

Stefano **Cirillo**  
Matteo **Selvini**  
Anna Maria **Sorrentino**



# ENTRAR EN TERAPIA

LAS SIETE PUERTAS DE LA **TERAPIA SISTÉMICA**



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER



# **ENTRAR EN TERAPIA**

**Las siete puertas de la terapia sistémica**



STEFANO CIRILLO  
MATTEO SELVINI  
ANNA MARIA SORRENTINO

**ENTRAR EN TERAPIA**  
Las siete puertas de la terapia sistémica

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA**  
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:  
ENTRARE IN TERAPIA  
Le sette porte della terapia sistemica  
© 2016 Raffaello Cortina Editore  
Milán, Italia

---

**Traducción: María del Carmen Blanco Moreno**

© EDITORIAL Desclée De Brouwer, S.A., 2018  
Henao, 6 – 48009 Bilbao  
www.edesclée.com  
info@edesclée.com



EditorialDesclée



@EdDesclée

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2989-8

Depósito Legal: BI-816-2018

Impresión: Itxaropena, S.A. - Zarautz

# Índice

---

Coautores .....	15
Agradecimientos .....	19
Prólogo a la edición en lengua española .....	21
<i>(Alicia Moreno Fernández)</i>	
Prólogo <i>(Gianmarco Manfreda)</i> .....	29
Introducción. Hacia un pensamiento sistémico complejo e integrado. ....	35
El objetivo de este libro: la investigación sobre procedimientos, formatos y convocatorias .....	35
Para proceder se necesitan mapas. ....	41
Hacia una única psicoterapia fundamentada en la investigación .....	43
1. La fase preliminar: la demanda, el primer contacto y la primera entrevista .....	45
La primera puerta de la terapia: los cuatro contextos construidos por la demanda. ....	45

La demanda familiar para un paciente que no la solicita . . .	48
Cuando el paciente es adolescente o joven adulto . . . . .	48
<i>El tabú del encuentro conjunto padres-adolescente . . . . .</i>	48
<i>El primer contacto: objetivos generales . . . . .</i>	55
<i>El problema de quien deriva . . . . .</i>	61
<i>La negociación de las convocatorias durante</i>	
<i>el primer contacto . . . . .</i>	63
<i>La primera entrevista familiar . . . . .</i>	68
<i>Cinco objetivos de la primera entrevista con el adolescente</i>	
<i>y el joven adulto . . . . .</i>	71
<i>Fase social, presentación lateral y directrices del primer</i>	
<i>encuentro (Marco Vannotti) . . . . .</i>	71
<i>Primer objetivo: obtener una definición descriptiva</i>	
<i>y comportamental del problema construyendo</i>	
<i>empatía por el sufrimiento . . . . .</i>	73
<i>La conducción de la primera entrevista: hacer</i>	
<i>protagonista al paciente . . . . .</i>	80
<i>Segundo objetivo: evaluar y garantizar la seguridad</i>	
<i>del paciente y de sus familiares . . . . .</i>	81
<i>Tercer objetivo: ofrecer una explicación psicológica</i>	
<i>individual del problema . . . . .</i>	84
<i>Cuarto objetivo: explorar y evaluar los recursos</i>	
<i>del paciente y de la familia . . . . .</i>	97
<i>La evaluación de los recursos parentales en el primer</i>	
<i>contacto con los padres de adolescentes y jóvenes</i>	
<i>(Monica Aletti) . . . . .</i>	101
<i>Quinto objetivo: concluir con un programa</i>	
<i>de intervención (contrato). . . . .</i>	103
<i>El segundo encuentro: la puesta en común de la historia</i>	
<i>familiar marca el inicio de la consulta. . . . .</i>	104
Cuando el paciente es un niño . . . . .	109
<i>El primer contacto . . . . .</i>	109
<i>El orden en el primer contacto: ¿evaluación o terapia? . . . . .</i>	112
<i>La primera entrevista con los padres . . . . .</i>	115
<i>El encuentro con el paciente niño: la demanda</i>	
<i>de evaluación . . . . .</i>	119



<i>El encuentro conjunto con los padres y el niño     en los servicios de neuropsiquiatría infantil     (Paola Morosini)</i> . . . . .	121
<i>La demanda de terapia</i> . . . . .	127
<i>Dar una explicación psicológica del problema</i> . . . . .	131
Cuando el paciente es un adulto . . . . .	132
<i>Si el solicitante es un miembro de la pareja</i> . . . . .	132
<i>Si el solicitante de la terapia familiar es el paciente     mismo</i> . . . . .	143
La co-conducción en las primeras entrevistas: ventajas y desventajas. . . . .	146
La demanda relacional . . . . .	152
<i>Cuando el paciente es la pareja (Paola Covini)</i> . . . . .	152
<i>La demanda de ayuda</i> . . . . .	152
<i>Objetivos del primer contacto telefónico</i> . . . . .	153
<i>La convocatoria</i> . . . . .	155
<i>Parejas no tratables</i> . . . . .	157
<i>La propuesta de otro procedimiento posible en el primer         contacto y construcción de la consulta de pareja         (Laura Fino, Alberto Penna)</i> . . . . .	158
Cuando el paciente es la familia . . . . .	160
La ausencia de demanda en el contexto coercitivo. . . . .	166
Cuando quien deriva es la escuela . . . . .	167
Cuando quien deriva es el tribunal. . . . .	170
La demanda individual. . . . .	174
<i>Qué entendemos por psicoterapia individual sistémica         (Roberto Berrini)</i> . . . . .	174
El primer contacto. . . . .	179
La primera entrevista . . . . .	182
Las entrevistas preliminares segunda y tercera . . . . .	186
<i>Enseñar la empatía como procedimiento         (Marco Vannotti)</i> . . . . .	187
<i>Empatía entre consciencia e inconsciencia</i> . . . . .	187
<i>El trabajo de reflexión</i> . . . . .	188
<i>Empatía como proceso en seis etapas</i> . . . . .	189
<i>En conclusión</i> . . . . .	192

