

DOCE DIMENSIONES PARA ORIENTAR LA DIAGNOSIS SISTÉMICA

Matteo Selvini¹

RESUMEN

En este artículo el autor trata el concepto de diagnosis sistémica, estrechamente afín al de hipotización relacional. Un instrumento operativo clínico-teórico básico para cualquier psicoterapeuta, que ha sido discutido en una infinidad de contextos, pero generalmente de la manera anecdótica de los ejemplos clínicos o en relación a problemáticas específicas. En cambio, aquí se intenta una sistematización más general, articulando doce posibles dimensiones, útiles como guía para distintas y potenciales focalizaciones de la observación y de la intervención.

SUMMARY

In this article the author treats the concept of systemic diagnosis, which is strictly similar to the concept of relational hypothesization. It's a basic clinical and theoretical tool for every psychotherapist and it has been discussed in an infinite number of contexts, although generally either on the basis of the anecdotal evidence of clinical examples or discussing specific topics. The present study seeks to provide a wider systematization, by defining twelve possible dimensions, useful as a guide for different potential focalizations for observation and intervention.

Premisa general

Por diagnosis sistémica entiendo aquellas evaluaciones que surgen de dos elementos fundamentales:

¹ Co-responsable de la Escuela de Psicoterapia de la Familia "Mara Selvini Palazzoli" de Milán. En la elaboración de este artículo me han sido de gran ayuda los consejos y sugerencias de Stefano Cirillo, Roberto Berrini, Paola Covini y Paola Morosini.

- 1) el conocimiento de los *datos de hecho* fundamentales de la historia del paciente y de su familia. Los datos de hecho más importantes son aquellos que se presentan inmediatamente como elementos necesarios para encuadrar la descripción de un problema (acto inicial de cualquier consulta): separaciones, composición de la familia, diferencias de edad, orden de nacimiento, etc.
- 2) La observación en el aquí y ahora de cómo se relaciona la familia tanto en su interior como con el profesional que entra en contacto con ella. En consecuencia, por definición la diagnosis sistémica propiamente dicha se basa, sobre todo, en la posibilidad de observar en directo la interacción de una familia en la sala de terapia, aunque son igualmente útiles los testimonios de aquellos profesionales que entran sistemáticamente en contacto con cada uno de los miembros de la familia (otros psicoterapeutas, médicos, educadores, profesores, asistentes sociales, etc.).

La diagnosis sistémica apunta sus reflectores sobre todo al aquí y ahora de la familia (aspecto sincrónico), aunque, como hemos visto, teniendo en cuenta algunos hechos fundamentales que marcan la historia de esa persona y de esa familia (aspecto diacrónico). En esto se diferencia de otro importante sistema diagnóstico relacional: el trigeneracional, que se enfoca, en cambio, sobre la historia y los procesos de transmisión de rasgos y comportamientos a través de las generaciones, otra raíz esencial de la tradición de la terapia familia. Basta pensar en pioneros como Lidz (1963), Bowen (1978), Framo (1992), etc., que nos han hablado de transmisión de irracionalidad, indiferenciación, etc., y en toda la amplia literatura sobre los ciclos trigeneracionales (por ejemplo, del abuso sexual, o del poder matriarcal, o de la dependencia al alcohol, etc.). Es trigeneracional aquella valoración que parte de la reflexión sobre qué clase de niño/hijo ha sido el padre y, por tanto, qué modelos habrá interiorizado.

Mi elección se inspira en un criterio operativo, que nos dice que, por su mayor simplicidad, la diagnosis sistémica (o hipotetización relacional) debe ser utilizada sobre todo en la fase de consulta, es decir, en la fase inicial del tratamiento familiar, después de la evaluación de la solicitud; mientras que, en resumen, la diagnosis trigeneracional y las diagnosis individuales se vuelven operativas en una fase posterior. Muchos terapeutas familiares se niegan a recurrir incluso a la diagnosis individual, vista como “etiquetadora”: de mi punto de vista sobre este debate me he ocupado en otro trabajo

escrito paralelamente a éste (Selvini, 2006). Por el contrario, en una consulta individual la diagnosis de personalidad se vuelve operativa antes que la sistémica o trigeneracional.

La diagnosis sistémica es compleja porque históricamente se han utilizado de manera dispersa toda una serie de conceptos clave y muchos pioneros han ligado su nombre a uno de éstos. Han nacido distintas “escuelas”, no ha habido verdaderos o logrados intentos de construir una teoría unitaria, que categorizase los diferentes modos de funcionamiento de los sistemas familiares. Los intentos más específicos han sido los más frustrantes, por ejemplo, el doble vínculo en la familia del esquizofrénico (Bateson *et al.*, 1956), u otras modalidades conectadas con la familia del paciente con una determinada patología (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998). Otras clasificaciones son útiles, pero demasiado generales: embrolladas/no comprometidas (Minuchin, 1974), funcional/disfuncional (el comportamentismo y muchos otros), la interacción simétrica /complementaria (Watzlawick *et al.*, 1967), la indiferenciación (Bowen, 1978) y otros conceptos como, por ejemplo, el de “homeostasis rígida”.

En este artículo propongo una clasificación del funcionamiento según doce dimensiones no separadas y no jerarquizadas, perceptibles en un *continuum* ausencia/intermedio/ presencia, es decir, situándolas respecto de polaridades opuestas.

No tengo la pretensión de construir una teoría sistémica unificada: sólo trato de integrar, sintetizar y exponer didácticamente las tesis sistémicas.

El criterio para utilizar o privilegiar una u otra de las doce dimensiones sistémicas es el de la *evidencia* o inmediatez: aquello que se presenta muy claramente y permite una intervención sencilla, que la familia puede comprender, aceptar y realizar. Ahora procuraré ilustrar tales dimensiones.

