

ETICA Y CONSTRUCTIVISMO. UN PUNTO DE VISTA RELACIONAL-SISTEMICO

Sergio Cingolani
Centro di Psicoterapia, Roma.

In this article the autor explores the relationship between a constructive approach to psychotherapy and the ethical issue. Family therapy is assumed as an exemple of a wider range of therapeutic intervention adopting a constructivistic perspective.

No es necesario penetrar muy a fondo en el pensamiento constructivista para darse cuenta de que esta concepción lleva infaliblemente a hacer responsable al hombre pensante, y a él solo, de su pensamiento, de su conocimiento y, en consecuencia, también de sus acciones. Si los conductistas otorgan toda la responsabilidad al ambiente mientras que los sociobiólogos querrían descargarla en gran parte sobre los genes, es incómoda una teoría que nos atribuye a nosotros mismos la responsabilidad del mundo en el cual creemos vivir.

Ernst Von Glaserfeld

A la puesta en cuestión de mi espontaneidad por la presencia del otro, se le llama ética.

Emmanuel Levinas

INTRODUCCION

¿Existe todavía hoy la posibilidad de dar alguna definición de responsabilidad para un psicoterapeuta? Hace tiempo era muy sencillo responder: se recurría a la metáfora del poder y del control de la primera teoría cibernética. Pero ahora que esta metáfora se ha venido abajo -en la medida en que hay una creciente adhesión a la cibernética de segundo orden, llamada también constructivismo- ¿cómo redefinimos nuestra responsabilidad hacia los pacientes?. Dicho más prosaicamente: ¿por qué se nos paga?.

Se trata de una cuestión -la cuestión ética- de cierto peso, que tendemos a afrontar, sin embargo, de forma un poco superficial; o la reprimimos del todo, o bien la resolvemos por simple contraposición con el pasado. Y de este modo se sostiene que el terapeuta debería abandonar cualquier posición “meta” no teniendo ya sentido su aspiración a mantener el poder en terapia (Hofman, 1985; Andersen & Goolishian, 1990) y por lo tanto debería olvidar “cualquier definición de patología y cualquier intento de reparar eventuales estructuras disfuncionales o vías para el cambio” (Hoffman, 1990), o incluso debería dejar de lado cualquier esfuerzo consciente para obtener sus objetivos terapéuticos (Hofman, 1988; Atkinson e Heath, 1990), y todo esto con el fin de favorecer una relación no artificial, en un clima “conversacional” de intercambio emocional auténtico y paritario con los pacientes (Anderson & Goolishian, 1988; Griffith *et al.* 1990; Goolishian & Anderson, 1992).

Intentaré más bien analizar la definición de responsabilidad terapéutica que nace de la simple contraposición con la primera cibernetica, y llegaré a la conclusión que anticipó a continuación: *es imposible para un terapeuta constructivista poner en práctica, sin traicionarlo, el imperativo de no asumir ninguna metaposición en el sistema terapéutico.*

El entramado conceptual del que me serviré lo he sacado del inagotable arsenal de Gregory Bateson. Se encuentra esbozado en dos hermosos ensayos de *Hacia una ecología de la mente* y desarrollado plenamente en la obra póstuma *Donde los ángeles dudan* (Bateson y Bateson, 1987): una reflexión sobre la relación entre espontaneidad y finalidad terapéutica consciente, parte de una amplia disanima sobre “los frágiles confines que separan lo sacro de lo profano”.

LA ESPONTANEIDAD EN TERAPIA

En su intervención en la mesa redonda sobre “Emociones y terapia sistémica”, organizada con motivo de la clausura del congreso nacional del 1989 de la Società Italiana di Ricerca e Terapia Sistemica, Luigi Boscolo describía de este modo una sesión suya:

“Era la pareja más simétrica que había visto en toda mi vida. Se pasaban toda la sesión haciéndose recriminaciones sobre banalidades del tipo ‘Yo he lavado cinco calzoncillos, ¿tú has lavado cinco?’. ‘No, he lavado siete’, y así continuamente. Ambos hacían exactamente lo mismo, y se acusaban con terrible sadismo. Si hubieran recurrido a la violencia física se habrían matado... Por mi parte había intentado hacer intervenciones y entrar en la conversación. Lo intenté una y otra vez. Recuerdo que la mañana de la sesión sentía náuseas ante la idea de que a las cinco tenía que verlos. Me dije ‘Espero realmente que no vengan’. La pareja, en cambio, vino, y en seguida empezó con sus recriminaciones. Estuve durante veinte minutos en silencio; experimenté sentimientos de futilidad, confusión, impotencia y náusea, con todos sus correspondientes componentes psicosomáticos; después, de repente,

hice una cosa que me vino espontánea: me dejé caer en la silla con las piernas y los brazos abiertos. Ellos me miraron estupefactos y me preguntaron:

- '¿Qué sucede?'
- 'Me rindo', respondí.
- '¿Cómo, se rinde?'
- 'Sí, me rindo'.
- 'Pero, pero...¿en qué sentido?'
- 'Me rindo porque me siento mal. Esta mañana he empezado a pensar que vendrías y he sentido náuseas. He sentido que tengo que rendirme porque me siento totalmente impotente, y tengo miedo de enfermar. No he conseguido ayudarlos: me paro aquí. Id a otro colega, quizás él pueda hacerlo mejor. Yo declaro mi rendición total, lo siento'.
- 'Pero no, mire..."
- (Entonces me levanto) 'Me marcho - digo- porque no puedo estar más aquí'.
- 'Pero...de verdad...'.