2. El uso de las puertas en la consulta. . . . .	193
Las siete puertas: enfoque integrado del paciente, de su familia y del sistema terapéutico . . . . .	193
La primera puerta: los cuatro contextos de la demanda . . . . .	196
La segunda puerta: el diagnóstico sistémico. . . . .	197
<i>Partir de los hechos y del presente</i> . . . . .	198
<i>Dimensión estructural</i> . . . . .	200
<i>Dimensión del juego de poder o estratégica</i> . . . . .	201
<i>Dimensión ética de la justicia</i> . . . . .	203
<i>Dimensión de las reglas, del control y de la guía</i> . . . . .	204
<i>Dimensión de la preocupación</i> . . . . .	205
<i>Dimensión del conflicto/de la cooperación</i> . . . . .	206
<i>Dimensión de la empatía y del calor</i> . . . . .	207
<i>Dimensión de la comunicación y de         la metacomunicación</i> . . . . .	208
<i>Dimensión de la clausura/apertura hacia el exterior</i> . . . . .	210
<i>Dimensión de la responsabilización</i> . . . . .	211
<i>Dimensión del miedo</i> . . . . .	212
<i>Dimensión de las creencias irracionales compartidas         o mitos</i> . . . . .	213
<i>Dimensión evolutiva</i> . . . . .	213
La tercera puerta: la sintomatología. . . . .	215
<i>Psicoterapia e intervenciones farmacológicas         (Renato Sidoti, Carla Ferrari Aggradi)</i> . . . . .	218
La cuarta puerta: el diagnóstico del apego . . . . .	221
<i>Las reorganizaciones postraumáticas</i> . . . . .	230
<i>El modelo de Lorna Benjamin (Gianni Cambiaso)</i> . . . . .	235
La quinta puerta: el diagnóstico de la personalidad. . . . .	245
La sexta puerta: el diagnóstico trigeracional. . . . .	251
La séptima puerta: el diagnóstico basado en las emociones del terapeuta. . . . .	255
<i>Reacciones emocionales antiterapéuticas</i> . . . . .	260
<i>El conocimiento de las emociones del terapeuta</i> . . . . .	261

<i>El uso diagnóstico y terapéutico de las emociones de contratransferencia . . . . .</i>	262
<i>El uso interpretativo del diagnóstico hecho a partir de las emociones del terapeuta . . . . .</i>	263
<i>La formación del psicoterapeuta (Diego Barbisan). . . . .</i>	265
<b>3. La consulta en los cuatro contextos de la demanda . . . . .</b>	<b>275</b>
La consulta familiar para pacientes adolescentes y adultos no solicitantes . . . . .	275
La familia como recurso . . . . .	276
La necesidad del trabajo en equipo . . . . .	279
La utilidad las sesiones familiares . . . . .	282
Cuándo están contraindicadas las sesiones familiares. . . . .	283
La culpabilización de los padres. . . . .	285
<i>Cuándo es oportuno proponer el internamiento del paciente en una comunidad terapéutica (Roberto Berrini). . . . .</i>	289
<i>Paciente afectado por una dependencia patológica . . . . .</i>	289
<i>Paciente con trastornos psiquiátricos . . . . .</i>	293
<i>Paciente menor de edad con síntomas psicopatológicos explícitos . . . . .</i>	293
La consulta familiar para el niño . . . . .	295
La centralidad del niño . . . . .	295
Cuando el niño es el paciente . . . . .	297
Cuando el niño es un miembro sufriente del núcleo familiar, pero no es el objeto de la demanda de terapia	306
Situaciones con señales de patología media-grave con la colaboración de los padres . . . . .	311
<i>La consulta para la pareja (Paola Covini). . . . .</i>	315
<i>Objetivos y fases de las primeras entrevistas . . . . .</i>	315
<i>La experiencia de la traición: datar la crisis. . . . .</i>	318
<i>El reconocimiento del sufrimiento . . . . .</i>	320
<i>La pareja con un cónyuge paciente . . . . .</i>	321
<i>Flexibilidad del itinerario . . . . .</i>	323
<i>La finalización de la consulta . . . . .</i>	324

