

# TRANSFORMACIONES: UNA PROPUESTA PARA CAMBIOS NARRATIVOS EN PSICOTERAPIA

Carlos E. Sluzki

Cottage Hospital, Santa Barbara, CA.

*When problematic-symptomatic behaviors are conceived as embedded, retained, and maintained in collective stories, therapy can be described as the transformative process by which patients, families, and therapists co-generate qualitative changes in those stories. An emphasis on narratives allows one to specify further how those transformations unfold at the more "micro" level of the exchanges that take place throughout the consultation. To that especification is devoted the core of this essay, which closes with a discussion of the clinical, training, and, especially, research potentials of this systematization.*

---

Una familia consulta a causa del comportamiento obsesivo compulsivo reciente e intenso de una ama de casa de 56 años que limpia incesantemente mientras llora sin parar. En el curso de la primera entrevista con ella, con su marido de 65 años y con su hija de 19 años, se obtiene la siguiente información.

- Su hija, que es su mejor amiga y aliada, y que nació el mismo día que moría la abuela materna, está a punto de marcharse de casa para ir a estudiar a una Universidad situada a más de 3000 millas;
- su marido es un adicto al trabajo; hay poca intimidad en la relación de pareja;
- la mujer tiene pocos contactos sociales fuera del núcleo familiar;
- ella nació en Irlanda y su marido es de ascendencia griega.

Imaginemos que la noche anterior a esta entrevista has estado leyendo un libro sobre el ciclo vital de la familia. Con este modelo en la mente, a lo largo de la conversación terapéutica ampliarás selectivamente los datos que son relevantes para este modelo. Como resultado la familia generará en respuesta a tus preguntas una descripción del "síndrome de nido vacío". Juntos, comenzareis a explorar diversas soluciones posibles al problema, y la familia, habiendo adquirido una nueva comprensión del problema, te pedirá una segunda sesión.

Pero tal vez la noche anterior has leído material sobre pérdidas y duelo. Utilizando este punto de vista, la conversación terapéutica realzará información

relevante de este modelo. La familia habla sobre la muerte de la madre de la paciente, que coincidió con el nacimiento de la hija. A causa de esta coincidencia, los lazos con la hija se hicieron mucho más fuertes. Nunca se habló de su muerte ni nunca fue elaborado el duelo. En este punto de la entrevista, la paciente llora, la hija solloza, al marido se le cae la lágrima y tus propios ojos se humedecen. Conjuntamente generáis un ritual de duelo por la muerte de la abuela, considerado necesario para que la paciente deje irse a la hija sin riesgo de reaparición de los síntomas en un intento inconsciente de retenerla. Todos sentís que habéis dado en el clavo.

Sin embargo, ¿qué hubiera sucedido, si en vez de las lecturas anteriores, hubieras estado repasando el clásico de Minuchin (1974) *Families & Family Therapy*? Probablemente habrías prestado atención, desde el principio de la entrevista, a la distribución de los asientos, a los subsistemas familiares, a las alianzas interiores. Habrías notado la estructura sesgada de esta familia, con una alianza intergeneracional madre-hija que ha marginado al padre. Para contrarrestarla habrías promovido una interacción, favoreciendo la toma de decisiones por parte de la pareja con el objeto de dar poder al padre y marginar a la hija. Incluso habrías generado una conversación “normativa” que les hiciera ver cuán aislado se ha sentido el padre y cuán inadecuadamente preocupada ha estado esta hija respecto al bienestar de su madre. Todo el mundo marcharía de la sesión con una descripción transformada del problema y con nuevas esperanzas acerca de su futuro.

Las cosas hubieran sido totalmente diferentes, sin embargo, si durante “la famosa noche anterior”, hubieras leído material sobre aspectos transculturales en terapia familiar (lo que habría favorecido conversaciones sobre el contraste entre las expectativas matrimoniales de griegos y de irlandeses); o la literatura sobre ética relacional (que llevaría a una discusión sobre antiguas deudas no pagadas, sacrificios y lealtades familiares); o un artículo sobre feminismo (que dirigiría el discurso colectivo a discutir la trampa existencial de cómo los participantes han minado cualquier esfuerzo de la mujer para desarrollar su propia voz.

¿Cómo es posible? ¿Cómo es que familias y terapeutas son capaces de hablar con emoción, intensidad, pertinencia, y convicción sobre tal variedad de temas? ¿Cómo es que cada una de las sesiones hipotéticas con esta familia han generado historias igualmente plausibles que explican de manera tan diversa las causas del problema y/o sus raíces? Y, lo que es más sorprendente, ¿cómo es posible que se haya generado cambio a través de caminos tan distintos?

La respuesta puede encontrarse en un elemento común: en cada caso se construye conjuntamente entre terapeuta y familia **un relato alternativo**, plausible, usando elementos de una o más historias que la familia trajo consigo al venir a terapia. Cada relato o narrativa alternativa se estructura alrededor de un mito o tema culturalmente disponible; cada uno contiene su propio elenco de actores su escenario y su trama; cada uno tiene sus propias suposiciones lógicas, morales, éticas, y de comportamiento. Al mismo tiempo que las narrativas se transforman,

la historia original que contiene el problema pierde su predominio, y el problema se redefine; se convierte en un no-problema o incluso en una bendición encubierta. El problema en su nueva presentación se vuelve accesible a soluciones, o deja de ser el foco; se disuelve. La consulta ha conseguido sus objetivos.

## NUESTRO MUNDO CONSTRUIDO SOCIALMENTE

Nuestro mundo se constituye en y a través de una red de relatos o narrativas múltiples. Esta ecología de relatos con diferentes niveles de dominancia en diferentes momentos y en diferentes contextos, establece los marcos a través de los cuales nos volvemos conscientes de nosotros mismos y de los otros, establecemos prioridades, reclamamos o rechazamos deberes y privilegios, establecemos normas acerca de conductas apropiadas o inapropiadas, atribuimos significados, y ordenamos los hechos en el tiempo (Gergen, 1982; Shoetter, 1984). Desde esta perspectiva, el lenguaje no es representacional; lo que llamamos “realidad” consiste y se expresa en las descripciones que uno hace de los hechos, gente, ideas, sentimientos y experiencias. Estas descripciones, a su vez, evolucionan a través de interacciones sociales configuradas a su vez por estas descripciones; el discurso produce los encuadres dentro de los cuales la acción social tiene lugar (Harré, 1984), una proposición que nos recuerda la noción de Bateson de que la mente es social.