1. DIMENSIÓN ESTRUCTURAL

Es la clásica inaugurada por Minuchin (1974), que se ocupa del organigrama de la familia en términos de jerarquías respetadas, cercanía/lejanía, fronteras y subsistemas. Permite toda una serie de estrategias operativas inmediatas. Por ejemplo, en la estructura con madre e hijo muy cercanos y padre ausente, se trabaja para aproximar al hijo al padre y apartarlo de la madre, como enseña la literatura sobre drogodependientes varones, a partir de Stanton y Todd (1982)

Los ejemplos son infinitos: en las intervenciones de nuestro grupo se trabaja para acercar a padres demasiado distantes entre sí (*prescripción invariable*, Selvini Palazzoli *et al.*, 1988), o para redimensionar a un hijo que ha asumido un liderazgo incongruente (*hermano derivante prestigioso*, Selvini Palazzoli, 1985).

Como decía antes, durante muchos años la investigación clínica sistémica ha intentado conectar una cierta configuración incluso estructural de la familia con una específica psicopatología individual: la familia del esquizofrénico (Haley, 1959), la familia de la anoréxica (Selvini Palazzoli, 1974), etc. Este programa de investigación ha fracasado porque estaba conceptualmente equivocado al realizar una excesiva simplificación de las variables en juego. Por esto hemos hablado más recientemente de la necesidad de una aproximación que relacione los tres polos: familia, síntoma y personalidad (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998).

Sin embargo, es posible distinguir unas específicas estructuras familiares que, con una probabilidad mucho mayor que la pura casualidad, se asocian a específicos síntomas o trastornos de la personalidad.

Por lo que se refiere a los síntomas, encontramos un ejemplo clásico en los estudios sobre las familias psicósomáticas (Minuchin, 1974; Onnis, 1981) caracterizadas por la evitación del conflicto y otras peculiaridades. En cuanto al trastorno de personalidad, podemos decir que, en general, una estructura muy *paritaria* de las relaciones familiares (ausencia de fronteras y jerarquías, precoz pero inestable responsabilización de los hijos, intercambio de roles entre padres e hijos, madre e hija que parecen hermanas...) es observable en presencia de una patología de la personalidad, sea de los padres, sea de los hijos, del área dramática, tanto *border* como *histriónica*.

En cambio, un rasgo de personalidad de tipo narcisista se puede a menudo observar asociado con una historia en la que este hijo (se trata con mayor frecuencia de varones) ha sido excesivamente admirado, a veces casi mitificado, en un contexto de sumisión de uno o ambos padres a esta pequeña “divinidad”. Piénsese, por ejemplo, en un paciente nuestro, hijo único del segundo matrimonio de un viudo prestigioso, el cual se había casado con una mujer más joven, dedicada a vivir sólo y exclusivamente para su marido y su hijo. Será suficiente decir que los hermanos del primer matrimonio, mucho mayores, habían benévolamente apodado al pequeño como “el Duque”.

Tampoco hay que olvidar que nunca se puede establecer un vínculo de causalidad lineal entre rasgos de personalidad y configuraciones familiares, dada la naturaleza

compleja de estos fenómenos. Por ejemplo, es frecuente observar la presencia de rasgos narcisistas también en ausencia de “adoración” interna a la familia: su desarrollo parece entonces estar más conectado a una reactividad defensiva respecto de sentimientos de inferioridad (*revancha narcisista*, Di Maggio-Semerari, 2003, p. 313).

Un problema que quiero tocar en este artículo, aunque sin profundizar en él, es el de cómo pueden estudiarse y observarse estas doce dimensiones. La dimensión estructural es aquella más directamente visible a través de la consulta familiar misma, por ejemplo, por medio de los comportamientos no verbales: cómo se sientan las personas, quién toca a quién, quién mira a quién, nos da una primera e inmediata percepción de los subsistemas en la familia. Análogamente bastan, en general, pocos minutos de conversación familiar para tener una buena medida de la cohesión de la pareja paterna. Una fuente de interesantísimas observaciones sobre la estructura familiar viene dada por el descubrimiento de cómo está hecha la casa y, sobre todo, quién duerme con quién y dónde. Por ejemplo, aún recuerdo al hijo único drogodependiente de un rico empresario separado de su mujer que, en un ático de doscientos metros cuadrados, no tenía una habitación propia y dormía en la cama de matrimonio de su padre. O a aquel padre que magnificaba a su acomodada familia, aunque tampoco él había tenido nunca un cuarto propio y dormía en el apartamento del primer piso con su abuela.

2. DIMENSIÓN DEL JUEGO DE PODER

Es aquella clásicamente *estratégica* que parte de Haley (Madanes, 1981) y llega a *Los juegos psicóticos de la familia*. Aquí los conceptos básicos son los de alianza, coalición, triángulo perverso, instigación, embrollo, pareja en punto muerto y desvinculación.

Esta dimensión, junto a la estructural, representa históricamente la base de la terapia familiar y las dos dimensiones están a menudo tan estrechamente entrelazadas que resultan difícilmente distinguibles. Sin embargo, la dimensión estructural subraya más la disposición de las relaciones en el espacio afectivo de la familia, mientras que aquella estratégica subraya, en cambio, la vertiente cognitiva. Esto no obsta para que, si tomamos un tema central como “¿Quién manda en la familia?” (es decir, el *liderazgo*), podamos considerarlo estructuralmente como “¿Quién ocupa el espacio en el vértice de la jerarquía?” o estratégicamente como “¿Quién ha ganado la guerra por el poder?”.