La consulta para la familia . . . . .	327
Si el centro lo ocupa la relación . . . . .	327
<i>La consulta para la familia adoptiva</i> <i>(Donatella Guidi, Annalisa Gaviraghi)</i> . . . . .	331
<i>Fundamentos del tratamiento familiar en los sistemas</i> <i>adoptivos</i> . . . . .	331
<i>El tiempo de la demanda</i> . . . . .	332
La consulta en el contexto coercitivo: la evaluación de las competencias de los padres . . . . .	336
La consulta en la terapia individual . . . . .	344
La devolución empática . . . . .	345
El terapeuta como figura de apego . . . . .	347
 4. Los tres formatos de las terapias sistémicas . . . . .	 351
De la consulta a la terapia familiar . . . . .	351
Cuando todos colaboran: alianza terapéutica y formatos . . . . .	352
La terapia paralela en equipo . . . . .	353
<i>La terapia paralela con un terapeuta que no pertenece</i> <i>al equipo</i> . . . . .	355
<i>La terapia paralela con un terapeuta individual que</i> <i>pertenece al equipo</i> . . . . .	359
Terapia familiar conjunta . . . . .	362
La terapia individual posterior a la terapia familiar . . . . .	367
<i>Terapia con la pareja (Paola Covini)</i> . . . . .	373
<i>El itinerario clínico y las elecciones del terapeuta</i> . . . . .	373
<i>Los hijos en la terapia de pareja</i> . . . . .	380
<i>La terapia individual con inclusión de familiares</i> <i>significativos (Alfredo Canevaro)</i> . . . . .	384
<i>Definición</i> . . . . .	384
<i>Luchar contra el riesgo de una separación forzada</i> <i>y destructiva de la familia de origen</i> . . . . .	386
<i>Las indicaciones para este tipo de intervención</i> . . . . .	387
<i>Itinerario terapéutico</i> . . . . .	389
<i>Dificultad en la convocatoria</i> . . . . .	390

<i>Dificultad en la conducción de la terapia</i> . . . . .	391
<i>Razones de la eficacia</i> . . . . .	392
Conclusión: seis etapas para la curación. . . . .	398
Epílogo ( <i>Marco Vannotti</i> ) . . . . .	403
Técnicas procedimentales y actitudes necesarias en el encuentro . . . . .	405
El estrecho vínculo entre procedimientos y presencia. . . . .	407
Comprender el sufrimiento y evaluar los recursos. . . . .	410
El tiempo de la terapia . . . . .	412
Tiempo y memoria . . . . .	413
Conclusión: la presencia como intercorporeidad radical. . . . .	414
Epílogo a la edición en lengua española ( <i>Juan Luis Linares</i> ). . . . .	417
Bibliografía . . . . .	421



# Prólogo

---

*Gianmarco Manfreda*<sup>1</sup>

Este es un libro de praxis clínica... no de teoría psicológica o psicoterapéutica ni de psicopatología. Describe cómo trabajan para poner en marcha terapias familiares, individuales o de pareja, algunos profesionales célebres, en los casos específicos más frecuentes en los que se les pide ayuda, explicando lo que hacen y por qué lo hacen, indicando las modalidades técnicas, haciendo referencia a otros textos e investigaciones, dando cabida también a posibles excepciones justificadas. Y todo ello con una honestidad, una franqueza y una modestia que no excluye la admisión de la diversidad, no muy significativa por otra parte, de opiniones y de prácticas entre los mismos autores.

Constituyen las indicaciones claras, sintéticas y eficaces que desean muchos estudiantes para empezar a trabajar. Yo, que he sido testigo del esmero que el grupo pone en la formación de los estudiantes, advierto en este manual también un generoso acto de solidaridad afectuosa con los jóvenes terapeutas.

Algunas prácticas se distancian mucho, sin evitar refutaciones ni ocultar sus propios puntos potencialmente cuestionables, no solo del enfoque psicodinámico o cognitivista, sino también de la

---

1. Presidente de la Sociedad Italiana de Psicología y Psicoterapia Relacional (SIPPR).

práctica tradicional de las terapias familiares estructurales o estratégicas: más cercanos están los enfoques posmodernos en la versión construccionista social. No es que el grupo milanés se dedique a la teorización de este tipo de enfoque; al contrario, se atiene a una concreción muy alejada del relativismo terapéutico. No obstante, la pasión por escuchar y reorganizar las historias representa un puente que acerca a Cirillo, Selvini y Sorrentino al enfoque narrativo según lo entiendo y lo propongo en mi actividad clínica y en mis escritos.

Otro elemento notable en este manual es la búsqueda del aspecto colaborativo, que no quiere decir complaciente, del terapeuta con el cliente, bien sea este la familia, la pareja o el individuo. La crítica a los aspectos directivos de la década de 1970 es severa, con frecuentes flagelaciones, quizá excesivas. Después de todo, el aspecto constructivista radical de los años ochenta, que defendía la posición de puro observador del terapeuta y su liberación del peso de la responsabilidad de conducir la terapia, no ha dado mejores resultados clínicos... También aquí, Cirillo, Selvini y Sorrentino se acercan a un enfoque construccionista social, en el que se comparte la construcción de la relación, pero no se renuncia a la responsabilidad del terapeuta.

Los casos contados en el manual son estupendos, muy difíciles, increíbles y llenos de sufrimiento, como lo son a menudo los que escuchamos en las terapias reales: para cada uno de ellos es admirable el trabajo de lectura del contexto en que el terapeuta se compromete de inmediato para maximizar las probabilidades de éxito a favor de los clientes.

