

Fluir con el diálogo: la técnica de la terapia relacional y el arte marcial de la armonía

Esteban Laso O.

Psicoterapeuta, *coach* personal y psicólogo social
(<http://www.psicologiaenpositivo.com>)

Resumen

Desde hace algunos años, la enseñanza, la investigación y la práctica de la terapia sistémica e individual se han centrado cada vez más en la técnica. Esta orientación ha traído consigo dos desventajas: el menoscabo de la autonomía de los terapeutas (convertidos en meros practicantes de las técnicas ideadas por los investigadores) y los consultantes (cuyo cambio se atribuye a la técnica y no a sus capacidades intrínsecas), y el descuido del aspecto “interno” de la terapia, la experiencia del terapeuta, en la acertada conducción del proceso.

Para resolver este dilema sin abdicar de la técnica, indispensable para el aprendizaje y la ejecución de la terapia sistémica, propongo en este texto una filosofía relacional de la misma inspirada en el arte marcial de la armonía, el aikido. Primero, describo las características de las intervenciones eficaces y su aplicación mediante un ejemplo. Segundo, expongo los paralelismos entre las artes marciales y la psicoterapia (en tanto que ambas estudian la forma más eficiente de organizar la acción) y analizo sus implicaciones para la filosofía de la terapia. Tercero, presento un “mapa” de las cuatro posibles respuestas relacionales ante las demandas de los consultantes, tres de las cuales conducen a puntos muertos mientras que la cuarta a “fluir” con el diálogo. Finalmente, sugiero algunas pautas para manejar dichos puntos muertos en base a la contemplación de la experiencia del terapeuta y describo la postura más idónea para facilitar el cambio.

Palabras clave: terapia familiar, aikido, estados mentales, psicoterapia, técnica

Introducción

Una de las características más llamativas de la terapia es la cantidad de teorías distintas que la pueblan y animan -frente a la evidencia cada vez más numerosa de que el grueso de los cambios positivos obedece a los principios transteóricos de la alianza y el contrato terapéuticos (Lambert, 1998). La investigación sugiere que los terapeutas elegimos una línea teórica no en base a su evidencia empírica o eficacia comparada sino porque coincide con nuestra cosmovisión: los “mecanicistas” se inclinan por las terapias conductual y cognitiva, los “organicistas” por la sistémica o constructivista (Winter, Tschudi, & Gilbert, 2006). Finalmente, todo terapeuta practicante sabe que la realidad de la terapia se aparta de la pureza de los modelos teóricos: las personas casi nunca responden a las intervenciones o técnicas del modo que se supone deberían según los manuales o instructores. Las conversaciones terapéuticas son un caos que se va organizando a través del intercambio entre la familia y el interventor, no un guión predefinido que se despliega de forma lenta y predecible.

Por todo esto, en la práctica, el terapeuta se encuentra a menudo con un dilema: seguir la técnica pese a los indicios de que no está dando el resultado esperado o apartarse de ella explorando el discurso de los consultantes a riesgo de perder su línea directriz. En términos más generales, ha de decidir si trabajará ante todo aplicando un manual o teoría determinada; y si es así, qué teorías o manuales han de ser.

Este problema se puede abordar frontalmente, proponiendo diversas teorías sobre el cambio y la etiopatología de los trastornos vinculadas a técnicas que se ponen a prueba para aceptarlas o descartarlas según su eficacia y fertilidad; lo cual ignora la necesidad de que coincidan con la cosmovisión del terapeuta para que éste se avenga a adoptarlas. Pero también puede abordarse dando un rodeo, analizando la filosofía que subyace al universo de intervenciones posibles en pos de los requerimientos que deberían satisfacer.

La ventaja de este planteamiento es que se aplica independientemente de la teoría que emplee el terapeuta para orientar su trabajo (aunque sea especialmente coherente con la que estudia los estados mentales; Laso, 2009). En este texto expongo esta filosofía y describo sus implicaciones prácticas. Resumiendo, consiste en operar de la manera más directa, sencilla, precisa y elegante, “fluyendo” con la conversación en vez de

dirigiéndola, actuando desde el centro de la experiencia misma y no sólo desde la teoría o la técnica. Por ende, privilegia la autenticidad, la espontaneidad y la cercanía experiencial con los consultantes por encima de la pureza teórica o la destreza técnica. Se inspira en las artes marciales de la armonía, particularmente el aikido, que no busca acabar con el contrincante sino con el conflicto. Permite simplificar y perfeccionar la acción del terapeuta sin perder de vista su personal impronta y estilo. Nace de una perspectiva relacional que engloba la visión sistémica al considerar la experiencia del diálogo como piedra de toque del trabajo.

Primera parte: filosofía de la intervención

Autonomía versus técnica

Desde un punto de vista relacional, independientemente de la teoría, una terapia es exitosa cuando aumenta la autonomía de las personas, menoscabada por problemas o patologías que se sienten incapaces de controlar, suposiciones sobre su identidad que las culpabilizan, relaciones enmarañadas que las confunden y desesperan, etc. (Linares, 1996). Esto no significa reducir la “dependencia” sino aprender a diferenciarla y distribuirla de manera más flexible, amplia y recíproca. Según la visión relacional, no es un problema de la cantidad de dependencias sino de su calidad; el antónimo de la falta de autonomía no es la autosuficiencia sino la interdependencia. La terapia apunta a que los consultantes dependan de diversas personas para diversas cosas, manteniendo una red social sólida, nutriente y siempre en expansión que diferencie las necesidades emocionales, sociales y biológicas para dispersarlas entre varias fuentes (Kelly, 1969); a que puedan tomar decisiones que ellos y sus “otros significativos” apoyen y respeten, confirmando una identidad positiva y saludable a través del mutuo reconocimiento (Erikson, 1984).

Por desgracia, este loable objetivo contradice implícitamente un supuesto que subyace, si no a la teoría, sí a casi toda la práctica y la enseñanza de la terapia contemporánea: el que la técnica, correctamente aplicada, es el motor del cambio. Basta revisar los estantes de una librería especializada para constatar que el lugar ocupado hace años por voluminosos tomos de teorías de la terapia está cada vez más lleno de manuales que describen paso a paso las intervenciones de elección para cada trastorno o problema; y hojear la oferta de programas formativos o de posgrado para encontrar un sinfín de

técnicas, a cuál más vanguardista y revolucionaria. Asimismo, el influyente movimiento de "psicoterapia basada en la evidencia" ha tomado como objeto de análisis no las teorías de la terapia sino las técnicas que se derivan de ellas, que son estudiadas en cuasi-experimentos y *clinical trials* que comparan su eficacia en función del trastorno, el nivel de gravedad y otras variables.