Aplicado específicamente a las *conversaciones terapéuticas*, el punto de vista construccionista en el relato -o narrativas- permite una descripción del cambio terapéutico, basado en la práctica, que trasciende los temas dominantes específicos (por ejemplo, el ciclo de vida familiar, pérdidas y duelos, familia de origen). Este encuadre permite afirmar que un encuentro es terapéutico cuando, en su curso, se produce una transformación en los relatos dominantes de la familia, de tal manera que permitan incluir nuevas experiencias, significados, e (inter)acciones, y una reducción de la cohesión temática del conjunto de historias sobre los comportamientos problemáticos-sintomáticos.

El objetivo del terapeuta es facilitar tal cambio en relatos específicos o en la relación entre ellos. Ya que las historias se alojan en el reino compartido del consenso, los terapeutas intentarán generar un clima de conversación que facilite cambios de consenso: mantendrán una actitud de empatía respecto al sufrimiento y las dificultades de la familia y de interés y curiosidad sobre sus ideas; favorecerán una postura optimista de connotaciones positivas; y contribuirán activamente a guiar la conversación terapéutica hacia cambios en la narración colectiva.

¿Qué hace el terapeuta después? Para empezar, los relatos -*estructuras narrativas*- son sistemas semánticos autorregulados, que contienen una trama (qué), personajes (quiénes), y escenario (dónde y cuándo). Estos componentes de la narrativa, a su vez, generan y mantienen la cohesión lógica de la historia y son mantenidos por ella, impidiendo las interpretaciones alternativas (Gergen & Gergen, 1986) <sup>[1]</sup>. Cada historia dada, está a su vez, incluida en una complicada red de

narrativas recíprocamente influyentes. Individuos, familias, y conjuntos sociales de mayor tamaño habitan este sistema de múltiples narrativas y organizan sus vidas tomando decisiones de acuerdo con las historias dominantes.

En el curso de la conversación terapéutica, el terapeuta explora la organización de los relatos colectivos sobre la problemática familiar y, a través de preguntas y comentarios, favorece ciertos tipos de transformación en la *naturaleza de los relatos*, en la manera de contarlos, y/o en la relación entre ellos. Debido a su recursividad sistémica, cualquier alteración no trivial en el contenido de una historia, así como en la forma de contarla, desencadenará cambios en la trama, personajes, escenario y tema, afectará a los corolarios morales y de comportamiento de la narración, y reposicionará la dominancia relativa de unos relatos sobre todos aquellos que constituyen la ecología individual o familiar de los relatos. Estos cambios, a su vez, alteran la experiencia del mundo de los narradores. Ya que estas narrativas organizan, mantienen, sostienen, y justifican los problemas (conflictos o síntomas), cualquier cambio importante en las historias dominantes o en su relación recíproca afectará la manera en que se conciben, se perciben, describen, explican, juzgan y representan los problemas. Tal cambio proporciona acceso a nuevas soluciones (a lo que es, de hecho, una nueva descripción del problema/conflicto), o a una formulación no problemática, o al desvanecimiento de la gestalt (sistema) perceptual-conceptual-comportamental que constituye el problema.

Para que los nuevos relatos -o las nuevas relaciones entre historias- se consoliden en la conversación terapéutica, deben evolucionar desde (y contener elementos de) los viejos relatos “familiares”. Las historias transformadas son habitualmente una recombinação del viejo relato en el cual se introducen nuevos elementos -personajes, trama, lógica, corolarios morales-, tanto por parte del terapeuta, del paciente o de la familia, o como resultado de, por ejemplo, preguntas circulares, que se consolidan en todos los participantes a través de la conversación terapéutica. La *coherencia* derivada de la relación estructural entre los componentes de la narrativa y la inclusión de la narrativa en relatos más vastos, así como las *constricciones* del mundo histórico y material (constricciones culturales o evolutivas, mitos dominantes) limitan el modo en que pueden construirse y transformarse las historias. Un nuevo relato demasiado diferente del antiguo no sería reconocido por los pacientes como *suyo*, y sería simplemente rechazado como no pertinente. A su vez, si una nueva historia es demasiado parecida a la anterior, no se “tendrá en pie” porque el viejo relato tiende a reconstituirse a través de sus muchos enlaces con el mundo real que ya es familiar a los pacientes.

## UN DISEÑO DEL ENCUENTRO TERAPEUTICO

Cada encuentro terapéutico es esencialmente idiosincrásico porque el proceso y contenido de la conversación se entreteje con contribuciones de todos los participantes. Sin embargo, cuando se analizan los episodios que caracterizan la

evolución natural de una sesión, desde la perspectiva de las narrativas, puede notarse que muchos terapeutas siguen un esquema basado en los siguientes elementos, generalmente en secuencia si bien de manera interpenetrada.<sup>[2]</sup>

1. *Encuadrar el encuentro*. Los primeros intercambios encuadran el proceso, proponiendo y desarrollando elementos relacionados con el *poder* (quién tiene qué derechos para definir la naturaleza del problema y la naturaleza y objetivos de la consulta; quién puede imponer qué y a quién) y la *responsabilidad* (quién puede generar iniciativas; quién está al cargo de proponer y sancionar soluciones; en qué área se localiza el problema; quién monitorizará el proceso; en quién recae el mérito o las culpas del problema y de los cambios). Estas interacciones son a veces explícitas, pero generalmente son preguntas implícitas, transmitidas a través de conversaciones sociales, distribución de asientos, intercambios de apertura, por parte del terapeuta al igual que por parte del paciente y familia y otras formas socialmente sancionadas de organizar el marco que contextualiza la conversación terapéutica en un proceso que establece áreas de acuerdo colectivo.

2. *Generar y representar los relatos dominantes*. El entrevistador obtiene información acerca de la naturaleza y el contexto del problema o conflicto, sus principales temas asociados, personajes, lógica, ética y corolario comportamental.