La atención a la psicopatología, rara entre los terapeutas sistémicos familiares-relacionales, se orienta más hacia un modo de describir y de comunicar entre los profesionales que a seguir el dictado de una fe en realidades objetivas que escapan siempre a toda catalogación. Si bien es cierto que la psicopatología es como la tripa, se estira hasta donde se quiere, como decía Giuseppe Giannoni, un viejo colega y amigo psiquiatra, no obstante, es necesario ponerse de acuerdo en un lenguaje descriptivo común, compartido tam-



bién con otras orientaciones, para expresarse, sin caer en la reificación de las que son solo descripciones nunca bien definidas, tanto más esquivas e incompletas cuanto más se acercan a la esencia de la vida real.

El diagnóstico lo hacemos siempre en nuestro interior durante los primeros minutos –esto resulta inevitable– y por eso no creo mucho en la evaluación prolongada. Es siempre variable, especialmente a través de los confines matizados de los trastornos de personalidad; es necesario ser consciente de ello para utilizarlo como una señal de la dirección que debemos tomar, como el mapa sobre el que se escribe en el manual, y para no caminar en círculos pensando, presuntuosamente, que tenemos el navegador incorporado. Es también una práctica exigida al terapeuta, de la que este no puede escapar: sus diversos niveles, el sintomático y el de la personalidad, están bien ejemplificados en el texto.

Otro elemento fundamental del enfoque clínico descrito en el manual es la inspiración que los autores encuentran en la teoría del apego: actualmente está comprobado que una gran parte de los trastornos psicopatológicos de la personalidad tiene su origen en problemas surgidos en las relaciones de apego. La investigación sobre estas en las historias de los pacientes, recogidas por los terapeutas, que se dedican desde hace tiempo a los trastornos del Eje II, impulsará, ciertamente, a los lectores a querer saber más: también aquí, si bien no existen personalidades estable y permanentemente equilibradas, es posible encontrar variantes y desviaciones mayores y menores de la norma, en nuestros clientes y en nosotros mismos.

Aunque este libro es un manual clínico, me ha permitido comprender finalmente algo que siempre me dejaba con un interrogante: la insistencia de Mara Selvini Palazzoli en describir su praxis clínica como investigación. Si no pensamos en una investigación cuantitativa, sometida en psicoterapia a variables tanto mayores cuanto más se acerca a la realidad compleja de los encuentros terapéuticos, la praxis clínica, descrita con la máxima honestidad y atención a los detalles en un libro como este, no es científicamente

irrelevante, pues se configura como una especie de investigación cualitativa, que se desarrolla a partir de unos pocos casos descritos con la máxima atención. Se trata de una raíz implícita que reconozco con gusto y que, en mi opinión, representa la continuidad en el seno de una larga historia llena de transformaciones como la del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia de Milán, que se convirtió en la Scuola di Psicoterapia «Mara Selvini Palazzoli».

Por último, quisiera aludir al tema de la responsabilidad: este es un libro del que se desprende el sentido de responsabilidad exigido a quien quiere ejercer como terapeuta. Somos personas a las que se nos pide ayuda, con buena o con mala fe, a menudo de forma egoísta o demasiado altruista, sazónada con intereses personales y mezquindades o empapada de espíritu de sacrificio; en todo caso, se trata de una petición humana, imperfecta y a menudo incoherente, como somos todos nosotros, y, por consiguiente, una petición que debe acogerse siempre con la misma seriedad. Nos corresponde a los terapeutas dar respuestas útiles, a nuestro parecer, del modo más fructífero a quien se dirige a nosotros: podemos ser acogedores o descorteses, podemos también rechazar la intervención, pero siempre de modo colaborativo, si consideramos que es útil en esa situación y menos nocivo que otras alternativas, y lo presentamos del modo mejor con esta finalidad.

Todos reconocen una gran profesionalidad al grupo milanés: quisiera que también se le reconociera esta gran humanidad, que le impulsa a hacerse cargo de los problemas de los clientes y de los estudiantes con diligencia y responsabilidad admirables.

Este manual es un acto de amor hacia ellos y de compartición con quien quiere hacer o hace el mismo trabajo.

No son frecuentes los libros verdaderamente útiles y significativos en psicoterapia, textos que no hablen de obviedades o que no estén escritos de modo genérico y repetitivo o que no sean una colección de opiniones de moda. Asimismo, no son muchos los libros que proponen prácticas en términos problemáticos en vez de ideas quizá simpáticas y aparentemente brillantes que se hacen pasar por nuevas técnicas seguras, pero que se revelan en cambio

como tecnicuchas inadecuadas; o especulaciones culturales admirables y a la vez estériles a la hora de ponerlas en práctica. En suma, no son muchos los libros que merece la pena leer, y aún menos los que merece la pena escribir, dado que decir algo original y/o útil es muy difícil; lo decía ya Giuseppe Giusti (1809-1850, *Epigrammi*): «Escribir un libro es menos que nada si el libro hecho no rehace a la gente». Este manual ayuda a rehacer no solo a los pacientes, sino también a los terapeutas que así lo quieran. Expreso mi sincero agradecimiento a sus autores.