Este énfasis en la técnica responde a la pregunta típica de los aprendices de terapeuta: "en este caso, ¿qué debo hacer?" Pero, llevado al extremo, los despoja de su creatividad y autocrítica: los convierte en tecnólogos que "aplican" una técnica tras otra en la esperanza de que eso cambie a los consultantes -y que, ante el fracaso, apelan a una nueva técnica. No se trata sólo de la potencial incoherencia entre técnicas disímiles (el eclecticismo caótico). Es que cuanto más esperamos de la técnica en sí misma, más la erigimos en fetiche, otorgándole el poder que deberíamos ostentar tanto nosotros, artesanos de los diálogos orientados al cambio, como las personas que nos consultan, artífices del cambio en sus vidas. Y cuanto más nos sumergimos en este fetichismo de la técnica, menos atención prestamos a todo lo que no sean sus resultados esperados. Priorizar la técnica descalifica tanto al terapeuta como a los consultantes colocándolos en una relación complementaria que no favorece el cambio. La familia, porque tiene que seguir las instrucciones del terapeuta; y éste porque, a su vez, ha de obedecer los dictados de un manual. La técnica carcome sistemáticamente nuestra mutua autonomía (Anderson, 1997).

El colmo de esta orientación es el intento de manejar la relación terapéutica misma mediante una técnica -cuando, como es obvio, es el marco de las interacciones entre consultantes y terapeuta y por tanto también de las técnicas que se aplican (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967). Dicho de otro modo, toda técnica (el contenido del mensaje, lo digital) acaece dentro de una relación (el contexto del mensaje, lo analógico) que contribuye a (re)definir; por ende, cuando intento mejorar la relación terapéutica aplicando una técnica, convirtiendo lo analógico en digital, sólo consigo crear otro contexto, otra definición de la relación que se escapa de dicha técnica -y así *ad infinitum*.

Los terapeutas sistémicos hemos caído repetidas veces en esta trampa. Hemos metaforizado la terapia como una batalla y las familias como "sistemas homeostáticos" que necesitan de un brusco empujón para "dar el salto". Las hemos confrontado,

triangulado, intensificado sus conflictos, provocado, prescrito sus síntomas, sometido a contraparadojas, reenmarcado, reestructurado, desvelado sus juegos psicóticos, externalizado sus problemas... Incluso las hemos “normalizado”, “reconocido”, “elogiado” y “connotado positivamente”, haciendo gala de una inusitada ceguera relacional. Para que un mensaje reconecedor surta efecto tiene que ser genuino; si se emite con la intención de que surta efecto deja de ser genuino -y, por ende, fracasa.

Más en general: cuando "aplico" una técnica dada sin que la relación mejore no es porque la haya hecho "mal" sino todo lo contrario: la he hecho tan "bien" que he olvidado vincularme con mi consultante a través del interés genuino -que no es una técnica sino un fin en sí mismo. Si me intereso "genuinamente" por alguien con miras a conseguir algo, aunque sea "su" bien, ya no me intereso genuinamente sino con una segunda intención. (Por desgracia, esta paradoja ha pasado desapercibida a la mayor parte de investigadores en terapia, centrados en dar con "el" método "correcto" para tratar cada trastorno ignorando la subjetividad que lo encarna).

A este respecto, las más peligrosas del acervo de la terapia familiar son las técnicas paradójicas. A menos que se propongan en un ambiente de curiosa y juguetona exploración (como lo hacía, por ejemplo, Carl Whitaker), devienen formas de manipulación y engaño “por el bien de la familia” que reducen su autonomía (cf. Payne, 2006; recordemos que referentes de la talla de Paul Watzlawick y Salvador Minuchin admitieron en su momento que manipulaban a la gente “por su propio bien”, aunque luego se retractaran).

Técnica y visión de túnel

Un segundo, y aún menos evidente, problema de la técnica como vertebradora de la terapia es que tiende a propiciar el fracaso porque sume a terapeuta y paciente en una restrictiva “visión de túnel”. Cuando enmarcamos alguna intervención o secuencia de intervenciones como una "técnica" nos cegamos sin darnos cuenta a las infinitas oportunidades que nacen de las respuestas de los consultantes. Tendemos a considerar todo lo que no sea el resultado esperado de dicha técnica como un fracaso más o menos definitivo -no como el punto de partida de una nueva exploración conjunta. Pasamos por alto valiosas oportunidades, asideros imprescindibles para ensayar intervenciones eficaces y respetuosas, porque estamos a la expectativa de la respuesta "correcta". Al no

conseguirla, tendemos a intensificar nuestros esfuerzos de aplicarla “correctamente” y terminamos por achacar el *impasse* a la “resistencia” de los consultantes, su falta de motivación o algún otro déficit intrínseco.

Esto les sucede a terapeutas de todas las tendencias: los cognitivos que transforman el "diálogo socrático" en "¡adivine la respuesta! (o sígalo intentando)", los sistémicos que confían en que las "preguntas circulares" modifiquen por sí solas la epistemología familiar, que la "pregunta milagro" suscite un cambio irreversible o que la "externalización del problema" lo haga manejable, los humanistas que pretenden "que la persona entre en contacto con sus emociones" insistiendo en el "reflejo de sentimientos", etc. Así, el entender la propia acción como una técnica es la forma más fácil de no escuchar a los consultantes -al menos, no en sus propios términos- y de encajar sus aportes en un lecho de Procusto.

Una concepción positiva de la técnica

Sin embargo, por otro lado, la técnica es indispensable para transmitir el arte de la terapia. Sin ella, sin las indicaciones paso a paso que acompañan el aprendizaje de las conversaciones orientadas al cambio, sólo contaríamos con teorías, enfoques quizá sugestivos pero carentes de un cable a tierra, de mínimas orientaciones sobre cómo proceder, qué esperar y para qué hacer una cosa o la otra. Tampoco podríamos investigar los resultados de una teoría particular y compararlos con los de otras. De ahí que prácticamente ninguna escuela terapéutica carezca de técnicas más o menos especificadas o manualizadas (es más, ¡algunas consisten ante todo en técnicas!)

Nos encontramos, pues, con un dilema: el apego a la técnica nos hace descuidar a la persona; pero el apego a la persona, descuidando la técnica, nos sume en la confusión de no saber qué hacer, cómo o para qué.

La solución a este dilema no radica en abdicar de la técnica sino en modificar la forma en que la concebimos. Si la vemos como el principal -o, peor aún, el único- motor del cambio, si depositamos en ella la responsabilidad de producir variaciones positivas en las personas y las relaciones, nos perdemos inevitablemente de vista a nosotros mismos y a los consultantes y nos sumimos en un círculo vicioso de incomprensión, frustración y mutuas acusaciones.