Un tema clasiquísimo, también transversal a las dimensiones de la estructura del poder, es el de la *triangulación*. Con este término nos referimos a cómo la relación entre dos miembros de la familia influye en un tercer familiar. La triangulación también podría ser considerada una decimotercera dimensión. El ejemplo más clásico es el del efecto sobre el hijo del conflicto de pareja, a menudo definido como instigación. Pero los ejemplos son innumerables; piénsese en el trabajo de Bowen (1978) sobre su propia familia para combatir la tendencia de sus miembros a hablar entre sí de un tercero, utilizándolo para disminuir la tensión entre ellos y sin hablar nunca directamente con esta tercera persona. Haley (1969) define, en cambio, como “triángulo perverso” la alianza entre un padre y un hijo contra el otro padre. En los últimos años Fivaz-Depeursinge y Favez (2006) han llevado a cabo interesantísimas investigaciones sobre la triangulación a través del estudio de la interacción padre-madre-niño.

De la dimensión del poder se pueden encontrar muchos ejemplos recogidos en mi *Reinventar la psicoterapia*, como en la introducción (p. 25) el caso Cremonini, buen ejemplo de triángulo perverso entre un padre y una hija, que es instigada por él contra la madre (pintada como inepta y enferma), pero a la vez enredada –*embrollada*– (en la ilusión de tener una relación realmente privilegiada con su padre).

Esta dimensión está históricamente ligada en el plano del tratamiento con las paradojas (intervenciones provocadoras indirectas) o con el desvelamiento (intervenciones provocadoras directas, preguntas terribles, etc.).

De la temática de la desvinculación del joven adulto de la familia se ha ocupado en particular Luigi Cancrini (véase su libro, con Cecilia La Rosa, *La caja de Pandora*, p. 55 y ss.).

Junto a aquella afín de la justicia, la dimensión del poder es fundamental para la identidad del terapeuta sistémico. En efecto, la experiencia clínica a menudo nos ha llevado a entrar intensamente en realidades donde quien tiene menos poder y sufre injusticias es el llamado *paciente designado*. De hecho, con frecuencia hemos observado una correlación entre síntomas e injusticias: herencias inicuas, maltratos y violencias, exclusión de importantes secretos (Selvini, 1994), marginación en el interior de la familia (el hijo de nadie), etc.

Sin embargo, una vivencia excesivamente viva de vengador o justiciero (tal como la neutralidad total) es del todo destructiva del rol terapéutico, en cuanto tiende:

- 1) a subestimar el rol activo del paciente;

- 2) a descuidar la gravedad del sufrimiento de los familiares, antes o después de la aparición de los síntomas.

Por tanto, respecto del poder, el terapeuta debe, ante todo, trabajar sobre sí mismo, encontrando ese difícil equilibrio entre omnipotencia (la ilusión de curar siempre y a todos con las propias fuerzas) e impotencia (juzgar a todos demasiado graves, poco motivados, el contexto inadecuado, etc.). Luego, deberá llevar ese mismo equilibrio a los pacientes y a las familias, en la redistribución del poder y de las responsabilidades.

Históricamente estos dilemas clínicos y éticos han sido abordados hablando de “neutralidad” o de “curiosidad”. Conceptos que hoy me dejan bastante perplejo, porque corren el riesgo de avalar eventuales dificultades del terapeuta a implicarse de verdad en la relación con los pacientes y sus familias. Ciertamente, también existe el riesgo de que el terapeuta se involucre o hiper-involucre de manera errónea e incluso iatrogénica, cayendo en el juego de uno contra los otros, reproduciendo esquemas hiperprotectores, etc. Sin embargo, un terapeuta inteligente e intuitivo, pero que se mantiene emocionalmente distante, no será casi nunca un buen terapeuta, y decepcionará a quien intente confiar en él. En la observación de esta dimensión del poder, las indagaciones más clásicas conciernen al liderazgo, es decir, a la reconstrucción de cómo se toman en la familia las decisiones más importantes, a partir de aquella de venir a la terapia, para luego tocar la decisión de casarse, tener un hijo, dónde vivir, etc.

3. DIMENSIÓN DEL CONTROL

Se trata de la clásica valoración de cuánto saben hacer los padres para respetar las *reglas*. Sobre el tema hay una vasta literatura psicopedagógica, con textos como *Si me quieres dime no* (Ukmar, 1997), o *Los noes que ayudan a crecer* (Phillips, 1999).

En la tradición sistémica (y no sólo en ella) es muy evidente cómo las familias de los drogadictos han sido evaluadas, desde este punto de vista, como habitualmente deficitarias respecto de esta dimensión del control (o rol guía, o “mastering”) paterno. De aquí las clásicas prescripciones a los padres para la desintoxicación en casa del hijo, o los comprometidos programas de implicación paralela de los padres en los programas de algunas comunidades; de aquí la fuerza misma de una consulta familiar como hecho que, en sí mismo, favorezca la recuperación de una paternidad deshilachada.

En el polo opuesto de esta dimensión, por ejemplo con la anorexia restrictiva, nos medimos tradicionalmente con los excesos de una paternidad controladora, sobre todo en el tema alimentario. De aquí las prescripciones, desde las sesiones preliminares, de disminuir el control directo de los padres sobre la alimentación de la hija y sobre toda su vida en general. A través de intervenciones educativas directas o experiencias que hagan vivir su absurdidad (piénsese en las terapias de Minuchin en que, en presencia del terapeuta, los padres debían inducir a la hija a comer).

Es muy interesante valorar también cuánto controlan los hijos a los padres; piénsese en toda la vasta literatura sobre la implicación de los hijos en los problemas de sus padres. Véase el enunciado de Mara Selvini Palazzoli y colegas en *Paradoja y contraparadoja*: “La pretensión simétrica de *reformar* a los padres constituye el núcleo, quizá el más importante, de los trastornos adolescentes, incluidos los psicóticos” (p. 119).