# Introducción

## Hacia un pensamiento sistémico complejo e integrado

---

### **El objetivo de este libro: la investigación sobre procedimientos, formatos y convocatorias**

Hemos decidido centrarnos en este libro en un tema específico: ¿cómo proceder a la hora de responder a una demanda de ayuda? ¿Qué es lo mejor que debemos hacer? ¿Qué es desaconsejable? ¿A quién hacemos venir? ¿A quién dejamos en casa? ¿Cómo gestionamos el primer contacto? ¿Qué preguntamos y qué explicamos? Estas preguntas son igualmente válidas para la primera entrevista. Y, después, ¿cómo pasamos de la primera entrevista a las posteriores para la denominada consulta?

Hoy parece verdaderamente casual y arbitrario el tratamiento que se propone para cada psicopatología específica. Consideremos un campo que conocemos muy bien: una muchacha presenta los primeros síntomas de una anorexia restrictiva. Podría recibir un psicoanálisis individual, un tratamiento nutricional en un gran hospital, una terapia de grupo, una asistencia psiquiátrica farmacológica, una terapia familiar, una atención familiar e individual... y estas son solo las prácticas más probables, pues existen muchas otras. ¿Quién podría decir qué intervención es más eficaz? Las familias eligen influidas por los medios culturales, personales, casuales. Los profesionales parecen hacer lo que son capaces de

hacer: nos viene a la mente el famoso dicho «si solo tengo un martillo, todo corre el riesgo de transformarse en un clavo».

El tema que proponemos podría entonces resumirse en los siguientes términos: procedimientos y convocatorias en el inicio de un tratamiento.

Sobre esto quisiéramos exponer nuestras experiencias, nuestras certezas, pero también nuestras dudas, con la esperanza de activar una confrontación constructiva, una búsqueda común, tanto en nuestro círculo como con las otras escuelas de psicoterapia, ya sean sistémicas o no. Quien bien empieza, bien acaba, dice un famoso proverbio; por consiguiente, el tema inicial del análisis de la demanda y de cómo responder del mejor modo posible es algo que les interesa a todos los psicoterapeutas. Es verdad que se puede empezar de muchas formas, pero ¿cuál será la más eficaz para crear una colaboración óptima?

Tomemos como ejemplo una situación reciente, conocida justo cuando estábamos terminando la redacción de este libro, que ilustra bien los dilemas que encontramos diariamente en nuestro trabajo.

Recibo<sup>1</sup> la llamada telefónica de un colega y amigo<sup>2</sup> que me pide que vea a su hijo de trece años. Me quedo sorprendido: el colega sabe perfectamente cómo trabajo y que, por tanto, privilegio un primer contacto con la familia. Pero el muchacho ha pedido explícitamente hablar con un psicólogo de forma independiente, sin discutir con los padres el motivo de la demanda. Confío en la intuición de mi amigo, que tiene una excelente relación con su hijo, pero, no obstante, dudo en aceptar el caso. El muchacho fue adoptado con seis años, junto con una hermana unos años mayor. Brasileños, negros, con un calvario de orfanatos y de casas de acogimiento a sus espaldas, han sido objeto de preocupación y ansiedad por parte de las

- 
1. Hemos decidido usar la primera persona del singular en el relato de los casos clínicos; esta elección no quiere anular la dimensión de equipo (que, como veremos, está siempre presente en nuestra forma de trabajar), sino subrayar la dimensión subjetiva del encuentro interpersonal entre terapeuta y pacientes.
  2. En este, como en todos los ejemplos, se han modificado los nombres y los demás elementos que podrían llevar al reconocimiento de los protagonistas.

familias extensas de los padres y de sus numerosos amigos. Los padres adoptivos, que ya no son tan jóvenes, están casados por segunda vez, él es divorciado y ella (médica de cabecera) es viuda, y no han tenido hijos anteriormente. En cambio, la adopción ha dado óptimos resultados, conseguidos con esfuerzo, inteligencia y dedicación, pero sin encontrar obstáculos casi insuperables como en otros casos lamentables. Muchachos guapos, inteligentes, tienen resultados excelentes en los estudios y en el deporte. La muchacha, Flor, baila (la abuela materna, que acogió con afecto a los nietos, dirigía una escuela de danza); el muchacho, Paulo, es una promesa del fútbol. Hace un año, los padres le propusieron a Flor que fuera a la consulta psicológica de un colega del padre: había en ella un fondo de amargura y de cerrazón que les hacía pensar que no había superado los traumas de sus primeros nueve años, con los repetidos abandonos y los duros maltratos sufridos. Flor, aunque con una cierta ambigüedad, acepta. Y ahora es Paulo quien la pide. El padre me propone una primera entrevista con él y la madre para contarme la historia del hijo, antes y después de la adopción. Pero al acoger inmediatamente después la petición de Paulo de verlo a solas, ¿no se correrá el riesgo de confirmar un movimiento de fragmentación de la familia, ya frágil por la condición de una adopción relativamente tardía? ¿O bien es útil para igualarlo a la hermana mayor? Además, cada uno de los padres tiene a sus espaldas una terapia individual exitosa y es comprensible que quieran ofrecer a los hijos una oportunidad análoga.

