen Psychiatry* 1965b; 12:589-94.
- Jackson D. Presentación. *Presentación Annual de la California Psychological Association*, Los Angeles. Grabación de audio inédita. California: Mental Research Institute (MRI), 1965c.
- Jackson D. Brief therapy of a male alcoholic and spouse. Grabación de audio inédita de una terapia de nueve sesiones. *Theoretical Foundations Project*. California: Mental Research Institute (MRI), 1967.
- Jackson D. The individual and the larger contexts. *Fam Process* 1967a; 6(2):139-54.
- Jackson D. Schizophrenia: The nosological nexus. En: *Excerpta Medica International Congress. The Origins of Schizophrenia. The Proceedings of the First International Conference* 151. Nueva York: Rochester, 1967b; 111-20.

- Jackson D. Differences between normal and abnormal Families. En: Ackerman N, Beatman F, Sherman S. *Expanding theory and practice in family therapy*. Nueva York: Family Service of America, 1967c; 99-102.
- Jackson D. The fear of change. *Med Opinion Rev* 1967d; 3(3):34-41.
- Jackson D. The myth of normality. *Med Opinion Rev* 1967e; 3(5):28-33.
- Jackson D. Prólogo. En: Jackson D. *Communication, family & marriage: Human communication*. California: Science & Behavior Books, 1968.
- Jackson D. Brief psychotherapy. *J Systemic Ther* 2000; 19(2):7-22.
- Jackson D, Haley J. Theoretical discussion. Grabación radial inédita. En: Don D. Jackson Archive. California: Mental Research Institute (MRI), 1957.
- Jackson D, Weakland J. Schizophrenic symptoms and family interaction. *Arch Gen Psychiatry* 1959; 1:618-21.
- Jackson D, Weakland J. Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique and results. *Psychiatry* 1961; 24(2 Suppl):30S-45S.
- Jackson D, Watzlawick P. The acute psychosis as a manifestation of growth experience. *Psychiatric Res Reports* 1963; 16:83-94.
- Keeney B. *Aesthetics of change*. Nueva York: Guilford, 1983.
- Keeney B, Ross J. *Mind in therapy*. Nueva York: Basic Books, 1986.
- Keeney B, Silverstein O. *The therapeutic voice of olga silverstein*. Nueva York: Guilford, 1987.
- Lane G, Russell T. Second-order systemic work with violent couples. En: Caesar P, Hamberger L. *Treating men who batter*. Nueva York: Springer, 1989; 134-62.
- Madanes C. *Sex, love, and violence: Strategies for transformation*. Nueva York: WW Norton, 1990.
- Madanes C. *Strategic family therapy*. California: Jossey-Bass, 1981.
- Madanes C. *Behind the one-way mirror*. California: Jossey-Bass, 1984.
- McCulloch W. *Embodiments of mind*. Cambridge: The MIT Press, 1965.
- Mead M, Métraux. *A study of culture at a distance*. Chicago: The University of Chicago Press, 1953.
- Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard Press, 1974.
- Minuchin S, Fishman C. *Family therapy techniques*. Cambridge: The Harford Press, 1982.
- Minuchin S. *My many voices. The evolution of psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1985; 5-15.
- Nichols M. *The self in the system*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1987.
- Nardone G. Brief strategic therapy of phobic disorders: A model of therapy and evaluation research. En: Weakland J, Ray W. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Nueva York: Haworth Press, 1995; 91-106.
- O'Hanton W. *Taproots*. Nueva York: WW Norton, 1987.
- Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. *Paradox and counterparadox*. Nueva York: Jason Aronson, 1978.
- Pothoff K. A Swedish experience. En: Weakland J, Ray W. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Nueva York: Haworth Press, 1995; 197-98.
- Priebe S. Influence of MRI Brief Therapy on research within psychiatric settings. En: Weakland J, Ray W. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Nueva York: Haworth Press, 1995; 221-26.
- Ray W. *On paradigmatic shifts: The interactional theory & therapy of Don D. Jackson*. Disertación Doctoral. Lauderdale: Nova University, 1989.
- Ray W. Our future in the past: Lessons from Don Jackson for the practice of family therapy with hospitalized adolescents. *Fam Ther* 1992; 19(1):61-71.
- Ray W, Keeney B. *Resource focused therapy*. Londres: Karnac, 1993.
- Ray W. The interactional therapy of Don D. Jackson. En: Weakland J, Ray W. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Nueva York: Haworth, 1995.
- Ray W, Fisch R, Schlanger K. MRI then & now: Brief Therapy in context. Presentación en la Conferencia Nacional de la AAMFT, octubre. Toronto, Canadá, 1996.
- Ray W. Introducción. En: Ray W, de Shazer S. *Evolving brief therapies*. Iowa City: Geist & Russell, 1999; xviii-xxv.
- Ray W. Brief therapy with a couple in alcoholic transaction the Don Jackson Way. *J Brief Ther* 2004; 3(1):1-13.
- Satir V. *Conjoint family therapy*. California: Science & Behavior Press, 1964.
- Satir V. The family as a treatment unit. *Confina Psychiatria* 1965; 8:37-42.
- Satir V. *People making*. California: Science & Behavior Books, 1972.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. *Paradox and counterparadox*. Nueva York: Aronson, 1978.
- Schoss F. The case of Anna. En: Weakland J, Ray W. *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. Nueva York: Haworth Press, 1995; 85-89.

- Staff Writer. Behavioral Institute founded in the Mid-Peninsula. Palo Alto News 1958a.
- Staff Writer. Mental Research Institute Newsletter, Palo Alto Medical Research Foundation. California: Mental Research Institute, 1963; 1.
- Stanton R, Todd T. Family therapy of drug addiction. Nueva York: Guilford, 1982.
- Sullivan HS. Conceptions of modern psychiatry. Washington DC: William Alanson White Foundation, 1945.
- Thompson C. Psychoanalysis: Evolution & development. Nueva York: Hermitage, 1951.
- Watzlawick P. Anthology of human communication. California: Science & Behavior Books, 1964.
- Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Change: Principals of problem formation and problem resolution. Nueva York: WW Norton, 1974.
- Watzlawick P, Beavin-Bavelas J, Jackson D. Pragmatics of human communication. Nueva York: WW Norton, 1967.
- Watzlawick P, Coyne JC. Depression following stroke: Brief problem-focused family treatment. Fam Process 1980; 19:13-18.
- Watzlawick P. Entrevista personal con W. Ray. Grabación de audio. MRI Theoretical Foundations Project. California: Mental Research Institute, 1988.
- Weakland J. Method in cultural anthropology. Philosophy Sci 1951; 18:55-69.
- Weakland J. The essence of anthropological education. Am J Anthropology 1961; 63.
- Weakland J. Communication and behavior: An introduction. Am Behavioral Sci 1967; 10(8):1-3.
- Weakland J, Fisch R, Watzlawick P, Bodin A. Brief Therapy: Focused problem resolution. Fam Process 1974; 13: 141-68.
- Weakland J. The double bind by self-reflexive hindsight. Fam Process 1974; 13:269-77.
- Weakland J. The Palo Alto Group. En: Sillamy N. Dictionnaire internationale de la psychologie. París: Bordas, 1979.
- Weakland J. Family therapy with individuals. Presentad en Conferencia Familiar. Milán, Italia. J Strategic Systemic Ther 1981; 2(4):1-9.
- Weakland J, Ray W. Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute. Nueva York: Haworth, 1995.
- White M. Selected papers. Adelaide, Australia: Dulwich Center Publications, 1989.