Propongo, a partir de la visión relacional de la terapia, una concepción distinta de la técnica que resuelve este dilema sin denigrarla ni convertirla en fetiche, preservando la autonomía del interventor y los consultantes. La técnica es *una forma de organizar la acción del terapeuta, y por ende, la interacción con los consultantes, de modo que pueda integrar sus respuestas en términos de un objetivo terapéutico, inmediato o distante, coherente con su teoría de la terapia y derivado del diálogo con los miembros del "sistema del problema"*. No es ni más ni menos que eso: una manera de hacer las cosas paso a paso, ordenada y rítmicamente, neutralizando la confusión del exceso de alternativas al tiempo que suscita alteraciones significativas e inteligibles en los consultantes y el terapeuta (cf. Keeney, 1983). Una forma de especificar una teoría de manera que sea aplicable a lo largo de una amplia gama de contextos, familias e individuos. En suma, la técnica es el procedimiento que el terapeuta usa para trazar su "mapa" del territorio que es la familia y sus relaciones.

Al contemplarla así, el terapeuta no se queda atrapado en la expectativa de éxito de la técnica sino que la emplea como un modo de vincularse con los consultantes, introduciendo un (des)orden distinto en sus formas de experimentar y comportarse que inicia la mutua búsqueda de mejoría. Se abre a las vicisitudes que cada familia o persona puedan compartir con él manteniéndose al mismo tiempo dentro del mapa, relativamente abstracto y vago, de su teoría -y sin perder de vista su objetivo, propiciar el cambio positivo. Devuelve a los consultantes la responsabilidad sobre sus vidas -y a sí mismo la de co-construir dialécticamente herramientas inéditas para propiciar la salud.

La consecuencia de esto es que debemos entrenar a los terapeutas no en aplicar técnicas sino en comprender la variedad de resultados posibles de la técnica en virtud de un punto de vista más abarcativo, compuesto en parte por una teoría o conjunto de teorías y en parte por el "conocimiento local" de la cultura en que operan. El foco de atención se desplaza, pues, de la técnica *per se* a los cambios que induce en el curso de la relación terapéutica -y a qué tanto se aproximan o alejan del objetivo del proceso. Debemos enseñarles no sólo a actuar sino a hacerlo en base a la reflexión y la autoconsciencia -y viceversa, a reflexionar en base al desenlace de la intervención. En síntesis, han de seguir el lema tan citado por Bateson (1972): "nada hay mas práctico que una buena teoría".

Principios de la intervención positiva

Esta concepción sugiere algunos principios que debe cumplir una intervención para fomentar la mutua autonomía, en los que convergen, hasta cierto punto, el sentido común y los hallazgos empíricos (Bohart & Greenberg, 1997; Kleinke, 1994).

- En primer término, las intervenciones eficaces suelen ser directas (Carpenter & Treacher, 1989): apuntan sin ambages a un tema, asunto u objetivo, siguiendo la trayectoria más corta y de menor resistencia. “Directo” no equivale a brusco, brutal o confrontativo; es llamar a las cosas por su nombre, no en el afán de escandalizar o provocar sino de verlas tal cual son: “¿cuándo empezó usted a maltratarla?” en lugar de “¿cuándo empezaron a pasar estas cosas?”

Tampoco hay que confundir “directo” con “directivo” o, peor aún, impositivo o autoritario. Esto último define la relación terapéutica de manera complementaria, menoscabando la autonomía: el terapeuta ordena tácitamente al paciente que le obedezca respondiendo a sus preguntas. Es más semejante a lo que ocurre cuando saludamos espontáneamente a alguien: devuelve el saludo de forma automática sin sentirse forzado. Hemos suscitado una respuesta directamente sin ordenarla ni colocarnos por encima del otro. Del mismo modo, el silencio cargado de intensidad que sigue a una pregunta a medio formular invita a los consultantes a responderla sin obligarlos. En vez de empujar, crea un vacío que tienden a llenar.

Cuando las intervenciones paradójicas se hacen con el objetivo de suscitar un cambio y no de identificarse con las dificultades que impiden cambiar (“sigan como hasta ahora, en estas cosas es mejor ir lentamente”) son bruscas (pero no directas) y iatrogénicas.

- Suelen ser simples: breves, comprensibles y claras (si bien no inequívocas), desprovistas de adornos, reducidas a lo mínimo indispensable. Cuanto más sencilla es la intervención, más fácil es adaptarla a cada consultante cambiando el elemento que suscita rechazo. Completar apropiadamente la oración del consultante es mejor que parafrasear todo lo que ha dicho; una broma es más simple, directa y precisa que una explicación. De paso, las bromas son un excelente ejemplo de intervención simple y directa que no es inequívoca; de hecho, causan gracia por lo que se insinúan, no por lo que expresan. Interpolada con maestría en el diálogo (y siempre y cuando no incurra en

el sarcasmo o la ironía), una broma modifica sutil pero invariablemente el tema de discusión sin imponerse sobre los consultantes.

- Suelen ser elegantes: usan el menor esfuerzo posible para obtener el máximo resultado. El terapeuta persigue la economía de medios en el logro de los fines. En general, cuanto más habla e interviene, menos elegante es, más distrae a los consultantes y mayor esfuerzo ha de invertir en favorecer el cambio. Este esfuerzo se percibe en la resistencia que induce en las personas, la fatiga que le dejan las sesiones y la frustración que las acompaña.

- Sobre todo al principio de una sesión y de un proceso terapéutico, suelen ser polisémicas, tener múltiples sentidos. Cuanto más equívocas sean las sugerencias o inducciones del terapeuta (siempre y cuando no nazcan de la confusión y sigan una línea directriz relativamente clara que apunte al cambio) más útiles, espontáneas y autónomas serán las respuestas del paciente. Cuando el terapeuta es demasiado preciso corre el riesgo de perder su relación con el consultante, que puede percibirlo como incapaz de entenderlo (“no es eso lo que quiero decir...”) Así, cuanto más inequívoco es, más riesgos corre; más se aproxima a dar órdenes y por ende a facilitar que los consultantes las desobedezcan, desautorizándolo tácitamente. Al ser confuso los induce a usar sus palabras no como instrucciones sino como indicios que destacan una porción de su experiencia y que pueden emplear para aclararse a sí mismos.

- Suelen seguir el flujo del diálogo en vez de refrenarlo o desviarlo bruscamente. Una persona dice: “cada vez que me llama mi madre, veo el número en la pantalla y me siento, no sé, como...” Si el terapeuta replica: “El ver que es tu madre quien llama te produce una sensación difícil de expresar”, corta la conversación y distrae a la persona de la experiencia que pugna por simbolizar, menoscabando su autonomía. En cambio, si apunta: “...¿malestar?” (o “¿indignación?”, etc.), le ofrece un asidero para explorar su experiencia sin distraerla, contrastándola con el término empleado. Los terapeutas experimentados redirigen las conversaciones moviendo con sutileza y lentitud su foco de atención a través de apuntes, bromas, interjecciones, gestos, etc., hasta lograr avances significativos que consolidan mediante señalamientos más explícitos que los cristalizan y fortalecen. Para ser útil y fomentar la autonomía, la técnica debe ser parte fluida del diálogo terapéutico. Y cuando lo es, deja de ser técnica: nace

espontáneamente de la interacción. Parafraseando a Harry Stack Sullivan, la conversación terapéutica es el arte de las transiciones.