Por otra parte, la elección que hacen de mi persona está significativamente vinculada con mi experiencia en el campo del maltrato: ver a Paulo a solas, ¿no implicará cargar excesivamente el acento en sus traumas infantiles, poniendo entre paréntesis los recursos de la pertenencia a la familia en la que vive? (Cirillo)

Si nuestro trabajo consiste en resolver problemas, en luchar contra el sufrimiento, en ayudar a las personas a recuperar el bienestar, a que expresen lo mejor de sus posibilidades, debemos activar recursos, hacer emerger lo mejor de ellas y de sus relaciones.

A menudo, cuando los padres están preocupados por un hijo adolescente que, por ejemplo, ha suspendido, consume cannabis en exceso, aparece apagado, este, a diferencia de Paulo, no es capaz de

pedir ayuda, sino que tiende a encerrarse en sí mismo. ¿Cuál es el mejor modo para ayudarlo, para activar sus partes vitales, inteligentes, creativas y afectivas que ahora parecen sepultadas?

Los procedimientos usados por los psicoterapeutas son diferentes: la mayor parte de los colegas afrontará el desafío de ver a aquel muchacho a solas, tratando de vencer su oposición, la resistencia que le surge al pensar que quien va al psicólogo es un pobre «perdedor», la desconfianza hacia los adultos, el encierro en sí mismo... Otros colegas, en cambio, querrán ver a los padres la primera vez, para crear una alianza con ellos, para entender mejor cómo acercarse al muchacho. Otros harán venir a toda la familia.

Nosotros, por el contrario, preferimos verlo en un primer momento junto con sus padres, sin los posibles hermanos o hermanas: nos parece lo mejor, tanto porque respeta el hecho de que no es él quien pide ayuda como porque es para él para quien se pide ayuda. Cuatro colegas diversos, el mismo caso, cuatro procedimientos diferentes: ¿quién tendrá razón? Podría sostenerse que es posible obtener un buen resultado pasando por cada una de las cuatro vías. Y, sin duda, esto tiene algo de cierto. Sin embargo, las experiencias y la bibliografía al respecto muestran que la primera entrevista es un momento muy delicado: puede calcularse en torno al 50% el número de las primeras entrevistas que no tienen continuidad en una segunda (Talmon, 1990). La investigación sobre los procedimientos es, por consiguiente, muy importante: debemos buscar modos de evaluar, citar e intervenir que sean los más eficaces. El drama de la psicoterapia es precisamente el de una llamada creatividad, donde vemos hacer de todo y lo contrario de todo. La psicoterapia no podrá nunca realizarse como el cultivo estandarizado de las patatas, pero puede buscarse un término medio. La investigación podrá decirnos que, dadas ciertas condiciones, ciertos procedimientos son más eficaces que otros.

Podríamos poner aún el ejemplo de un padre que pide una cita para su hijo de treinta años que está deprimido (volveremos a hablar del caso en las pp. 64-65). También aquí los psicoterapeutas utilizan cinco procedimientos diferentes (como mínimo):



- Dar la cita al hijo a través del padre.
- Dar la cita solo al padre.
- Dar la cita solo a los padres.
- Convocar a toda la familia, hermanos incluidos.
- Convocar al paciente con los padres sin los hermanos.

Nosotros elegimos esta quinta opción, cuyas razones explicaremos en el libro, pero debemos evitar que las diversas respuestas se den de forma rígida, automática, predeterminada, ideológica, psicopedagógica, o bien, desde el extremo opuesto, a saber, recurriendo exclusivamente a la creatividad y a la intuición del terapeuta. Pensamos que debe pensarse detenidamente en los procedimientos partiendo de la experiencia clínica, de la investigación cualitativa, de las reacciones de los pacientes, del análisis de los errores, del estudio de los seguimientos –mientras esperamos que se hagan investigaciones cuantitativas serias con grupos de control, por ahora inexistentes, o casi inexistentes–, y confrontar así los diferentes procedimientos usados por los diversos modelos de psicoterapia.

Los ejemplos son numerosos. Acabamos de ver el caso de la primera cita para un adolescente, pero podríamos hablar también del caso en que un paciente en terapia individual habla todo el tiempo de sus problemas de pareja: ¿habría que derivarlo a una terapia de pareja mientras prosigue su terapia individual, como sugiere Yalom (2015, p. 184) en su último libro? ¿O bien sugerir también a la pareja una terapia individual? ¿O invitar nosotros a la pareja a una sesión en nuestra terapia individual, quizá con la compañía de un terapeuta de nuestro equipo? ¿O tal vez encontrar un modo eficaz para que la terapia individual ayude a los dos miembros de la pareja? ¿O...? Una vez más, las opciones son muchas.

Confirmamos que la complejidad de la psicoterapia no podrá ser nunca verdaderamente estandarizada y convertida en un manual (Lingiardi, Madeddu, Fossati et al., 1994), pero también nos parece bastante peligroso abandonarla a las preferencias instintivas del terapeuta (tal vez condicionadas por sus opciones de vida). Desde hace años se ha observado cómo la separación es el resultado frecuente de la terapia individual de un adulto casado, ¡pero el porcentaje sube muchísimo cuando el terapeuta está a su vez separado!