3. *Favorecer relatos o relaciones entre relatos alternativos*. El entrevistador (a) obtiene nueva información o puntos de vista alternativos de todos los participantes sobre los mismos hechos mediante preguntas (lineales o circulares), comentarios, etc., y subraya las excepciones que se desvían de o desafían los relatos principales, y/o (b) prueba la tenacidad de los relatos principales proponiendo puntos de vista no ortodoxos o comentarios desestabilizadores sobre ellos, habitualmente a través de una postura de connotación positiva.

4. *Realzar (ilustrar) las nuevas historias*. Una vez que el terapeuta se da cuenta que resulta viable una alternativa a los relatos principales o la relación entre historias (es decir, que la conversación puede evolucionar hacia un nuevo consenso alternativo sobre corolarios morales de conducta), intentará realzar selectivamente aquellos puntos de vista alternativos, obteniendo y validándolos a través de preguntas y comentarios adicionales. El objetivo de esta parte del proceso es reforzar los nuevos relatos, o las relaciones alternativas entre ellos, con una lógica más coherente y una distribución más favorable de roles, etiquetas y posturas morales, para alcanzar un consenso preliminar sobre las nuevas historias, la naturaleza del problema y de su resolución, que reemplaza las antiguas. En general, los terapeutas tenderán a favorecer relatos alternativos (o relaciones alternativas entre ellos) que creen pautas evolutivas, prospección, opciones, posibilidades de acción y corolarios morales.<sup>[3]</sup>

5. *Afianzar los nuevos relatos*. El terapeuta puede escoger anclar las nuevas historias a través de recomendar rituales post-sesión o tareas específicamente diseñadas para reconstituir y reconfirmar los nuevos relatos.

Esta descripción puede dar la impresión de que creo que “el terapeuta hace”

estos pasos siguiendo un diseño. Este no es el caso. Desde mi punto de vista, el comportamiento del terapeuta se ve guiado por un conjunto de posturas (por ejemplo, empatía, franqueza, curiosidad, supuestos de buena intención y de connotación positiva) y guías conceptuales (privilegiando relatos, sobre, por ejemplo, la familia de origen, ciclo de vida familiar, pérdidas, secretos, cultura), pero el proceso de la consulta “sucede” más bien de forma idiosincrásica y se ve afectado por múltiples variables de la familia, del terapeuta y del contexto. Sin embargo, el esquema o secuencia reconstructiva propuesta más arriba le permite a uno trazar el perfil de un diseño que subyace en la mayor parte de las sesiones conducidas por un terapeuta sistémico.

Lo que la secuencia no especifica es *cómo* el terapeuta favorece los relatos nuevos, cómo la transformación de las narrativas empieza a configurarse en la práctica, *al nivel material del discurso*, a través de la conversación terapéutica. Para abordar estas cuestiones, debería introducirse un nuevo nivel de análisis, centrado en *micro-prácticas*, las cuales permiten especificar y operacionalizar procesos correspondientes al tercer paso del diseño del proceso terapéutico discutido más arriba, a saber, “favorecer nuevos relatos”, cuestión a la que se dedicará el resto de este artículo.

## **MICRO-PRACTICAS TRANSFORMATIVAS**

Los relatos sobre problemas, síntomas, o conflictos -las mil y una respuestas a la pregunta “¿Qué le trae a terapia?” o “¿Qué puedo hacer por usted?”- se organizan alrededor de *personajes* y de sus muchos atributos, relaciones, y vicisitudes; las *tramas* y hechos, y el grado de capacidad de acción de los participantes; *el escenario* y la incidencia que tiene en la trama; los *corolarios éticos* y los juicios de valor derivados del relato; y los *corolarios de comportamiento* o consecuencias inevitables para los participantes. Además, las historias *pueden ser contadas* de una manera en que el narrador -y complementariamente, los otros- se ubican como protagonistas, espectadores, testigos, o intérpretes de los hechos, y con varios grados de competencia y credibilidad.

Las características específicas de cada una de estas dimensiones se discutirán en detalle en las siguientes páginas, ya que son el centro de las micro-prácticas transformativas de la psicoterapia (ver Tabla 1). Aunque por motivos estrictamente didácticos, se expondrán por separado, debe señalarse que muchas de estas dimensiones están conectadas inextricablemente, y que un cambio en cualquiera de ellas afecta a cada una de las otras. A su vez, cualquier cambio en un relato puede afectar su posición relativa en la compleja red de narrativas que constituye la realidad individual y familiar. De hecho, la definición misma de muchas de las categorías en este listado (y, por supuesto, los límites pragmáticos entre ellas) están lejos de excluirse mutuamente <sup>[4]</sup>.

TRANSFORMACIONES	
Dimensiones	Cambios
En el tiempo	Estático/Fluctuante Nombres/Verbos Ahistórico/Histórico
En el espacio	No-contextual/Contextual
En la causalidad	Causa/Efecto
En las interacciones	Intra/Interpersonales Intenciones/Efectos Síntomas/Conflictos Roles/Reglas
En los valores	Buena/Mala intención Sano/Enfermo Legítimo/Ilegítimo
En el contar	Pasivo/Activo Interpretaciones/Descripciones Incompetencia/Competencia

**Tabla 1.- Dimensiones y cambios transformativos en las narrativas.**

## **Transformaciones en la naturaleza de los relatos**

### ***Transformaciones en el tiempo***

*Estáticas/Fluctuantes* (cambios entre una descripción que no presenta fluctuaciones temporales y otra que las presenta). Cuando alguien describe un síntoma, conflicto, problema, o cualquier otro hecho como un fenómeno estable, el terapeuta puede preguntar, por ejemplo,

“¿Cuándo te parece que tu madre se muestra más débil, por la mañana o al mediodía?” o “¿Las peleas se hicieron más o menos pronunciadas desde que empezaste el nuevo trabajo?”<sup>[5]</sup>

O el terapeuta puede simplemente amplificar las fluctuaciones que fueron mencionadas por otro miembro, usando la “búsqueda de excepciones” que orienta a las conversaciones en dirección de la generación de soluciones, tales como las propuestas por Shazer (1985, 1988). La incorporación de fluctuaciones hace más fácil prestar atención a las excepciones

-(“¿Qué pasa cuando el problema no está presente?”),

a las muestras de competencia

-(“¿Cómo se hace para reducir la intensidad del problema entonces?”),

y a patrones y escenarios alternativos

-(“¿Qué hacen los demás cuando los síntomas son más/ menos intensos?”).