- Para conseguir todo esto, las intervenciones han de surgir espontáneamente de la experiencia de la interacción más que de la mera teoría o técnica. En otras palabras, el terapeuta pone en juego su sensibilidad relacional, nacida de su experiencia de la conversación (que refleja diversos aspectos de la de sus consultantes), para afinar sus intervenciones. Así, toma en cuenta la perspectiva de los consultantes sin descalificarlos incluso aunque tenga que contradecirlos; y lo que es más importante, emplea el propio flujo de su discurso para facilitar el cambio, enlazando sus fragmentos sin interrumpirlo ni oponérsele, aprovechando su energía en vez de luchar contra ella. En lugar de dirigir, reorienta; en vez de criticar, indaga. Obra desde una postura de autenticidad genuinamente interesada en el bienestar de las personas.

Al comprender la técnica de esta manera tratamos a las personas como fines y no como medios, potenciando su autonomía y ofreciendo reconocimiento sin necesidad de esforzarnos. El foco del trabajo siguen siendo los consultantes y la relación con ellos; la técnica no es más que el medio por el cual redefinimos esa relación, desplazándola en dirección de la esperanza y la salud. La atención se desplaza de la técnica y la teoría a la experiencia inmediata de la terapia, indispensable para seguir el flujo del diálogo.

Esta forma de entender la técnica es liberadora. En lugar de amilanarnos cuando no parece surtir efecto, cuando los consultantes no responden como se supone que deberían, tomamos sus respuestas como punto de partida de nuevas incógnitas que nos acercan a su experiencia y les abren perspectivas inéditas. En definitiva, la postura de interés genuino y la concepción de la técnica como modo de organizar la acción son indispensables para cumplir con el planteamiento de Mara Selvini-Palazzoli de "circularidad, neutralidad e hipótesis" (Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980).

Viñeta clínica: cómo crear resistencia

Veamos un ejemplo de una situación potencialmente problemática y cómo podría manejarse siguiendo estos principios. El terapeuta ha citado a una pareja pero sólo asiste el marido. Hay que decidir si realizar la sesión de todos modos (a riesgo de excluir implícitamente a la esposa) o aplazarla (a riesgo de que no venga ninguno). Destaco tres

posibles intervenciones para abordar el tema, de la peor a la mejor. Luego de saludar, el terapeuta exclama:

“¿Por qué no vino su esposa?”

vs. *“Vaya... pensé que su esposa iba a venir también...”* (rascándose la cabeza ligeramente inclinada)

vs. *“...¿Y su esposa?”* (sonriendo apenas, con la cabeza ligeramente inclinada y las cejas en expresión interrogativa)

La primera, brusca e impositiva, rompe el flujo del saludo y sugiere que la pareja ha incumplido una regla por la cual la sesión no tendrá éxito; por ende, pone al marido a la defensiva, moviéndolo a justificar la ausencia o restarle importancia y generando un foco de conflicto (“resistencia”) entre consultantes y terapeuta.

La segunda, menos repentina, coloca al terapeuta (que parece lamentarse de antemano por el inevitable fracaso de la sesión) en una posición complementaria inferior que limita su maniobrabilidad. Si bien es cierto que evita la posible escalada simétrica del caso anterior, facilita la justificación desresponsabilizadora (“y ahora ¿qué hacemos?”) y arroja a los interlocutores al desierto de la desesperanza.

La tercera aprovecha el flujo del saludo para indagar por la esposa y el motivo de su ausencia, lo que permite saber qué ha sucedido antes de decidir sobre la sesión. Es un mensaje más “puro”, breve, simple y directo que preserva la postura de flexibilidad del terapeuta permitiéndole pasar a cualquier otra (desde “ah... entonces quizá no deberíamos trabajar hoy” hasta “Ya veo... ¿Empezamos?”) No es descalificador sino todo lo contrario: muestra interés genuino en la esposa, sorpresa ante su ausencia, y señala claramente que hay que resolver esta vicisitud antes de continuar.

Se ha postulado que la resistencia es en parte un efecto de la conducta del terapeuta; esto es, que puede propiciarla o dificultarla a partir de lo que comunica (Carpenter & Treacher, 1989). Desde el punto de vista relacional, la resistencia es una función de la distancia entre la experiencia del paciente y la del terapeuta; es decir, de la dificultad de éste para comprender a aquél como un ser humano auténtico, genuino y competente, lo que menoscaba la autonomía de ambos. Esto se manifiesta en dos fenómenos interdependientes: su dificultad para entender sus decisiones achacándolas a la

"estupidez", "necedad" o "terquedad" del paciente; y su incapacidad de seguir, reflejar y sobre todo hacerse cargo de sus cambios experienciales momento-a-momento.

Para suscitar resistencia, el terapeuta ha de ser autoritario, inequívoco e inexorable. Cuanto más lo haga más en riesgo pondrá la relación con los consultantes y su prestigio e influencia. Supongamos que asevera “lo que sientes es ira” o “tienes 13 pero te comportas como si tuvieras 19”; supongamos que esto no coincide con lo que sienten la persona o la familia. Lo más probable es que manifiesten sus reparos sin demasiada claridad; difícilmente se atreverán a enemistarse con el terapeuta, su último recurso en la lucha contra el problema. Pero comenzarán a desconfiar de su perspicacia y habilidad, a tomar sus afirmaciones *cum grano salis*, a dudar de sus sugerencias. Al percatarse de esto, el terapeuta seguramente intentará convencerlos de su exactitud, imponiéndoles por la fuerza de la retórica o la mera insistencia, lo cual los hará sentir aún más distantes y menos escuchados y comprendidos. Esta forma de operar es poco elegante, riesgosa y con frecuencia ineficiente, pues para que surta efecto ha de acompañarse de un gran ímpetu en convencer a los consultantes de su pertinencia o exactitud.

Segunda parte: terapia y artes marciales

Salvo contadas excepciones (como Carl Whitaker), la terapia familiar ha descuidado la relación entre intervención y experiencia de la conversación terapéutica. Por tanto, carece de un “mapa” que ayude a los terapeutas a orientarse en el irregular territorio de sus sensaciones en medio de un diálogo orientado al cambio. Para subsanar esta carencia se puede apelar a un profundo venero de saber acerca de las interacciones: las artes marciales, en especial el *aikido* (Laso, 2009; Leonard, 2000).