No creemos que realmente pueda hacerse todo y lo contrario de todo: los caminos de la psicoterapia están pavimentados de errores, abandonos, fracasos... Si los padres están preocupados por un niño, ¿es mejor ver al niño a solas, tal vez para que haga algunos test? ¿O bien ver antes a los padres? ¿O, tal vez, ver al niño con los padres? Veremos que sobre estos dos últimos procedimientos existen opiniones discordantes, también entre los profesores de nuestra misma escuela.

La misma situación nos encontramos en la demanda de una terapia de pareja. ¿Qué es mejor? ¿Una larga conversación telefónica con el miembro más motivado, seguida de un encuentro de la pareja con la pareja coterapéutica, que es el modelo propuesto en este manual por Paola Covini, o bien un primer encuentro de la pareja con un solo terapeuta, seguido de otro con la pareja coterapéutica, según el modelo de Laura Fino y Alberto Penna que se describe más adelante?

Volviendo al caso de Paulo, después de consultar con mis colegas de equipo y con el terapeuta de Flor, a quien conozco bien, decido proponer por teléfono al padre la supresión del encuentro preliminar con los padres y que, en su lugar, vengan los tres la primera vez. No obstante, si Paulo lo desea, podremos hacer salir a los padres durante una parte del encuentro y tener una entrevista privada. Todos aceptan y así lo hacemos. El encuentro es muy tranquilo, sin tensiones ni reticencias. Cuando pregunto a la madre cómo tomó la petición de Paulo de hablar con un psicólogo, me dice, sonriendo, que al principio le sentó un poco mal, pues se preguntó por qué no podía ser suficiente la ayuda de los padres. En realidad, los padres conocen bastante bien la causa que impulsa al hijo a solicitar una cita para sí mismo: cada vez con mayor frecuencia se enfrenta a detestables episodios de racismo, con insultos groseros y repetidos, y no sabe cómo reaccionar. Paulo, que es abierto y seguro, declara que quisiera una tercera opinión, porque los padres le dan dos consejos opuestos: reaccionar incluso físicamente a las provocaciones (el padre); no hacer caso y alejarse (la madre).

Los padres explican y argumentan: de niño Paulo tenía tremendas crisis de rabia, que con los años ha conseguido controlar. Ahora,

que se ha convertido en un gigante, temen que pueda hacer mucho daño a alguien cuando se pone terriblemente furioso. Por eso piensa el padre que es mejor una reacción inmediata y no demasiado intensa que la represión de la agresividad con el riesgo de una explosión posterior.

Cuando los padres salen, según lo acordado, Paulo no añade elementos significativos mientras recapitulamos los contextos y el desarrollo de las últimas agresiones sufridas. Sin embargo, hace emerger un contenido interesante con respecto a la vida en familia, concretamente su hostilidad hacia la hermana, que, en su opinión, no es agradecida con sus padres adoptivos y les apesadumbra con sus provocaciones y sus expresiones de ingratitud. El muchacho, que ha sido ayudado en este aspecto por los padres, entiende muy bien las razones de la diferencia entre su actitud y la de Flor con respecto a la adopción: su última ubicación en Brasil había sido diferente: él estaba en un orfanato, del que deseaba ardientemente ser salvado para encontrar una familia, mientras que su hermana se encontraba en una familia de acogimiento y esperaba permanecer en ella, pero se sintió arrancada de ella contra su voluntad.

Cuando hacemos entrar a los padres, estos confirman lo anterior: la diferencia entre las expectativas de los dos muchachos con respecto a su futuro ha sido objeto de varias clarificaciones entre ellos. No obstante, se quedan sorprendidos de que quizá la hija (que se dirige al hermano llamándolo «zalamero», porque es demasiado complaciente con los padres) podría sentirse aliviada al oír que Paulo, si bien condena su modo de actuar, comprende las razones y es capaz de sentir cierta empatía hacia ella. Le propondrán que acuda a la siguiente cita, puesto que Paulo ha pedido explícitamente seguir este procedimiento: quizá podrán confrontarse útilmente sobre cómo Flor se enfrenta a episodios análogos de racismo. (Cirillo)

## **Para proceder se necesitan mapas**

Pero si los procedimientos no pueden ni deben ser rígidos y repetitivos, como los preceptos de una religión, ni tampoco arbitrarios, solo pueden basarse, entonces, en evaluaciones, comenzando con la de la demanda de ayuda. De hecho, existen muchas demandas de ayuda, muy diferentes entre sí, pero que, por suerte, pueden

agruparse en un número limitado de categorías (cuatro, según nosotros, con algunas subvariantes). A cada categoría le corresponderá precisamente un cierto modo de proceder. Así pues, el análisis de la demanda es el mapa, la primera puerta de la terapia, la primera evaluación que se convertirá de inmediato en operativa. Nos ocuparemos de ello en el primer capítulo de este manual.