Es evidente la conexión entre la dimensión relacional del hipercontrol y todo el *cluster C* del DSM (dependientes, evitadores y obsesivos). Sin embargo, el control es un tema demasiado genérico: si se quiere distinguir, desde este punto de vista, las tres categorías del *cluster C*, se podría hablar de *control hiperprotector* para los dependientes (o simbióticos); *control basado en la crítica, en “hacer avergonzar”* para los evitadores, y *control sobre el exceso de reglas y disciplina* para los obsesivos. Esta dimensión es fácilmente observable en la actitud de los familiares hacia el problema. En relación con la falta de control, no se habrán dado cuenta o lo habrán minimizado largamente; por el contrario, en el exceso de control habrá hecho saltar la alarma ya por hechos muy modestos, poniendo en marcha la que parece ser una profecía que se autocumple. Una tercera modalidad, también típica, es la de las continuas oscilaciones entre desinterés e hipercontrol (vinculable con aspectos desorganizados de la personalidad del paciente).

4. DIMENSIÓN DE LA PREOCUPACIÓN

Se trata de una dimensión que emerge con evidencia cuando se sondea cuánto están preocupados los padres por un problema de un hijo. Hay aquí analogías con el tema estructural de la distancia/cercanía y con el del control; pero la dimensión de la

preocupación pone de relieve una polaridad emotiva, más que directiva, en la paternidad.

Esta dimensión es particularmente útil y operativa en las primeras entrevistas, donde es observable en sus dos polaridades opuestas: por un lado, la minimización del problema (que puede manifestarse en los dos subtipos del distanciamiento/indiferencia, o de la hostilidad/hipercriticismo); y, por el otro, la *dramatización*.

En los dos casos está claro el rol de reequilibrio que deberá desarrollar el terapeuta de maneras contrapuestas: respecto de la minimización, deberá encontrar la técnica más eficaz para hacer resaltar la realidad y la entidad del problema. En mi artículo *Técnicas de toma a cargo de un paciente no solicitante* (Selvini, 2003) he ilustrado, al respecto, el tema del *reconocimiento del sufrimiento* y del uso de las etiquetas diagnósticas. Es frecuente, en mi práctica, el subrayado de la diagnosis de anorexia frente a una paciente y a una familia que, por costumbre, de maneras diversas, convergen en trivializar el síntoma, ya sea la paciente negando la propia obsesión alimenticia o los propios comportamientos de eliminación como el vómito, ya los padres explicándolos acaso como una simple reacción caprichosa habitual en sus coetáneos. Por el contrario, reafirmar una definición de enfermedad puede ser el primer paso para ayudar, tanto a la chica como a sus familiares, a admitir la presencia de un estado de sufrimiento.

También pueden formularse hipótesis de técnicas diversas, en presencia de descripciones centradas en la pura “maldad” u oposicionismo del paciente; puede ser útil subrayar una cierta dificultad psicológica específica, por ejemplo la incapacidad de pedir ayuda incluso en momentos de grave dificultad, o un serio déficit de regulación e integración emocional (definición psicológica, esta última, adecuada para el área *borderline*).

En cambio, respecto de la polaridad opuesta caracterizada por la dramatización, estamos llamados a utilizar técnicas de contención de la ansiedad, como típicamente la connotación positiva (obviamente respecto de las áreas donde paciente y familia demuestran tener de verdad buenos recursos), el subrayado de una prognosis favorable y, más en general, la asunción de algunas responsabilidades y un rol guía.

Respecto de esta dimensión (incluso junto a otras), podemos retomar la clasificación de Minuchin en familias no comprometidas o *desligadas* (poca dramatización, distancia interpersonal, poco control) y enviscadas o *aglutinadas* (excesiva intensidad de la relación, exceso de control).

5. DIMENSIÓN DEL CONFLICTO/COOPERACIÓN

Podemos encontrarnos frente a familias (o parejas) muy conflictivas u otras, al contrario, donde el conflicto está totalmente inhibido, o realmente ausente (en los límites fisiológicos de la norma).

No retomaré aquí todas las técnicas inventadas por el movimiento familiar sistémico para tratar de mediar en conflictos excesivos. Un ejemplo clásico es el de la prescripción “días pares y días impares” (Selvini, 2004, p. 16).

Las técnicas para desinhibir el conflicto se basan, en cambio, en la movilización del miembro/de los miembros “down” en la relación. Las paradojas sobre el sacrificio del paciente pueden ser leídas en la óptica de esta dimensión: ayudar al paciente a dejar el poder patológico del síntoma para combatir a cara descubierta.

Un problema clásico de la terapia familiar sistémica ha sido el de partir del presupuesto de que, allí donde había un *paciente designado*, había siempre un conflicto de la pareja paterna, abierto o encubierto (Framo, 1965, p. 182). Este prejuicio, que luego se reveló errado, ha sido fuente de muchas estériles o dañinas *provocaciones terapéuticas*. En realidad, la investigación clínica ha demostrado la existencia de familias donde la relación conyugal puede ser satisfactoria, pero la paternidad pésima. Véanse sobre todo los estudios de Linares y Campo (2000) sobre las depresiones. Una diagnosis sistémica no estereotipada o preconfeccionada exige entonces identificar cuáles son las áreas o los subgrupos más conflictivos de las familias, y dónde, en cambio, encontramos buenos recursos en la capacidad de cooperar/colaborar.

Implícitamente, la terapia familiar, con la convocatoria colectiva, siempre se ha situado en el ámbito de una intervención que apuesta “en sí misma” por la salud. Operativamente, en las primeras entrevistas para una consulta relacional o para un familiar no solicitante, la factibilidad de un encuentro conjunto con todos los interesados es, sin más, un importante elemento pronóstico favorable.

En esta dimensión se sitúa toda la reflexión sistémica sobre qué favorece la colaboración activa en terapia, debate relativamente reciente, dado que hasta los años ochenta han prevalecido modelos intervencionistas poco proclives a la dimensión cooperativa.

Una clásica prescripción de las primeras fases de una terapia de pareja, orientada a hacer emerger las capacidades residuales de colaboración en positivo, es la de invitar a los cónyuges a escribir, para la siguiente sesión, cada uno por su cuenta, actividades comunes que siguen siendo agradables.