Las artes marciales han servido ya de metáfora en la historia de la terapia familiar (por ejemplo, Watzlawick, Weakland, Fisch, & Erickson, 1974). Por desgracia, la tradición sistémica (coherente con su raíz grecolatina) ha enfatizado una visión “agonal” que opone al terapeuta como gestor del cambio a los pacientes o las familias como sus antagonistas homeostáticos: Whitaker habla de "la batalla por la estructura", Selvini-Palazzoli de "paradoja y contraparadoja", el MRI de "estrategia y táctica", etc. Esta perspectiva milita contra la autonomía y la colaboración. En el *aikido*, paradigma de las

artes marciales “internas”, el aspecto agonal está supeditado a un orden trascendente y no dicotómico, la "armonía". No se trata de imponerse "sobre" el paciente o "vencer la resistencia de la familia", metáforas por desgracia demasiado frecuentes; se trata de unirse con el consultante, armonizarse con él, para juntos movilizar el problema a un punto en donde disolverlo.

El arte de organizar la interacción

Existe un paralelismo profundo, una esencia compartida, entre las artes marciales y la terapia. Ambas consisten en el estudio de los modos de organizar la (inter)acción para que sea lo más eficiente, eficaz y elegante posible; en dar una forma a lo informe, un sentido a lo inabarcable. Se dividen naturalmente en turnos que imponen un ritmo a la conducta: uno afirma algo o lanza un golpe, otro responde, desvía o absorbe el golpe o la frase, el primero devuelve, evita o replica, y así sucesivamente. Un arte marcial es una preparación para este encuentro con el auténtico Otro, aquel que desborda nuestras predicciones y desafía nuestras habilidades (Lee, 1972). De ahí que no pueda codificarse *ad libitum* y que siempre incluya una dosis de azar. Es, según una feliz expresión, un "diálogo no verbal" (Kreng, 2005).

Tanto las artes marciales como la terapia se relacionan con la resolución del conflicto; no necesariamente de la lucha, que es sólo una de las formas posibles de manejarlo. La mejor es a través de un diálogo genuino por el que todas las partes cambian disolviéndolo en el proceso. Si el conflicto rigidifica las identidades en virtud de la oposición, el diálogo construye identidades que trascienden la polaridad. La negociación es una forma ritualizada de lucha; el diálogo, una forma ritualizada de construcción mutua.

El papel de la técnica en las artes marciales

Aprender artes marciales consiste en aprender a estar de pie en equilibrio, sin tensión innecesaria; a moverse económica, elegante y eficientemente; a atacar, absorber los ataques, fintear y desviar. Es aprender a anticiparse al enemigo de forma que pelee contra sí mismo y que, en el mejor de los casos, deje de pelear. Para esto, se aprenden posturas, primero, y grupos de posturas, después, que se repiten incansable y constantemente para pulir sus imperfecciones (los llamados *katas*). Lo mismo sucede

con la psicoterapia: las técnicas son otras tantas secuencias de movimientos que sirven para organizar la acción. Más que usarse para generar cambios en el otro, se usan para cambiarse a uno mismo. Ningún artista marcial aplica los *katas* tal y como vienen en el entrenamiento; al contrario, crea a partir de ellos secuencias nuevas para adaptarse a sus oponentes. Sabe que el resultado de sus actos siempre será impredecible y que el poder no está en la técnica sino en su aplicación de ella; es decir, en su propia disciplina.

Esto se refleja en el manejo de las transiciones. Un artista marcial competente ejecuta las diversas técnicas de manera fluida y sin solución de continuidad; es él quien impone el ritmo del intercambio estableciendo las pausas e iniciando los ataques. Incluso puede invitar a su oponente a atacarlo -colocándolo así en desequilibrio. Lo mismo hace un terapeuta consumado: conduce la conversación, y la atención de sus pacientes y la suya propia, sin solución de continuidad ni quiebres, modificando el ritmo en función del tema y la atmósfera hasta llegar a un punto ventajoso.

Enfatizando la capacidad del interventor de adaptarse y fluir comenzamos a aprehender la terapia como arte marcial: hacer lo que se sigue de la situación una vez aprehendido su "centro", la línea directriz del discurso de los consultantes.

Salir al encuentro, mezclarse, desequilibrar: esencia del diálogo terapéutico

En *aikido*, para inutilizar cualquier agresión se sigue una misma secuencia: salir al encuentro, mezclarse, desequilibrar. En vez de paralizarse o retroceder ante la amenaza hay que moverse hacia ella, ligeramente al margen de la línea de ataque, acortando la distancia de modo que el atacante yerre el blanco. Una vez logrado el contacto hay que fundirse con la energía del ataque: eso se logra sin resistirse, girando en torno a uno mismo y continuando la dirección de su movimiento para reconducirlo fluidamente. La mayoría de amenazas se lanzan en una trayectoria rectilínea; el *aikido* transforma esta recta en una curva que desequilibra e inutiliza al oponente, moviéndolo alrededor del centro de gravedad del *aikidoka*. Igual que la visión sistémica, el *aikido* añade circularidad al choque de dos fuerzas.

En terapia se aplica metafóricamente la misma secuencia. "Salir al encuentro" es mostrar un genuino interés en el consultante y escuchar su historia con aceptación (no ingenuidad), no despreciando mis críticas y cuestionamientos sino poniéndolos entre paréntesis hasta que se vuelvan pertinentes. "Mezclarse" es aproximarme activamente a

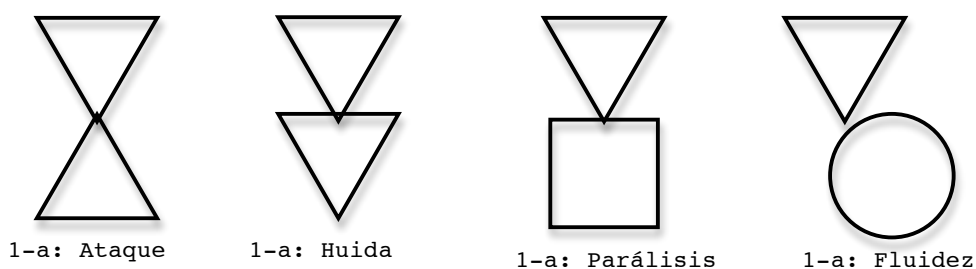
la experiencia del otro a través del reflejo que suscita en mi propia experiencia: adoptar por un momento su perspectiva sin negar ni abandonar la mía sino integrándola en ella. Al acercarme de este modo me fundo con esa experiencia, ese estado mental. Para conseguirlo, escucho con atención al consultante y hago mía su narrativa antes de responder. Contemplo lo que me ha producido, paladeándolo durante un instante -lo cual impone a la conversación un ritmo medido que favorece la reflexión y la autoconsciencia. Alcanzado un punto en común en la vivencia, lo conduzco a un nuevo y mejor equilibrio creando un vacío pregnante que la persona pugna por colmar de sentido sin verse forzada ni coaccionada.