La segunda puerta, el segundo mapa, es la sistémica, que comienza a utilizarse junto con la anterior: ¿por qué es el padre el que pide una cita para su hijo adulto deprimido? ¿Cómo es posible que no lo haga el hijo mismo o la madre (que estadísticamente es lo más frecuente)? ¿Qué limita su capacidad de iniciativa, por ejemplo, a la hora de pedir ayuda para su depresión? Una primera hipotetización podría sugerir que la pasividad materna y el hiperactivismo paterno están vinculados a la depresión de aquel «muchacho». Sin embargo, la puerta sistémica podría resultar poco eficaz y entonces el terapeuta tendrá que utilizar otras puertas.

La tercera es la de la sintomatología: ¿qué nos enseña la historia acerca de esa depresión y del modo en que se ha tratado hasta ahora? ¿Qué sabemos en general del tratamiento de la depresión en hombres adultos no casados?

La cuarta es la del apego: ¿en qué vertiente se coloca el paciente: en la de la ambivalencia o en la de la evitación? ¿En qué nos ayuda este diagnóstico para comprender su itinerario de desarrollo? Esta evaluación orientará el enfoque de la alianza terapéutica con él.

La quinta puerta es la personalidad: ¿detectamos un rasgo clave de su personalidad que lo predispone a la depresión? Y ¿cómo lo habrá desarrollado?

La sexta es la trigeracional: ¿podemos ver esta depresión como parte de un itinerario que empieza con los abuelos y llega hasta este joven, tal vez en la transmisión de una difícil identidad masculina?

Finalmente, la puerta de las emociones del terapeuta: ¿cómo podré interpretar el sentimiento que provoca en mí ese hijo deprimido al verlo con sus padres? Si su pasividad produce irritación, obstaculizando una empatía más natural por su sufrimiento, esa

emoción, ¿depende más del modo en que funciona el muchacho o del modo en que funciono yo, el terapeuta, como persona?

En el segundo capítulo del libro trataremos de explicar cómo se pueden y se deben usar estas siete puertas de la terapia, y cómo el modelo sistémico debe evolucionar hacia una mayor complejidad, aprendiendo de otros modelos vitales de la psicoterapia un pensamiento para ir y venir (como dice Morin, 1985), multidimensional, un pensamiento falsable y capaz de renovarse continuamente.

En el tercer capítulo nos ocuparemos de la fase de la consulta (las tres/cinco primeras sesiones); y en el cuarto, de los tres formatos fundamentales de las terapias sistémicas: paralelo, conjunto, individual con inclusión de otras personas junto al paciente.

## **Hacia una única psicoterapia fundamentada en la investigación**

Debemos a un terapeuta humanista existencial, concretamente a Irvin Yalom (2005), una preciosa definición de psicoterapia: «Hacer suceder algo emocionalmente importante para después razonar sobre ello», que recuerda una expresión análoga de Mara Selvini Palazzoli. Históricamente, los terapeutas de la familia han aprendido a hacer suceder, sobre todo, tres cosas durante las primeras fases del trabajo, tres cosas que caracterizan nuestra identidad, pero sabiendo que debemos estar atentos para no convertirlas en «martillos» invariables.

- Hacer hablar con el terapeuta a un muchacho en crisis, en presencia de sus padres, pidiéndole que hable tanto de sí mismo como de la relación que tiene con sus familiares. Debe garantizarse que sea escuchado con respeto. El terapeuta dará buen ejemplo prestándole mucha atención, guiándolo con delicadeza, cuidando de que todos se sientan tranquilos y seguros. Para esa familia podría tratarse de una experiencia nueva, correctiva.

- Facilitar la creación de un contexto de reflexión en el que los familiares se interroguen colectivamente sobre la historia de su

relación con aquel hijo/hermano/hermana, tratando de comprender dónde y cómo se han equivocado involuntariamente, cómo han llegado a crearle dificultades. Podrían surgir importantes reflexiones autocríticas que aumenten la empatía de los familiares hacia el paciente y hagan mermar la hostilidad y/o la hipercrítica hacia este.

- Pedir al padre/a la madre que cuente al terapeuta, pero en presencia del cónyuge y de los hijos, la historia de su infancia, sus alegrías, pero también sus dificultades, las relaciones con sus padres, qué recibieron de bueno de ellos, pero también las heridas y las cicatrices que pudieron producirse. Ver en aquel padre/aquella madre, o en aquella pareja, el niño herido que hay en ellos, podría esclarecer antiguos malentendidos y abrir nuevas vías de reconciliación.

Las primeras terapias familiares en Italia, conducidas por nuestra maestra Mara Selvini Palazzoli, se remontan a la segunda mitad de la década de 1960; así pues, ya hace cincuenta años que nuestro grupo trabaja para mejorar y conservar este patrimonio de experiencia clínica. Son, en verdad, muchísimos los testimonios y las entrevistas de seguimiento (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini et al., 1998) que muestran cómo de similares experiencias intensas emotivas/cognitivas pueden surgir cambios importantes. No obstante, la mayor parte del mundo de la psicoterapia (las escuelas psicoanalíticas o las cognitivas) no conoce estos instrumentos, en general interviene sobre el paciente y ni siquiera se plantea el problema de un cambio de la familia. Y, viceversa, es posible que los sistémicos infravaloremos la eficacia de los mejores instrumentos de muchos modelos de psicoterapia individual. ¡Debemos combatir esta sectaria evitación de la comunicación!