La comprensión de cuán abierto o encubierto (o ausente) es el conflicto es decisiva para una buena diagnosis sistémica. Éste es uno de los motivos que ha llevado a redimensionar, con el tiempo, las sesiones familiares conjuntas, para utilizar convocatorias que favorecieran el surgimiento de temas no inmediatamente compartibles.

6. LA DIMENSIÓN DE LA EMPATÍA Y DEL CALOR

Aquí estamos en la dimensión de la aceptación del otro o, más específicamente, de la aceptación del hijo, polaridad opuesta a la de la hostilidad (véase el último libro de Paola Di Blasco *Entre riesgo y protección. La evaluación de las competencias parentales*, en particular la reseña de la literatura de Chiara Ionio, p. 60). No es lo mismo que el aglutinamiento, porque una estrecha cercanía puede estar también hecha de control, ansiedad, hostilidad, conflicto, competición, etc., es decir, de una dimensión emocional alejada de la aceptación.

Los alumnos más jóvenes de las escuelas de psicoterapia corren el riesgo de hacer un uso excesivo de esta dimensión de la hipotización: el hijo sufriente tiene padres poco atentos a sus necesidades reales, un cuidado formal, o imitado, etc. Sin embargo, ideas tan sencillas no sirven de nada; es más, son nocivas, porque crean una estereotipada negatividad hacia los padres. Al contrario, cuando en el curso de una terapia familiar logramos ayudar de verdad a un padre a tomar conciencia de su distanciamiento, de su intolerancia, de su hipercriticismo en relación a su hijo, desde antes de que desarrollaran los síntomas, y a la vez reconstruimos sus razones, conectando su historia de hijo con aquella de la nueva familia, entonces habremos hecho de verdad un trabajo sobre la empatía. En efecto, hay un fuerte vínculo entre empatía y trabajo trigeracional.

No me resulta fácil citar ejemplos sistémicos clásicos sobre la utilización operativa de esta dimensión. Mara Selvini Palazzoli, en la fase de su distanciamiento del psicoanálisis, polemizó mucho sobre el hecho de confiarse excesivamente en el amor en la curación de los pacientes (véase, por ejemplo, la hermosa película de Risi, de 1968,

Diario de una esquizofrénica, inspirada en una verdadera terapia de una psicoanalista, Marguerite Sécheraye). Sin duda, los sistémicos han caído en el exceso opuesto de la provocación y de la brevedad.

Sin embargo, hace ya muchos años hablábamos del terapeuta sistémico entre la “caza” y la “cría” (*Los juegos psicóticos en la familia*, p. 257)², términos vagamente veterinarios, pero que empezaban a dar legitimidad a tratamientos más largos de las diez sesiones del modelo original y a la introducción del concepto del *maternaje*, de matriz psicodinámica. Es una dimensión aún por profundizar. En general, en la tradición sistémica parece que hubiera prevalecido una identidad más bien “distante” del terapeuta. En este sentido van la fuerte directividad de Minuchin, las técnicas hipnóticas (Milton Erickson) y estratégicas (Haley), las terapias breves, provocativas, paradójicas, la fuerte preocupación por “no caer en el juego de la familia”, hasta el filón narrativo y constructivista, que sigue en la línea de dosificar o frenar la implicación personal del terapeuta. Podemos preguntarnos si también en el futuro la identidad del terapeuta sistémico familiar continuará siendo tan *técnica* o si está evolucionando. Véase también mi propuesta, en *Reinventar la psicoterapia* (Selvini, 2004), de sustituir la ambigua directiva *connotación positiva* por aquella de *benevolencia* (p. 235). En general, me parece que está disminuyendo mucho el énfasis en la brevedad de las terapias: máximo de diez sesiones (Selvini Palazzoli *et al.*, 1975) o veinte (Boscolo, Bertrando, 1996).

7. DIMENSIÓN DE LA COMUNICACIÓN Y DE LA METACOMUNICACIÓN

Desde siempre hemos valorado la cantidad de la comunicación (mutismo *versus* logorrea) y la calidad de la comunicación con los clásicos conceptos de la *Pragmática*: confirmación, rechazo, desconfirmación, doble vínculo, claridad, confusión, etc. Así como también se ha trabajado sobre la metacomunicación, es decir, sobre la capacidad de los miembros de la familia de comunicarse sobre relaciones, sentimientos, etc. Las evaluaciones sobre esta dimensión han producido prescripciones clásicas, por ejemplo, orientadas a atacar las áreas de tabú comunicativo en la familia. Véase el caso Casanti de *Paradoja y contraparadoja*, donde la familia nuclear de la anoréxica no puede hablar mal del clan, de aquí la prescripción del ritual vespertino en que cada uno de los cuatro

² El autor se refiere al *terapeuta “cazador”* y al *terapeuta “nodriza”*, términos utilizamos en la versión en castellano de *Los juegos psicóticos en la familia*. Pag. 254 (N.E.)

miembros debe hablar del clan durante quince minutos: con la prohibición absoluta de interrupción. En años más recientes, la influencia de Bowlby (1988) y de la teoría del apego ha enriquecido y renovado esta dimensión con los conceptos de competencia autobiográfica y de alteración de las memorias de apego. Gracias a esta aportación, por ejemplo, hemos empezado a valorar también en este sentido, como fundamental para la diagnosis sistémica (aunque en la dimensión más trigeracional), contenidos y emotividades de la descripción de la propia familia de origen por parte del padre de un paciente.

Otro uso históricamente importante de la comunicación es el de la psicoeducación (*emotividad expresa*) (Leuff, Vaugan, 1985), que ha utilizado la evaluación del tipo de comunicación en la familia (aunque respecto a cualidades como hipercriticismo e hiperprotección, que remiten a otras dimensiones) como criterio para prevenir las recaídas de los pacientes graves.