En el fondo, mezclarse y desequilibrar son la continuación del “salir al encuentro”. Este primer paso es crucial: si no sale al encuentro de lo que propone la familia, el interventor anula su posibilidad de invitarlos al cambio, induciendo en ella o bien resistencia o bien desesperanza. El principal obstáculo para dar este paso consiste en que la experiencia del interventor deviene disonante, molesta o perturbadora; a partir de allí, tenderá a desalojarla o evitarla, reproduciendo la dinámica relacional de la familia.

La solución es convertir el malestar en punto de apoyo de sus intervenciones, reconociendo su presencia para restablecer el equilibrio, asumiendo que forma parte de la experiencia global del sistema consultante y que, por ende, ha de abordarlo para retirar las trabas al cambio. Para ello debe ser capaz de identificarlo con precisión en base a sus reacciones y las de los consultantes. Existen cuatro formas básicas de responder a una demanda. Sólo una favorece el cambio; las tres restantes configuran un mapa del posible malestar del terapeuta (tomado de Dang & Seiser, 2003).

Un mapa para fluir con el diálogo

Figura 1: Las cuatro respuestas posibles ante la demanda



La parte superior de la Fig. 1 representa a la familia o el consultante. El triángulo simboliza la energía que se lanza desde su base hacia el vértice rumbo al interlocutor; en el *aikido* un ataque, en terapia una demanda, petición o expectativa que involucra al terapeuta.

Los consultantes siempre abrigan alguna expectativa o demanda; que el interventor reduzca su dolor, por ejemplo, o que no les pregunte sobre los temas sensibles o vergonzosos; incluso, cuando vienen contra su voluntad, que los deje partir tras confirmar que “los demás son el problema”. Esta demanda, a menudo tácita, es el punto de fuga al que apunta su discurso y lo que suscita en el terapeuta un estilo determinado de respuesta.

- La primera forma de responder, representada por la Fig. 1-a, es el contraataque: la demanda se estrella con una réplica tajante, simétrica y contundente (el triángulo inferior que se lanza hacia el superior). A menudo justificada como “confrontación” o “provocación”, esta réplica tiende a culpabilizar a la familia cuestionando su capacidad, motivación o buena fe. Por lo general, la confrontación lastima a ambas partes y menoscaba su capacidad de maniobra; un choque frontal afecta siempre a ambas fuerzas. La familia se siente atacada y se defiende enrocándose en su forma de ver las cosas; el terapeuta, bajo la premisa de que “todo cambiaría si me hicieran caso”, insiste en su interpretación o sugerencia. El ritmo de la conversación se acelera, las interrupciones se acrecientan, las voces se exaltan y compiten por la primacía. El torso, hombros, cuello y cabeza del interventor se tensan, su expresión se endurece, sus ojos se entrecierran; su cuerpo parece ensancharse; al respirar agitada y superficialmente, su voz se hace más cortante y molesta. Se genera un circuito recursivo que desemboca en una escalada simétrica o en la terminación abrupta del proceso.

Suelen ser éstos éstos los terapeutas que terminan “quemados” (*burn-out*). Pueden ser muy admirados porque “lo entregan todo en la terapia”; pero quienes los admiran no reparan en el desgaste que esto representa y en que así el terapeuta se pone continuamente en posición de vulnerabilidad. Cada vez que interviene esperando una respuesta en particular, el paciente puede desenfocarlo respondiendo de un modo inesperado; y muchos lo hacen porque se huelen la celada que el terapeuta les está tendiendo (por más que sea “por su propio bien”).

En este caso, el terapeuta ha de reconocer su parte en la dinámica: se ha alejado de la experiencia de los consultantes porque algo en ella le resulta inaceptable o erróneo; en suma, contrario a sus principios y cosmovisión. Se atrinchera así en un intento de corregir directamente su conducta o forma de pensar desde una posición de autoridad frágil y forzada. Para salir del atolladero debe volver a su equilibrio y contemplar brevemente su experiencia hasta dar con el elemento inquietante, precisándolo lo más que pueda. Quizá se trate de algo demasiado cercano a una parte dolorosa de su historia; o, más probablemente, de que algo de lo que ha escuchado le suena inhumano, perverso, torpe o incomprensible. El identificarlo le faculta para aceptarlo como parte del sistema experiencial de los consultantes sin negarse ni opacarse a sí mismo. Y en base a esta integración puede usarlo como punto de apoyo de su nueva intervención. Acaso lo comparta con los consultantes (“cuando Ud. dijo eso me sentí molesto; me pregunto si alguno de ustedes siente lo mismo”); acaso sencillamente indague por su significado, raíces e implicaciones. Recupera así su capacidad de maniobra y fortalece la mutua autonomía sin refugiarse en la mera técnica.

- La segunda forma, Fig. 1-b, es la huida (el triángulo inferior que se aparta del superior). Desbordado por la demanda, el terapeuta se repliega, dejándose abrumar por la información de los consultantes y preparando en silencio su salida: a quién y cómo referirlos y en qué momento hacer un corte definitivo en la conversación. Por tanto, interviene impulsivamente, interrumpiendo el diálogo lo antes posible para realizar una derivación repentina y carente de contexto que, bajo su aparente seguridad y firmeza, deja entrever su falta de convicción. Su mutismo inicial se acompaña de una suerte de encogimiento tanto verbal como corpóreo: deja de acompañar el discurso de los consultantes con gestos y expresiones; se remueve en su asiento; su caja torácica se comprime, su voz se hace más aguda y urgente. Al percatarse de ello, la familia se siente abandonada: reflejando la desesperanza del terapeuta, sus miembros se preguntan si el experto que les ha recomendado sabrá qué hacer con ellos -o si los enviará a alguien más, repitiendo el patrón que termina por convencerlos de que son “un caso difícil”.

Es importante recalcar que no es la derivación en sí misma lo que ocasiona esta sensación de abandono sino la sensación de apocamiento del interventor que la

atraviesa. Una derivación correctamente realizada se sigue con naturalidad del diálogo de modo que sus motivos son transparentes y saltan a la vista de los interlocutores; no así en este caso, pues la verdadera razón del terapeuta, su temor, es en apariencia inconfesable. No se trata de no derivar sino de hacerlo como es debido, por la razón correcta, junto con (no por encima de) las personas.