Sin embargo, hay ocasiones en que el terapeuta quiere precisar una condición constante, ocultada por las fluctuaciones. Esto se puede hacer a través de subrayar un denominador común de las descripciones. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo, “¿Existe algún tema en común en todos estos episodios de peleas?”.

A la vez, la inclusión de una dimensión temporal en un relato carente de ella, tal como la introducción de comparaciones entre el antes y el ahora, o entre el ahora y el después, introduce en los hablantes una experiencia de evolución, o de progresión de hechos que amplía su repertorio de descripciones e interpretaciones del problema.

*Nombres/Verbos* (cambios entre definiciones estáticas de hechos síntomas, características, personas y descripciones de acciones). Si se describe a la gente o las situaciones con atributos inmutables, el terapeuta puede preguntar:

-“¿Qué *hace* tu madre que te hace decir que es tan frágil?” o “¿Bajo qué circunstancias se comporta de esta manera?”

La transformación de *estados en acciones* permite la generación de contextos (“Bajo qué circunstancias...?”), fluctuaciones (“¿Cuándo es *menos* intenso?”), cambios de foco en la atención (“¿Cómo reaccionas tú a estos comportamientos?”), y así sucesivamente. Para una discusión elocuente acerca de la importancia de transformar los rótulos diagnósticos en comportamientos, ver Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1978).

Hay, sin embargo, relatos ricos en descripciones de acciones, pero que carecen de corolarios generales, como cuando el narrador describe a los actores repitiendo una acción sin proponer una categorización general. En estas circunstancias, podría ser preferible una transformación hacia la nominalización. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo,

-“Considerando todo esto, ¿cómo *clasificarías* a tus padres/a ti mismo?”.

Una nominalización puede inducir a los pacientes a asumir responsabilidades o a llevar a cabo acciones reparadoras, anteriormente bloqueadas por la forma descriptiva previa.

*No histórico/histórico* (cambios entre un relato carente de base y contexto histórico y otro con origen, escenario, y evolución). Cuando el relato transmite hechos carentes de contexto, el terapeuta puede preguntar sobre las circunstancias, origen y desarrollo de los acontecimientos. La introducción de la historia permite la generación de hipótesis explicativas, cambios en la puntuación, connotaciones positivas, y detección de fluctuaciones, excepciones, y patrones.

Hay relatos, sin embargo, que, dada su estructura histórica, atribuyen toda la responsabilidad a circunstancias pasadas y asignan muy poca a los protagonistas. En estos casos, preguntas que promueven un cambio de una perspectiva histórica a otra ahistórica (¿Por qué me consultan *ahora*?) pueden iluminar nuevas alternativas viables al estancamiento sintomático.



### ***Transformaciones en la dimensión espacial***

*No contextual/Contextual* (cambios entre una historia que carece de escenario y otra con contexto espacial). La introducción de la idea del espacio nos permite especular sobre la forma en que el contexto afecta y es afectado por los eventos, históricamente y en el presente. Si alguien describe un síntoma, sentimiento, o comportamientos fuera de contexto, el terapeuta puede preguntar por ejemplo: “¿En qué circunstancias se hace más/menos perceptible este problema?”

Sin embargo, narrativas que se centran en variables contextuales -en descripciones de escenarios y circunstancias- pueden beneficiarse con la introducción de perspectivas descontextualizadas a través de comentarios tales como,

-“Pero me parece haber entendido que ahora ya *no* bebes, entonces ¿cómo explicas tus conflictos actuales?”,

es decir desconectando la responsabilidad del contexto histórico propuesto.

La introducción de escenarios alternativos complementa las transformaciones en el eje “tiempo” discutido más arriba. De hecho, tiempo y espacio son dos coordenadas que generan el cambio transformativo que sigue.

### ***Transformaciones en la dimensión causal***

*Causa/Efecto* (cambios entre un relato centrado en una supuesta causa u origen del problema/síntoma y otro que incluye sus efectos continuos en uno mismo o en los otros). Esta categoría se asocia a uno de los conceptos básicos del enfoque interaccional, la noción de “puntuación de la secuencia de hechos”, descrita originariamente por Bateson y Jackson (1964) e incorporada como uno de los axiomas básicos de la comunicación humana por Watzlawick, Beavin, y Jackson (1967). Esta noción alude a la naturaleza intrínsecamente arbitraria (y consensual) de una descripción secuencial en procesos interpersonales, con un supuesto de comienzo que ha sido acordado -aún cuando a veces objetado vehementemente- por los participantes. Muchas transformaciones terapéuticas de relatos resultan de un cambio en puntuación que cambia la atribución de culpabilidad o responsabilidad.

Si alguien está enganchado en un hecho pasado, que se define como la causa del problema actual, el terapeuta puede explorar si el problema existió en alguna forma o modo *antes* de la ocurrencia del hecho, o explorar de qué forma *otros* fueron afectados por el hecho (definiendo la respuesta como idiosincrásica y no genérica). Correspondientemente, cuando un relato enfatiza los efectos de un problema, puede ser útil explorar las teorías del paciente sobre sus causas. Esto puede transformar un relato en otro referido a los contextos de justificación o responsabilidad, el cual a su vez se puede desestabilizar con una exploración en la dirección opuesta.

### ***Transformaciones en la interacción***

*Intrapersonal/Interpersonal* (cambios entre descripciones de los atributos de una persona y descripciones de los patrones de interacción) Si el narrador se refiere

a las cualidades personales de otro individuo (“Ella es una tozuda”), el terapeuta puede incluir al narrador como actor, preguntando, por ejemplo,

-”¿Cómo reaccionas ante su tozudez?”

-lo que entonces se convierte en un punto de partida para (re)construir una secuencia interpersonal en la cual los atributos intrapersonales se disuelven. Por el contrario, si la historia se centra en patrones interpersonales omitiendo las cualidades personales de los individuos, preguntar sobre tales cualidades puede ser útil para organizar descripciones alternativas. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo,

-”A lo largo de todas estas confrontaciones con tu madre, ¿quién era el adulto y quién era el niño?; “¿Quién tenía que cuidar a quién?”.

La relocalización del sujeto de la historia -entre relatos centrados en uno mismo y en otros- puede afectar la posición del narrador como agente o actor responsable.