La clásica área de los secretos (individuales o internos) es parte fundamental de esta dimensión (Selvini, 1994).

Como decía respecto del conflicto, al evaluar el funcionamiento de una familia es muy interesante observar cómo cambia la actitud comunicativa de las distintas personas según el contexto de la convocatoria: individual, de la fratría, de toda la familia, etc. También por esto es fundamental variar las convocatorias; de otro modo, para dar un ejemplo, nunca habríamos podido observar cómo aquella chica anoréxica, arrastrada de mala gana a la terapia, halaga a su padre en la sesión colectiva, mientras que a solas lo critica con dureza. Este *doble juego* se observa a menudo también con las parejas que vemos por el problema de un hijo: recíprocamente sonrientes en las sesiones familiares, desprecio y rencor por separado.

Tanto para evaluar como para modificar las capacidades comunicativas en la familia es oportuno variar las técnicas de conducción. La técnica directiva, es decir, aquella en la que todos hablan con el terapeuta y nunca entre sí, parece oportuna sobre todo en las primeras sesiones y, en general, con las familias más caóticas y conflictivas. Sin embargo, muchos terapeutas (véase, por ejemplo, Maurizio Andolfi, seminario en la *Escuela de Psicoterapia de la Familia Mara Selvini Palazzoli* de 7 de octubre de 2006) utilizan desde los primeros encuentros la técnica de favorecer, aunque sobre la base de una tarea precisa, el diálogo en la sesión entre los miembros de la familia. Otras técnicas son aquellas de las tareas a desarrollar en la sesión, por ejemplo las *esculturas* (Onnis,

1988) o la *mochila* (Canevaro, 2006). Por último, las tareas para el hogar, es decir, las prescripciones y los rituales.

8. DIMENSIÓN DE LA CLAUSURA/APERTURA HACIA EL EXTERIOR

En general, se estima que la clausura se asocia con menores recursos y prognosis más negativa. Es emblemático el caso de la familia incestuosa, aislada del contacto social y ambiental. Éste es el ámbito típico de los secretos internos colectivos: toda la familia sabe, pero nadie fuera debe saber.

En la diagnosis familiar es importante evaluar la calidad de los vínculos de los padres o de la pareja hacia sus respectivas familias de origen, hacia la red de las amistades y respecto de una implicación también personal/afectiva en los compromisos laborales y/o sociales. Esto permite valorar, además, el nivel de cohesión de la pareja y su paritarismo. Hoy esperamos encontrar familias que estén más volcadas al eje de la familia de origen materna y en las que la mujer aún sea el perno de la vida amical familiar. Por tanto, es interesante observar las más notables diferencias respecto de este modelo esperado: por ejemplo, una mujer y madre que tiene nulo o escaso trato con su propia madre, o una pareja inseparable que vive en función de sus hijos con escaso trato con las familias de origen y sin ninguna red de amigos. Los modelos “atípicos” son muchísimos: por ejemplo, el modelo “japonés” de ese padre que vive para su trabajo mientras la madre lo hace para sus hijos. Aquí, la dimensión clausura/apertura se junta con la estructural, que es siempre la base de cualquier hipotización relacional.

Al nivel del equilibrio paritario de la pareja, podremos evaluar si las visitas familiares y las redes sociales de amigos son todas y sólo de uno de los cónyuges. Es típico el caso del miembro de la pareja *pobrecillo* afiliado al clan familiar y amical del miembro dominante o asistente.

Esta dimensión puede ser conectada con aquella de la territorialidad de la residencia, en cuanto favorecedora o no de las aperturas hacia el exterior. En el área rural italiana, a menudo la residencia sigue estando influida por el modelo patriarcal de vivienda en torno o dentro de la granja o la casa de campo paterna. Este fenómeno puede crear un enfrentamiento con la más moderna orientación familiar sobre el eje materno. En efecto, he formulado la hipótesis de que esta residencialidad patrilínea puede constituir un

factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos o comportamentales en este tipo de familias “arcaicas” (Selvini, 2000).

9. DIMENSIÓN DE LA RESPONSABILIZACIÓN

Una específica cualidad de la relación paterno-filial es la de la adultización *versus* infantilización. Esta dimensión puede verse también en la relación de pareja y concierne al clásico tema sistémico (*Pragmática de la comunicación humana*) de la *escalada complementaria*: cuando uno de los dos cónyuges se vuelve cada vez más responsable, competente, activo, poderoso y líder, y el otro cada vez más irresponsable, incompetente, pasivo, impotente y gregario. En la práctica clínica, el ejemplo más típico de esta dimensión sistémica proviene del tratamiento del alcohólico adulto y casado. En la tradición de los *Alcohólicos Anónimos* se acuñó, para las esposas de los pacientes, la apropiada definición de *co-dependencia*, precisamente para indicar la necesidad de estas mujeres de seguir recibiendo la importante *revancha narcisista* de sentirse la beneficiosa ancla de salvación para una persona en graves dificultades. De este modo, los propios límites, fragilidades y dificultades pueden ser del todo olvidados en la grandeza heroica de la empresa salvífica, que luego se degradará a asistencial. Es justamente un círculo disfuncional de la escalada complementaria dentro de la cual el alcohólico se siente y vuelve cada vez más desresponsabilizado y, por tanto, inútil, incapaz, etc.

En la práctica sistémica esta dimensión valorativa remite al *presupuesto de competencia* (Leonardi y Viaro, 1990) y, más en general, a todas las intervenciones de evaluación de los recursos de los miembros del sistema que aparecen *down*, es decir, marginales y descalificados. En efecto, una técnica *sempervirente* de conducción de las sesiones familiares (en especial de las primeras sesiones) es la de no aceptar las señales implícitas o explícitas encaminadas a predefinir a éste o aquél miembro como competente/incompetente, capaz/incapaz, etc. El terapeuta sistémico se propondrá con un estilo muy igualitario, dando a todos la palabra de manera equitativa, frenando a quien se sitúa como dominante y estimulando a los más pasivos y silenciosos. Una estrategia invariable que apunta a probar la rigidez del funcionamiento familiar.