Generalmente, el terapeuta se ve tentado a huir cuando piensa que las dificultades de los consultantes superan con creces su capacidad de afrontamiento porque son tan confusas que no se dejan asir, precisar o incluso entender. Lo irónico es que lo mismo sienten ellos, día tras día; ¡por eso están en su consulta! De nuevo, el recobrase supone que el terapeuta reconozca esta sensación de desaliento e incompetencia en vez de ocultarla, desplazarla o luchar en su contra, de modo que la contemple durante un momento. Si se debe a que la queja es como la Hidra, múltiple y cambiante -cuando cree haberle cortado una cabeza aparecen otras dos-, ha de empezar por trabajar sobre la dificultad de precisarla. Es perfectamente legítimo y aceptable que algunas familias (las llamadas “multiproblemáticas”) vayan más allá de los recursos (teóricos, técnicos, sociales, etc.) con que cuenta para atenderlas; y también que lo que necesiten, antes que un terapeuta, sea un asistente social, abogado o médico. Si el interventor asiste a la familia a trazar una hoja de ruta para su búsqueda de ayuda, evidenciando la complejidad y variedad de los problemas y ordenándolos según su prioridad y urgencia, los llevará un peldaño más arriba en su autonomía. Podrá, ahí sí, derivarlos apropiadamente con su aceptación y cooperación, dejando abierta la posibilidad de que regresen una vez atendidas sus perentorias necesidades.

- La tercera forma, Fig. 1-c, es la parálisis: un cuadrado que resiste inmutable los embates de la demanda y que simboliza la estolidez, inmovilidad y hasta terquedad del terapeuta. En lugar de contraatacar o escapar, se mantiene impávido, distante, “neutral” -en suma, “profesional”; se refugia en la técnica o la teoría y desde ellas aconseja, sugiere, amonesta o incluso adoctrina, sin comprometerse en la situación, posicionarse ante el problema o compartir la atmósfera emocional. Intenta transmitir tranquilidad, mesura y competencia; pero sus gestos y expresiones traicionan su sensación de frustración y su falta de claridad sobre la línea directriz de la terapia -carencia que trata de encubrir prescribiendo una receta o explicación genéricas. Su voz se hace monótona,

cadenciosa, incluso condescendiente; el terapeuta no ríe ni se escandaliza; con una sonrisa tibia, cruza los brazos o junta las manos y se mece ligeramente a medida que pronuncia su dictamen. La atmósfera se vuelve pesada, viscosa, gris; el tiempo se detiene, la sesión se arrastra penosamente en un tira y afloja pulcro y superficial. Sintiendo vagamente no escuchados o entendidos, los consultantes insisten en su visión del asunto aportando detalles que desmienten la sugerencia del interventor; éste, que no puede integrarlos en su receta pero que se rehúsa a dar su brazo a torcer, se limita a repetir lo ya expuesto. Puede que, refrenados por sus maneras cordiales y frías, los consultantes dejen de discutir y se plieguen a sus ideas; pero lo hacen más por agobio que por convicción.

Esta es la postura menos propicia para el cambio ya que impide a los consultantes rechazar la propuesta del interventor y evidenciar así sus errores de forma que sean corregidos; al contrario, los mueve a la complacencia, a guardar las apariencias en aras de la cortesía, a responder tibia y difusamente. No es extraño que terminen por marcharse de la sesión con el propósito expreso de seguir la consigna y la secreta intención de no volver a la consulta. Las recetas genéricas no suscitan una abierta negativa, pero tampoco convencen: ocasionan el abandono del proceso, casi siempre sin previo aviso.

En las dos posturas anteriores el terapeuta comprende al menos parte de la experiencia de la familia -que en el primer caso le irrita y en el segundo le atemoriza; en esta ni siquiera logra entenderla, aunque así le parezca. No se relaciona con sus miembros en tanto individuos sino como estereotipos, como clichés arrancados de diversos manuales. Sus vicisitudes y peripecias no le resultan del todo “reales”, plausibles o tangibles. Cuando el terapeuta no “vibra” con la familia no se vincula con ella; y por ende, lo que sea que les propone cae en saco roto porque carece de sentido al no engarzar en su marco experiencial.

Para trascender este punto muerto ha de empezar por reconocerlo y esforzarse en encontrar un asidero que lo vincule a la narración de los consultantes, prestando atención a su propia experiencia mientras la escucha, identificando las oscilaciones significativas que apuntan a una identificación más profunda con el malestar y los recursos de la familia, y amplificándolas voluntaria y conscientemente a través de la curiosidad y el interés genuino. Ha de indagar por el “¿cómo es ser esta familia?” antes

de pasar al “¿por qué es así?” o al “¿de qué manera ayudarlos a cambiar?” Sólo tras haber paladeado un fragmento de su experiencia podrá entenderlos y por ende asistirlos, sugiriendo técnicas en un espíritu de ensayo y error que nazcan no de su lectura teórica sino del “crisol” de la familia (Napier & Whitaker, 1988).

“Hara”: una descripción “interna” de la postura terapéutica

A estas tres formas corresponde una dificultad para “fluir” con el diálogo y un intento del terapeuta de rechazar, corregir o evitar los aspectos de sus consultantes que le resultan perturbadores -que se manifiesta en su manejo impulsivo y errático. Cualquiera de ellas puede transformarse en la cuarta a condición de que el terapeuta repare en el estancamiento, identifique sus raíces en su propia experiencia y tome ésta -en la medida en que refleja alguna porción del sistema consultante- como asidero de sus intervenciones.

La última forma, Fig. 1-d, representa al terapeuta “danzando” con la familia, entretejiendo cambios a medida que acompaña su relato, plenamente presente y disponible -y a la vez dueño de sí mismo, capaz de cambiar de posición según lo requiera la ocasión. El terapeuta fluye con la conversación reorientándola lenta y progresivamente en dirección de la salud y la autonomía. Y para hacerlo, toma la demanda de la familia y le añade circularidad: la hace girar en torno a sí mismo, a su “centro”, integrándola en su experiencia, y la devuelve transformada, con un énfasis y una tonalidad ligeramente distintas y cada vez más notorias, amplificando los aspectos subyugados por el problema (las excepciones, la naturaleza relacional del trastorno, el afecto debajo de las peleas, etc).

La metáfora del “centro” proviene también del *aikido*, que hace hincapié en ser consciente del propio equilibrio y en transformar las tensiones desequilibradoras, el ataque del oponente, en movimientos circulares alrededor de un estable centro de gravedad para inutilizarlo sin hacerle daño. Este centro de gravedad (un poco por debajo y por detrás del ombligo) se llama *hara*. El equivalente en terapia es el “centro experiencial”, la consciencia momento-a-momento del terapeuta a medida que se desenvuelve el diálogo, que le permite detectar los “desequilibrios” u oscilaciones (malestares, preocupaciones, inquietudes, arrebatos, etc.) que reflejan las de los consultantes. Por este *hara* pasa el terapeuta lo que le cuentan de forma que lo integra;

sus respuestas brotan no de lo que le dicen sino de lo que hace suyo a partir de lo que le dicen.