Las dos categorías siguientes son variaciones en el tema de cambios entre atributos intrínsecos y patrones interpersonales, y también ilustran un cambio entre nombre y verbo. Los incluyo en este listado debido a su frecuente uso.

*Intenciones/Efectos* (cambios entre atribución de intención a una persona o grupo durante un hecho dado, y discusión del efecto del comportamiento de tal persona o de la dinámica de la situación). Cuando la historia está ligada a atribuciones de intención negativas (a veces positivas) o motivación de otros (o incluso de uno mismo), el terapeuta puede preguntar,

-”¿Y cuál fue el efecto de ese comportamiento en ti (o en otros)?” o “Si alguien hubiera estado observando ese cambio como a espectador, ¿cómo crees que lo describiría?”

Esta transformación se puede también revertir cambiando de efectos a intenciones si la especulación sobre intenciones puede introducir alternativas potencialmente viables en la historia actual. Por cierto, el terapeuta puede también elegir favorecer cambios en la naturaleza del *atributo* en lugar de cambios de la atribución al efecto.

*Síntomas/Conflictos* (cambios entre un relato basado en “expresiones de trastorno mental” y otro basado en comportamientos recíprocos). Cuando alguien habla sobre miedos, por ejemplo, el terapeuta puede preguntar,

-”¿Y cuál es el efecto de tus comportamientos relacionados con el miedo en los demás (si el que narra es el que tiene los síntomas), o de esos comportamientos en tí (si el narrador habla sobre síntomas o problemas de otros); y más tarde, “¿Y cómo reaccionas a sus reacciones?”

Esta transformación abre una variedad de alternativas enriquecedoras ya que permite generar patrones, contextos, excepciones, acciones responsables, etcétera.

Una transformación en la dirección opuesta sería útil si un rótulo sintomático pudiera permitir a uno añadir una dimensión contextualizadora o explicativa. Un comentario tal como

-”Y como esperas pasártelo bien cuando estás deprimido!” puede tener el efecto de neutralizar la trampa silogística del mandato “Pásatelo bien!” con el que uno se tortura a si mismo.

*Roles/Reglas* (cambios entre descripciones que asignan a la gente posiciones y conductas sancionadas socialmente y narrativas que incluyen reglas interactivas, de las cuales pueden derivar roles como una consecuencia colectiva). Si un relato caracteriza a individuos en términos de atribución de roles (un padre severo, un jefe opresivo, un marido dominante, una esposa sumisa, una madre intrusiva, una hermana protectora, un hermano chivo expiatorio), el terapeuta puede preguntar, -”¿Respecto a quien se comporta esta persona de esta manera?”; “¿Era tu madre intrusiva también con tus hermanas?”; “¿Considera también tu hermano que el comportamiento del padre es severo?” O el terapeuta podría decir, “Bien, si tu eres el chico malo (el torturador, el incompetente) en tu familia, ¿quién acaba siendo el bueno (la víctima)?”

De hecho, una descripción aislada de un rol sustrae el relato del patrón interpersonal del que forma parte. Esta transformación añade contexto, cambia responsabilidades, enriquece el escenario.

Hay, sin embargo, roles definidos por nuestra cultura que merecen ser destacados en una narrativa que los soslaya, para generar cambios en las implicaciones previas. Así, un terapeuta podría preguntar

-”¿Pero quién asumió el rol de madre, y quién jugó a hacer de hija?”

### ***Transformaciones en valores de la historia***

Estos procesos se centran en cambios axiológicos, esto es, en cambios en el orden moral evocado por el relato. Esta transformación es un resultado indirecto, frecuente, de otros cambios en la narrativa, la cual conduce a cambios en la *atribución* de valores a hechos o a personas y a la *ubicación* de atributos tales como bueno y malo, generoso y avaro, sano y enfermo, hermoso y feo, sabio e ignorante, competente e incompetente. Sin embargo, también puede ser el resultado de comentarios directos del terapeuta desde una postura con connotaciones positivas, que conducen -o implican- cambios dramáticos en los supuestos. Por ejemplo, si un paciente describe despectivamente su propia conducta habitualmente intolerante para con sus hijos como motivo de consulta, el terapeuta puede comentar:

-”Indica mucha responsabilidad y coraje haber decidido consultar sobre comportamientos vistos de forma tan negativa!. A lo largo de tu vida no has tenido ejemplos de cómo ser paciente y cariñoso, por lo que más que cruel, eres ignorante!”

añadiendo que la “ignorancia” es un atributo blando que no está inmutablemente “grabado en el carácter”, ya que puede cambiarse a través del aprendizaje.

Las siguientes subcategorías expanden y ejemplifican este punto.

*Buena/Mala intención* (cambios entre una atribución de intencionalidad que

es positiva y una considerada negativa). La madre describe a la hija sintomática como “queriendo hacer volver loco a todo el mundo con sus confrontaciones”, lo que implica una atribución de mala intención. El terapeuta puede preguntar,

- “¿de quién aprendió a ser tan firme en sus convicciones?”

A través de esta pregunta, el terapeuta propone una re-rotulación del comportamiento problemático -de “confrontación” a “firmeza”- en una postura de connotación positiva a la vez que orienta una exploración hacia la historia familiar, que puede permitir anclar (a través de anécdotas históricas) la eliminación de la atribución de la mala intención.

*Sano/Insano* (cambio entre atribuciones de locura -que implica sensatez en otros- y de sensatez, si es posible, en todos los participantes). El paciente afirma:

-“Cuando bebo me vuelvo loco”,

el terapeuta puede comentar

-”lo que me comentaste que dijiste cuando estabas bebido puede no ser agradable, pero tiene sentido para mí”,

lo que puede cancelar el pretexto de estar enfermo, y cambiar toda la historia.

*Legítimo/Ilegítimo* (cambios entre razonable e irrazonable o entre lógico e ilógico). Una mujer, en el curso de su consulta, describe con indignación que su madre le dijo que prefería que durante este período de crisis no vivieran juntas, ya que se pelearían todo el tiempo. El terapeuta comenta,

-”Una mujer bastante lúcida, tu madre!”

(dicho en un contexto de confianza) destruye el supuesto de implícito acuerdo sobre la “irracionalidad” de la madre, lo que permite un re-examen de la descripción y de sus corolarios.