10. LA DIMENSIÓN DE LA JUSTICIA

Esta dimensión hace referencia sobre todo a Boszormenyi-Nagy (1981) y al tema de la equidad de los intercambios en la relación. Especialmente en la pareja puede *medirse* la contribución de los individuos al bienestar familiar desde el punto de vista de la presencia/ausencia, de la fatiga en la gestión, del dinero, y en la proporción entre dar y de recibir (también atención, tiempo, escucha, etc.). El tema del sacrificio es importante porque se estima que quien sufre una injusticia relacional corre más riesgo de desarrollar un síntoma o de convertirse en tóxico para el otro (el concepto de legitimidad distribuidora o síndrome de resarcimiento). Ya he hablado de ello a propósito de la paralela dimensión del poder (si sufro una injusticia es porque soy o me siento impotente).

El tema del sacrificio, en especial en referencia a las madres de las anoréxicas, fue tratado en *Muchachas anoréxicas y bulímicas* (Selvini Palazzoli *et al.*, 1998). Esta dimensión es particularmente relevante en las parejas consolidadas donde un adulto desarrolla una patología importante (depresión, alcoholismo, psicosis). Se ha observado a menudo que el paciente puede tanto haber sufrido injusticias (por ejemplo, es típico que una mujer haya sufrido injusticias machistas), como haber aceptado privilegios y protecciones que, a la larga, hacen de él un despreciable parásito. Una madre puede haberse dejado robar (depredación) a su niño (Linares y Campo, 2000; Selvini, 2002).

En cambio, cuando el hecho de dar o pedir demasiado se refiere a la relación padres-hijos, esta dimensión se parece mucho a la anterior de la adultización/infantilización. Sin embargo, la focalización sobre la justicia subraya aspectos en parte distintos, donde la salud mental está conectada con la capacidad de reconocer y, por tanto, defender los propios derechos. La desigualdad del intercambio es inevitable y fisiológica en muchas relaciones, pero debe ser reconocida de forma que pueda ser *contenida*, o conscientemente asumida como libre elección, o recompensada por la gratitud y la, al menos simbólica, reciprocidad. Para la serie: *¡El daño está bien, pero la burla no!* En definitiva, creemos que la salud mental tiene un fundamento ético: sufrir, pero también cometer injusticias, es un factor de riesgo fundamental.

11. LA DIMENSIÓN DEL MIEDO

Estrechamente conectado con el tema de la justicia está el del miedo. El hecho de que un miembro de la familia viva en un estado de miedo en relación a uno o varios miembros de la familia determina un fuerte riesgo psicopatológico. Es típico de los casos de violencia asistida o de violencia psicológica.

Muy a menudo, con el tiempo, el miedo se transforma en odio, con efectos tóxicos tanto para quien odia como para quien es odiado. El sujeto temido, y luego odiado, es con más frecuencia un varón: un padre o un hermano.

Revisando mi casuística de los pacientes más graves, he podido evidenciar que, en al menos la mitad de los casos, el paciente había odiado a uno o a ambos padres en una fase de su vida muy anterior al inicio de los síntomas. Una vivencia de este tipo, más o menos abiertamente expresada, o estable/inestable, es casi siempre observable en los trastornos de personalidad *borderline*, antisocial, esquizoide y paranoide.

12. LA DIMENSIÓN DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES COMPARTIDAS O MITOS

Toda la familia puede compartir lo que los cognitivistas llamarían una *premisa disfuncional*. Ya hemos visto un ejemplo de ello con el caso Casanti (*Paradoja y contraparadoja*, Selvini Palazzoli *et al.*, 1975), en que toda la familia comparte el mito de la indisolubilidad del clan patriarcal, con la consiguiente prohibición de entrar en conflicto con los miembros de las otras familias. El mito pone a la joven Nora en una posición imposible: objeto de graves ataques envidiosos por parte de tías y primas, no puede reaccionar, ni ser defendida por sus padres y hermana.

En el movimiento sistémico familiar italiano, se han ocupado de esta temática sobre todo Andolfi (1987) y Onnis (1988).

En la práctica clínica me ha impresionado mucho la frecuente constatación de cómo uno o varios miembros de la familia veían de manera del todo distorsionada la realidad psico-afectiva de alguno de ellos y de las relaciones internas al núcleo. Una especie de ceguera o delirio colectivo que he definido como *desconocimiento o distorsión de la realidad* (Selvini, 1993), utilizando un concepto muy afín al de Laing (1965) de *mistificación*. Para esta observación fue para mí paradigmática la terapia con una familia cuyo padre, antes del inicio de las sesiones conjuntas, me había confesado que

desde hacía veinte años tenía numerosas relaciones con otras mujeres, algunas desde hacía muchísimo tiempo. Durante los primeros encuentros, fue sorprendente constatar cómo su esposa, con gran convicción, exaltaba la gran complicidad y entendimiento de su pareja y cómo sus hijos confirmaban este verdadero mito hablando de una pareja puesta como ejemplo por todos porque estaba *espalda con espalda*.

Conclusiones

Con cuanto he dicho no pretendo, desde luego, haber agotado las posibles dimensiones de la diagnosis sistémica. Con toda probabilidad se pueden identificar otras. También queda abierto el problema de si estas dimensiones deben situarse todas en el mismo plano, o según un orden jerárquico de inclusión o importancia. No me he ocupado de estos aspectos clasificatorios porque sólo quería proporcionar a los profesionales algunas ideas sencillas, que fueran útiles como guía de sus observaciones. Por eso, he intentado valorar sobre todo qué ideas sistémicas había utilizado o visto utilizar con provecho, o cuáles, eventualmente, se han revelado inútiles o contraproducentes.