Cuando actúa desde este centro no se fija obsesivamente en los detalles (su lenguaje no verbal, creencias, patrones comunicacionales, etc.): presta atención suave, curiosa u amablemente a la experiencia que surge en él, momento a momento, ante la totalidad del otro, detectando cualquier tensión, cualquier incipiente movimiento en una u otra dirección; y sale a su encuentro sin abandonar la serenidad, perder flexibilidad ni dejarse llevar por la vorágine de las pasiones en conflicto. No trabaja desde arriba sino desde dentro de la relación. La expresión, experiencia, emoción y pensamientos del terapeuta pueden cambiar continuamente -y de hecho deben hacerlo; si se queda atrapado en un punto cualquiera tiende a imponérselo a sus consultantes creando el distanciamiento que engendra la resistencia. Lo que no cambia es el "centro invariable": como la rueda, que gira sin perder su eje, así el interventor actúa sin abandonar su equilibrio. Por ende, para redefinir la relación con el otro, el terapeuta debe aprender a redefinirla primero consigo mismo, con esa porción de su experiencia que ha rechazado por molesta, inquietante o confusa, en el curso de la conversación.

La contraparte "interna" de esto ha sido poco analizada en la tradición de la terapia familiar (exceptuando el brillante trabajo de Tom Andersen, 1991). Es la postura que adopta el terapeuta para abordar a sus consultantes y desde la cual realiza sus intervenciones; una postura de interés genuino hacia las personas de los consultantes y de gentil curiosidad (cf. Cecchin, 1987) por las variedades de su experiencia. El interés genuino se deriva de que el terapeuta ve en sus consultantes a personas que son fines en sí mismos y no medios para algún otro fin -aunque este sea el de "ayudarlas", "sentirse mejor" o "cambiar". De esta manera no las menosprecia ni idealiza. Son humanos, como lo es él: y nada humano le es ajeno, como a nadie (Laso, 2006). Su interés nace de que se vincula con ellas profundamente, desde el núcleo común de "lo humano", el reflejo de sus experiencias en él.

A partir de este interés indaga con curiosidad estas experiencias, tratando de recrearlas, darles forma y paladearlas en sí mismo y de elaborar sus intervenciones a partir de esta recreación. Escenas pasmosas, violentas, dolorosas, bizarras, absurdas, grotescas, tiernas o tristes colorean esta curiosidad sin transformarla, desplazarla o inhibirla. Si tuviera que describir esta curiosidad, el terapeuta diría más o menos: "estas personas me

abren la posibilidad, insólita y valiosa, de presenciar el milagro de la vida luchando por salir a flote entre el barro de la desesperanza: una más de las formas en que se disfraza esa chispa mágica que palpita en todos nosotros y en todo lo que nos rodea" (McDonnell, 1974).

Es una curiosidad gentil, no fría, distante o profesional; para entender a sus consultantes, el terapeuta tiene que entenderse a sí mismo en su situación. En la medida de lo posible, los múltiples dolores, síntomas, desórdenes y malestares le resultan comprensibles como respuestas lógicas en un contexto relacional determinado; y por tanto los contempla con amabilidad. Acerca de ella, diría quizá: "¿Cómo rechazar este dolor, esta reacción, esta parte de la experiencia de la persona? ¡Si también es parte de mí! Y tiene sentido como parte del todo. Ahora que la hemos bautizado y expuesto podemos contemplarla -o ponerla momentáneamente entre paréntesis mientras seguimos mapeando la experiencia de los consultantes tal y como surge en nuestra interacción. No la rechazamos ni nos dejamos invadir por ella: sencillamente tomamos nota y la dejamos estar junto con todo lo demás" (Gendlin, 1978).

Actuando desde esta postura, el terapeuta tiende a seguir espontáneamente las manifestaciones de sus consultantes, lo que preserva su mutua flexibilidad y autonomía. Independientemente de su orientación teórica o técnica, deviene un agente de cambio en los múltiples contextos en que participa. Fluyendo con el diálogo, se convierte en un catalizador relacional del bienestar.

Bibliografía

- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: WW Norton & Co.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carpenter, J., & Treacher, A. (1989). *Problems and solutions in marital and family therapy*. Londres: B. Blackwell.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity; *Family Process*, 26(4), 405-413.
- Dang, P. T., & Seiser, L. (2003). *Aikido Basics*. New York: Tuttle Publishing.
- Erikson, E. (1984). *Un modo de ver las cosas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Keeney, B. (1983). *Aesthetics of Change*. New York: Guilford Press.
- Kelly, G. (1969). In Whom Confide: On Whom Depend for What. En B. Maher (Ed.), *Clinical Psychology and Personality*. New York: Robert E. Krieger Publishing Company.
- Kleinke, C. L. (1994). *Common principles of psychotherapy*. New York: Brooks/Cole Pub. Co.

- Kreng, J. (2005). *Fight Choreography: The Art of Non-Verbal Dialog*. Boston: Thomson Course Technology.
- Lambert, M. J. (1998). Manual-based treatment and clinical practice: Hangman of life or promising development?; *Clinical Psychology: Science and Practice*; 5(3), 391-395. John Wiley & Sons.
- Laso, E. (2006). Anamnesis, catarsis, anagnórisis: una miniteoría filosófica del cambio terapéutico. *REDES (revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales)*, (17).
- Laso, E. (2009). Estados mentales y ciencia cognitiva: un marco post-sistémico para el trabajo relacional en violencia. En R. Giraldo & M. I. González Jaramillo (Eds.), *Violencia Familiar*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Lee, B. (1972). *Tao of Jeet Kune Do*. Sao Francisco: Ohara Publications.
- Leonard, G. B. (2000). *The way of aikido: Life lessons from an American sensei*. New York: Plume Books.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- McDonnell, T. P. (1974). *A Thomas Merton Reader*. New York: Image Books.
- Napier, A. Y., & Whitaker, C. A. (1988). *The family crucible*. New York: Harper Paperbacks.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy: An introduction for counsellors*. Londres: Sage Publications Ltd.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing—circularity—neutrality: Three guidelines for the conductor of the session; *Family Process*, 19(1), 3-12.

- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., Jackson, D. (1967) *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R., & Erickson, M. H. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Winter, D., Tschudi, F., & Gilbert, N. (2006). Psychotherapists' theoretical orientations as elaborative choices. En P. Caputi, H. Foster, & L. Viney (Eds.), *Personal Construct Psychology: New Ideas*. Londres: John Wiley & Sons, Ltd.