### ***Transformaciones en la manera de contar la historia***

*Pasiva/Activa* (cambios entre un relato en el cual el narrador es el objeto y otros -incluido los síntomas- son los actores, y otro en el que el narrador es un agente activo y, en consecuencia, responsable). Si alguien describe una situación de la cual es víctima, el terapeuta, sabiendo que esta descripción evita el tema de actor-agente, puede preguntar:

-”¿Y qué hiciste respecto a ello en el pasado?”

Una transformación de pasivo (víctima) en activo (agente) constituye una forma poderosa de expandir el relato. Este puede ser el caso, por ejemplo, cuando los pacientes se describen como víctimas de síntomas o de relaciones en las cuales la pasividad no ha sido impuesta por fuerza física, opresión económica, o coerción ideológica. Sin embargo, un cambio en esta postura pasiva puede ser difícil, además de indeseable, en relatos en los cuales el actor pasivo es un niño, una mujer crónicamente abusada, un anciano frágil, o cuando se sufre un dolor crónico, ya que una descripción alternativa corre el riesgo de culpar a la víctima. En tales casos, es necesario favorecer primero la descripción de pasividad o victimización a través de

la evaluación contextual de la falta de alternativas en aquel momento, como parte del proceso de devolver cierto poder al sujeto.

En el transcurso de una discusión de esta dimensión, Raush (1990, comunicación personal) propuso la siguiente matriz (ver tabla 2). Los relatos que definen el problema como externo y la solución como dependiente también de una fuente externa, evocan y provocan culpa o impotencia, o son evocadas y provocadas por ellas. Los relatos que definen el problema como interno, y a la fuente de solución como externa al narrador, generan una situación y expectativas de salvación o perdición. Los relatos que localizan tanto al problema como a la solución en un escenario interno al individuo, favorecen la desesperanza y la culpa. Finalmente, los relatos en los cuales el problema se define como externo al narrador, y el narrador es propuesto como agente de cambio, llevan a la acción.

		PROBLEMA	
		EXTERNO	INTERNO
GESTION	EXTERNA	Culpa o impotencia	Salvación o perdición
	INTERNA	Acción	Culpa o desesperanza

**Tabla 2. Efectos combinados de la localización del problema y su gestión**

Especificando la localización de gestión o potencial de acción y del problema en un relato, obtenemos una matriz que nos permite escoger el efecto temático favorecido por el relato. También permite inferir la dirección del cambio favorecida por muchos terapeutas -descripciones en las cuales los narradores pueden *hacer* algo acerca de los hechos que a su vez son localizados como externos.

Una variación poderosa en el tema de esta transformación es la estrategia de *externalización*, propuesta por White (1986) y White y Epston (1990); véase también Tomm (1989). Consiste en una descripción de la naturaleza de la relación entre el individuo o familia y el síntoma o problema crónico que coloca a este último como a externo y disociado del self. Representa al problema motivo de consulta como una lucha entre el problema externalizado (“vida llena de aprietos”), que intenta conquistar territorio con maniobras poco claras, tentaciones, trampas, y el self individual o colectivo que cuenta con el terapeuta para que le ayude a reconocer las estrategias útiles para domar o expeler al intruso.

*Interpretaciones/Descripciones* (cambios entre supuestos acerca de significados ocultos de los hechos y descripciones sobre estos hechos): si el narrador se centra en suposiciones, atribuciones, o conjeturas que tienen que ver con un hecho, el terapeuta puede preguntar,

-”¿Podrías describirme que pasó en realidad, como si hubiera estado allí?”

Sin embargo, si las descripciones eluden explicitar alguna característica

común, o algunas intenciones por parte de los actores, el terapeuta puede estimular al narrador a tomar una actitud más interpretativa introduciendo preguntas como, -"¿Y qué crees que les (te) motivó a comportarse de tal manera?"

Esta orientación transformativa fue también señalada más arriba en la discusión de cambios de dinámico a estático, de verbo a nombre, de histórico a ahistórico.

*Incompetencia/Competencia* (cambios entre una descripción que define el narrador [o cualquier grupo del cual el narrador es parte, su familia, por ejemplo] como inepto, y otro en el cual se destaca cualquier competencia): Si el narrador se describe a sí mismo como un incompetente, ignorante o confuso, el terapeuta puede destacar la sabiduría que esta confesión supone, o la claridad mental que se necesita para juzgar la confusión o describirla tan bien; o el terapeuta puede hacer notar excepciones que muestren al narrador como efectivo o inteligente. Los efectos de estos comentarios en el narrador pueden ser bastante dramáticos. Por otra parte, el entrevistador puede escoger evocar un cierto grado de incertidumbre en un narrador que intenta transmitir una imagen perfecta de sí mismo, utilizando preguntas como:

-¿Cuál es la ventaja que ves en describirte siempre como perfecto? o ¿Cuál es el efecto habitual de esta postura en los otros?

La búsqueda conversacional de excepciones o externalizaciones -ambas discutidas anteriormente- puede conducir progresivamente a un cambio en las autoatribuciones tan frecuentes de incompetencia, enfermedad, estupidez, que hasta entonces eran supuestos inmutables por parte del narrador. Autoatributos tales como la incompetencia o competencia se pueden atribuir a otros personajes distintos del narrador, lo que puede tener el efecto de implicar la característica opuesta en el narrador. Por eso, cualquier cambio en los atributos a otros afectará al narrador. También merece destacarse que un terapeuta puede favorecer un cambio hacia la competencia en la posición implícita o explícita del narrador, a través de mantener a lo largo de la entrevista una postura respetuosa.