Está claro cómo estas doce dimensiones de la hipotización sistémica están muy entrelazadas y superpuestas, pero cada una de ellas permite específicos enfoques útiles para producir observaciones mejor encaminadas e intervenciones centradas en puntos clave de las relaciones. Por ejemplo, la dimensión de la responsabilización puede ser enunciada, desde luego, en términos de estructura, juego, control, etc. Sin embargo, a veces, el tema de la adultización puede ser particularmente evidente y, por tanto, permitir una intervención terapéutica incisiva en poco tiempo.

Espero que una mayor claridad y sistematización de la diagnosis relacional o sistémica nos ayude también a avanzar en otro importante sector de investigación, el de las raíces relacionales de los trastornos de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, M., Angelo, C. (1987), *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Bollati Boringhieri, Turín.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J.H. (1956), "Verso una teoria della schizofrenia". Trad. it. en *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milán, 1988.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Cortina, Milán.
- Boszormeny-Nagy, I., Framo, J. (al cuidado de) (1965), *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Trad.it. Boringhieri, Turín, 1969.
- Boszormeny-Nagy, I., Grunebaum, J., Ulrich, D. (1981), "Terapia contestuale", en Gurman, A., Kniskern, D.
- Bowen, M. (1978), *Dalla famiglia all'individuo*. Trad. it. Astrolabio, Roma, 1979.
- Bowlby, J. (1988), *Una base sicura*. Trad. it. Cortina, Milán, 1989.
- Cancrini, L., La Rosa, C. (1991), *Il vaso di Pandora*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Canevaro, A. (2006), "Gli allargamenti familiari nel corso delle terapie individuali" (material en proceso de elaboración y publicación).
- Di Blasio, P. (al cuidado de) (2005), *Tra rischio e protezione*, Unicopli, Milán.
- Di Maggio, G., Semerari, A. (2003), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Bari.
- Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N. (2006), "Exploring Triangulation en Infancy: Two Contrasted". *Family Process*, Vol. 45, N° 1.
- Framo, J. L. (1965), *Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva*. Trad. it. en Boszormeny-Nagy, I., Framo, J. (al cuidado de) (1965).
- Framo, J. L. (1992), *Terapia intergenerazionale*. Trad. it. Cortina, Milán, 1996.
- Gurman, A., Kniskern, D. (al cuidado de) (1981), *Manuale di terapia della famiglia*, edición italiana, 1995, Bollati Boringhieri, Turín.
- Haley, J. (1959), "The family of schizophrenic: model system". *J. Nerv. Ment. Dis.*, 129, pp. 357-374. Trad. it. Pizzini., F. (al cuidado de) (1980), *Famiglia e comunicazione*. Feltrinelli, Milán.
- Haley, J. (1969), "Verso una teoria dei sistemi patologici". En Zuk, G. H., Nagy, B. (1969) (al cuidado de), *La famiglia: patologia e terapia*. Armando, Roma, 1970.

- Laing R. D. (1965), *Mistificazione, confusione e conflitto*, en: *Psicoterapia intensiva della famiglia*, al cuidado de J. Boszormenyi-Nagy, Boringhieri, Turín.
- Leff, J., Vaughn, C. (1985), *Expressed Emotion in Families*. Guilford Press, Nueva York.
- Leonardi, P., Viaro, M. (1990), *Conversazione e terapia*, Cortina, Milán.
- Lidz, T., (1963) *Famiglia e problemi di adattamento*. Tr. it Boringhieri, Turín, 1972.
- Linares, J.L., Campo, C. (2000), *Dietro le rispettabili apparenze*. Trad. it. Franco Angeli, Milán, 2003.
- Madanes, C. (1981) "Terapia familiare strategica", en Gurman, A., Kniskern, D.
- Minuchin, S. (1974), *Famiglia e terapia della famiglia*. Trad. it. Astrolabio, Roma, 1981.
- Onnis, L. (1985), *Corpo e contesto: terapia familiare dei disturbi psicosomatici*, Carocci, Roma.
- Onnis, L. (al cuidado de) (1988), *Famiglia e malattia psicosomatica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Phillips, A., *I no che aiutano a crescere*, Feltrinelli, Milán, 1999.
- Selvini, M., (1993) "Psicosi e misconoscimento della realtà". En *Terapia Familiare*, 41, pp. 45-56.
- Selvini, M. (1994), "Segreti familiari: quando il paziente non sa". En *Terapia Familiare*, 45, pp. 5-17.
- Selvini, M. (2000), "Vecchi e nuovi padri". En *Ecologia della Mente*, 2, pp. 144-163.
- Selvini, M. (2002), "Recenti sviluppi della ricerca relazionale sulle depressioni". En *Ecologia della Mente*, 25, pp. 21-39.
- Selvini, M. (2003), "Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente". En *Terapia Familiare*, 73, nov., pp. 5-33.
- Selvini, M. (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Cortina, Milán.
- Selvini, M. (2006), *Undici tipi di personalità*, (material interno de la *Escuela de Psicoterapia de la Familia Mara Selvini Palazzoli*), www.scuolamaraselvini.it .
- Selvini Palazzoli, M. *et al.* (1974), *Self-starvation*. Trad. it. 1981, nueva edición, Cortina, Milán, 2006.
- Selvini Palazzoli, M. *et al.* (1975), *Paradosso e controparadosso*, Cortina, Milán.
- Selvini Palazzoli, M. *et al.* (1985), "Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia". En *Ecologia della mente*, 3, pp. 84-103.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milán.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, Milán.

Stanton, M.D., Todd, T. (1982), *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Guilford Press, Nueva York.

Ukmar, G. (1997), *Se mi vuoi bene, dimmi di no*, Franco Angeli, Milán.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson D. D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*. Trad. it. Astrolabio, Roma, 1971.