## RECAPITULACION

Cada categoría propuesta en la lista de micro-prácticas define una *dimensión* de la narrativa, y las transformaciones se pueden favorecer cambiando la descripción en dirección a *cualquiera* de los extremos o polos del parámetro. Mis descripciones omiten cualquier recomendación respecto a forzar las narrativas hacia un polo específico de las dimensiones. Si bien el terapeuta puede tener criterios generales acerca de qué constituye una "historia mejor formada". En la práctica de la psicoterapia, en momentos críticos en las sesiones, los movimientos transformativos en cualquier dirección o dimensión determinada se entrelazan frecuentemente con movimientos en la dirección opuesta. Esta desestabilización de una descripción dominante puede tener el efecto de generar en los participantes "un hambre de claridad" que tiende a favorecer la producción de consenso alrededor de las nuevas narraciones. En el transcurso de la mayoría de las consultas terapéuticas,

sin embargo, los terapeutas pueden decidir realzar características particulares de los relatos cuando estimen que la forma potencial de la nueva historia ofrecerá al paciente y a la familia un rango y una calidad de opciones mayores para resolver sus problemas. De hecho, la dirección específica de la transformación de los relatos depende del encaje evolutivo entre el estilo y alternativas de los relatos dominantes de la familia, y la idiosincrasia, estilo y los modelos preferidos por el terapeuta [6].

No cabe duda que muchos movimientos favorecidos por los terapeutas, aunque contribuyan a organizar la narrativa, están lejos de ser “revolucionarios” ya que los relatos alternativos ya han sido legitimados por el cliente como *también* dominantes. Por ejemplo, cuando el cliente relata una descripción ahistórica de su problema actual con el alcohol, el entrevistador pregunta sobre los antecedentes alcohólicos en la familia (favoreciendo así un punto de vista histórico), y el cliente comenta, -“como ya se debe haber imaginado, mi padre fue un alcohólico, y, de hecho, el me enseñó a beber.”

Aquí tiene lugar un paso de una descripción ahistórica a otra histórica del problema, pero sin contener ninguna novedad (al menos en este momento) desde la perspectiva del cliente. En otras ocasiones, sin embargo, el mismo cambio puede abrir alternativas que, desde el punto de vista del paciente o la familia, son totalmente nuevas -por ejemplo, evolucionando hacia la noción que beber le hacer *ser* su padre, cuya muerte había sido siempre negada.

Es importante reconocer que el proceso transformativo se ve afectado no sólo por el discurso del terapeuta sino también por otras experiencias que pueden tener lugar en la sesión -tal como actuaciones de anclaje- o fuera de ella -tal como tareas o ritos- que confirman el nuevo relato mientras contradicen o desarmen al anterior. Es importante volver a señalar que *no* es “el terapeuta el que transforma”; el terapeuta genera una oportunidad para el cambio, pero la transformación es el resultado del entero proceso terapéutico propiamente dicho.

Finalmente, merece señalarse que esta taxonomía se centra en componentes intrínsecos de las narrativas, y no intenta tratar de un modo sistemático el próximo nivel lógico de la complejidad en este dominio, a saber, el sistema de narrativas inter-influyentes del que el relato específico es parte.

## CONCLUSIONES

El nivel de análisis de transformaciones propuesto en este artículo puede tener implicaciones poderosas como herramienta clínica, de entrenamiento e investigación, porque estas microprácticas yacen en la esencia del diálogo transformativo de la terapia. Un énfasis en estos procesos puede enriquecer, desde mi punto de vista nuestra capacidad para especificar nuevas construcciones de teorías, práctica clínica, aprendizaje, e investigación en la terapia sistémica basada en la narrativa.

En términos de sus *implicaciones clínicas*, esta descripción provee un nuevo nivel de detalles del mapa de un territorio central para la tarea terapéutica. Permite

al clínico expandir su habilidad para desafiar la mayor parte de las dimensiones de los relatos, más que la “especialización” en unas pocas. Se puede aplicar este mapa, por ejemplo, a la práctica de la entrevista circular ya que permite discutir no sólo la *forma* específica de las cuestiones (Tomm 1987, 1988) sino también el foco específico así como la dirección del cambio en la narrativa del paciente o la familia.

En cuanto a *implicaciones para la formación*, si uno evita la tentación de usar estos ítems como unidades discretas o “ladrillos” sino que lo entiende como un conjunto de herramientas para la toma de decisiones, este vocabulario y su repertorio de dimensiones transformativas puede ser útil para expandir la flexibilidad de las conversaciones terapéuticas. Como ocurre con cualquier otra herramienta conceptual, los estudiantes pueden decidir aumentar su habilidad transformativa en *cada* uno de estos parámetros. Sin embargo, si este fuera el caso, se les debería recomendar que “lo olviden” después de aprenderlo, por dos razones. Primero, una práctica sistémica requiere la habilidad del terapeuta para relacionarse con las herramientas conceptuales de manera instrumental y no sometido a ellas. Segundo, es importante evitar confundir la rama de una transformación potencial particular con el árbol de un relato concreto, y éste último con el bosque de la ecología de relatos en que la gente está inmersa. De hecho, lo que muchos expertos llaman “intuición” puede consistir precisamente en haber aprendido y haber después olvidado las ideas y los modelos útiles.

En términos de las *implicaciones para la investigación*, la aplicación de los parámetros propuestos en este artículo debería proporcionar un campo interesante y potencialmente poderoso para la investigación acerca del proceso de cambio en terapia. Las variables que pueden tenerse en cuenta para definir operacionalmente un acontecimiento transformativo incluyen (1) la dominancia relativa y las características de un relato dado; (2) una intervención del terapeuta -pregunta, comentario- a lo largo de una dimensión específica, que desafía la estructura o dominancia del relato, o los atributos del narrador; (3) un cambio correspondiente en el relato o en la relativa dominancia del relato sobre otros (la falta de un cambio a lo largo de esta dimensión o polo puede considerarse como un intento sin éxito, una no-transformación, incluso si el terapeuta lo utiliza más tarde -a no ser que sea el cliente quien lo utilice o incorpore en su relato); y (4) la persistencia del cambio a través del tiempo que puede añadir peso a un movimiento transformativo determinado.

A su vez, esta herramienta (1) puede permitir una nueva descripción microanalítica de la conversación terapéutica, y también un análisis de la “historia natural” de la terapia individual, de pareja o familiar; (2) puede subministrarnos nuevas maneras de estudiar lo que realmente tiene lugar en la transformación de narraciones, incluyendo, entre otros, el proceso de desarrollo de consenso, cambios y las diferentes formas con las que las familias, parejas e individuos participan en el proceso de terapia; (3) también puede ofrecer nuevos caminos **operacionales** para categorizar los estilos y las orientaciones de los terapeutas, y la forma en que



participan en el proceso de terapia; (4) puede ofrecer ideas sobre el encaje entre estilos familiares y del terapeuta en el proceso de cambio; y finalmente, (5) puede permitir el desarrollo de una próxima generación de herramientas conceptuales nuevas, más poderosas que superen a las que hemos propuesto en este artículo.

Hoffman (1981) ha señalado: “Hasta ahora el campo de la terapia familiar que se ha mostrado más efectivo en términos de “cómo generar cambios” que no en términos de especificar “qué cambiar” (p. 176). El nivel de análisis propuesto aquí define una región en la que se superponen el “cómo” y el “qué”, y aporta nuevas ideas sobre una teoría de la praxis que puede enriquecer a ambas. Aún más, este artículo ofrece el camino para empezar la exploración de las propiedades sistémicas del concepto central del enfoque constructorista, de segundo orden de la terapia: la compleja ecología de narrativas que constituyen nuestro mundo social.

## NOTAS AL TEXTO

[1] En nuestra práctica diaria, por razones a veces teóricas y otras de simple preferencia, la mayoría de los terapeutas de familia organiza el diálogo terapéutico alrededor de uno o varios temas centrales, tales como el ciclo vital, la familia de origen, las polaridades de autonomía y dependencia, etnicidad, cuestiones de género, pérdida y duelo, y otros por el estilo. Estos temas actúan como fuertes imanes en el sentido que son realzados o subrayados cada vez que aparecen en las narrativas de los pacientes, ya que coinciden con los temas dominantes del terapeuta, hasta que resultan dominantes y pertinentes para todas las partes, dando lugar así a una base fértil para las prácticas transformativas. De hecho las preferencias temáticas organizan la mayoría de escuelas u orientaciones en el campo de la terapia familiar. El énfasis de este artículo en las transformaciones de las narrativas, no coincide ni refleja la manera en que la mayoría de los terapeutas familiares les gusta hablar o escribir sobre lo que hacen.

[2] Esta secuencia sigue los pasos propuestos por Cobb (1991) en su discusión de los componentes de la consulta de mediación. Cobb afirma que aunque la mediación y la terapia presentan diferencias significativas, ambas requieren el manejo de los procesos de comunicación en que emergen y se transforman las narrativas.

[3] Pakman (1991) sugiere que la relevancia de una nueva historia –de la construcción de una nueva realidad– desarrollada en el curso de la terapia puede evaluarse en base a tres parámetros: a) *pragmático*, esto es, nuevas acciones observables por el sujeto en áreas problemáticas; b) *ético*, a saber, respecto a la autonomía de todos los miembros significativos del sistema; y c) *estético*, es decir, el movimiento desde el malestar al bienestar por parte de todos los miembros del sistema en el campo problemático y temas asociados.

[4] Soy consciente del peligro de interpretar cuanto sigue como recomendaciones estratégicas, es decir, como movimientos que el terapeuta debería hacer o líneas que debería seguir. El lector debe entender, con todo, que esta lista es reconstructiva más que prospectiva, en el sentido que intenta especificar algunos movimientos del terapeuta en el transcurso de la conversación, dadas ciertas condiciones de la historia, describiendo más bien lo que el terapeuta hace que lo que debería hacer.

[5] Algunos de los ejemplos usados en las microprácticas constan de afirmaciones, pero la mayoría son preguntas, en general de tipo circular. Ello no es ninguna sorpresa si consideramos que las preguntas circulares son una de las armas más poderosas de la conversación transformativa. Para una discusión interesante sobre las preguntas circulares véase Penn (1982; 1985) y Tomm (1985, 1987, 1988).

[6] Una descripción lúcida de la singularidad de las intersecciones entre los sistemas complejos –las realidades del paciente, la familia y el terapeuta– puede verse en Elkaïm (1985)

## Nota Editorial

Este artículo ha sido publicado en *Family Process*, 1992 (31), 217-213 con el título “Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy”. Agradecemos el permiso para su publicación.

*Si concebimos las conductas problemáticas o sintomáticas como engarzadas y sustentadas por historias colectivas, podemos describir la terapia como un proceso transformativo a través del cual los pacientes, las familias y los terapeutas co-generan cambios cualitativos en tales historias. El énfasis en las narrativas permite especificar cómo estas transformaciones se producen al nivel más "micro" de los intercambios que se producen a través del diálogo en la consulta. Este trabajo propone una sistematización específica de este proceso, para finalizar con una discusión acerca del potencial clínico, de entrenamiento y de investigación*

Traducción: Ariadna Villegas Torras

## Referencias Bibliográficas

- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H.A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process* 27: 371-393.
- BATESON, G., & JACKSON, D.D. (1964). Some varieties of pathogenic organisation (pp. 270-283). In D. Mck. Rioch & E.A. Weinstein (eds.), *Disorders of communication, Vol. XLII: Research publications*. Baltimore: Wiliams & Wilkins.
- COBB, S. (1991). Mediation process as the management of stories, Unpublished manuscript.
- DE SHAZER, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- DE SHAZER, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- ELKAÏM, M. (1985). From general laws to singularities. *Family Process* 24: 151-164.
- GERGEN, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.
- GERGEN, K. & GERGEN, M. (1986). Narrative and the self as relationship. In L. Borkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- HARRÉ, R. (1984). *Personal being*. Cambridge: Harvard University Press.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York: Basic Books.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- PAKMAN, M. (1991). La cibernética de segundo orden. In H. von Foerster (M. Pakman, ed.), *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- PENN, P. (1982). Circular questioning. *Family Process* 21: 267-280.
- PENN, P. (1985). Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process* 24: 299-310.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction* (translator, E. V. Burt). New York: Jason Aronson.
- SHOETTER, J. (1984). *Social accountability and selfhood*. New York: Basil Blackwell.
- TOMM, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool (p. 33-45). In D. Campbell & R. Draper (eds.), *applications of systemic therapy: The Milan approach*. London: Grune & Stratton.
- TOMM, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process* 27: 167-183.
- TOMM, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process* 27: 1-15.
- TOMM, K. (1989). Externalizing the problem and internalizing personal agency. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 8(1): 54-59.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., & JACKSON, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W.W. Norton.
- WHITE, M. (1986). Negative explanation, restraint, and double description: A template for family therapy. *Family Process* 25: 169-184.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.