Después se dan cuenta de que lo digo en serio. Se levantan y se miran un poco incómodados.

- 'Por lo que se refiere a la sesión...si queréis la pagáis, si no no la paguéis...'.
- '¡No, no la pagamos!'

Cuando se marcharon estaba convencido que había sido un fracaso total, no tenía ninguna duda sobre ello. Seis meses después me llama el marido y me dice: 'Mi mujer y yo queríramos concertar otra cita (me da un ataque). Pero mire, no queremos reiniciar la terapia, queremos sólo volverle a ver a usted!... Nos ha ocurrido algo incomprensible: parece que todo se haya resuelto. Cuando salimos de la última sesión estábamos desconcertados. Hemos vuelto a casa, y nos hemos mirado, y desde ese momento ha sucedido que hemos empezado a pensar también en un sentido positivo el uno del otro. Nuestra vida ha cambiado'.

- 'Pero ¿estáis seguros de que no volvéis reiniciar la terapia?'
- 'No, no, no'
- 'Bien, tomo nota'''

EL USO (PROBLEMATICO) DE LA ESPONTANEIDAD EN TERAPIA

¿Cuántas veces en terapia, como Boscolo, nos hemos encontrado presos de emociones fuertes, vividas espontáneamente, sin demasiadas reflexiones? Quizás no siempre somos tan afortunados: a menudo reacciones de este tipo sirven sólo para acelerar el momento de la interrupción de la terapia, o quizás incluso para decretar su fracaso. Esta intervención, sin embargo, parece que fue exitosa. Y sin embargo no se realizó como una intervención. Es más, parece que haya sido precisamente la ausencia de cualquier finalidad consciente (su espontaneidad) lo que la hizo ser tan eficaz.

Y de este modo el caso se concluyó felizmente, pero un interrogante perma-

nece abierto: ¿qué sucedería si quisieramos extraer del relato de Boscolo una enseñanza para ponerla en práctica en un futuro en casos similares?

Hagamos un experimento imaginario: imaginemos que nos encontramos frente a la misma pareja simétrica. Como de costumbre intentaremos escucharlos, y de tanto en tanto decir la nuestra. Pero, he aquí una primera diferencia. Es probable -incluso, esperable- que esta vez nuestros esfuerzos para escucharlos y para ser escuchados sean un poco menos genuinos y un poco más académicos, quizás un poco recitados “como de un guión”. En el fondo, ahora sabemos que los contenidos no son tan importantes en situaciones de este tipo, y que ni tan siquiera los maestros consiguen hacerse escuchar. Entonces, ¿por qué esforzarse tanto donde los maestros también fracasan? Y con un mayor distanciamiento, hasta notar casi un sutil sentimiento de complacencia, asistiremos a la inagotable disputa “Yo hago todo como tú más uno” que tantas veces, en el pasado, puso a prueba nuestra paciencia.

Como dice Gianfranco Cecchin, la psicoterapia siempre ha existido. Los seres humanos, cuando se encuentran, producen siempre algo, y dan vida a psicoterapias ingenuas. Los curanderos son precisamente aquellas personas que tienen esta capacidad instintiva de hablar, de ponerse en contacto. Pero nosotros, haciendo de terapeutas, y no de curanderos, y habiendo inventado esta profesión, estamos costreñidos a hablar, estamos costreñidos a hacer comentarios sobre lo que hacemos, tenemos que observar qué tiene más o menos efecto, qué emociones te sirven más y cuáles menos. Por tanto -concluye Cecchin- acabamos siendo un poco falsos. Y aquí empieza la idea de “parecer”. Y fatalmente las emociones, todas las emociones, en el momento en que hablamos sobre ellas, se convierten en teatro.

Todo esto tiene un importante corolario, que enunciaré en seguida de la manera más directa posible: si queremos crecer profesionalmente y convertirnos en expertos (no sólo haciendo, sino poniendo también conscientemente en práctica nuestras experiencias, haciendo que fructifiquen, no podemos olvidarnos del “parecer”, es decir, de la representación (o de la omitida manifestación) de emociones, actitudes, comportamientos o convicciones personales. Debemos resignarnos, en último término, a situarnos con modestia pero con competencia en lo profano, renunciando a una ambición -la de la espontaneidad- que en el momento mismo en que nace como una ambición está ya muerta. Debemos sobre todo conseguir vencer la peligrosa tendencia a corretear por las frágiles fronteras entre sagrado y profano que incluso “los ángeles dudan en pisar”.

LA PROFANACION INEVITABLE

Es muy fácil encontrar ejemplos de esta tendencia. Gran parte de la literatura que trata el tema de la relación entre emociones y psicoterapia está llena. Veamos alguno de estos ejemplos. El primero, tomado de Watzlawick, 1977:

...se hace evidente la inadecuación de un procedimiento (terapéutico) que básicamente consiste en traducir el lenguaje analógico (hablado por el paciente)

en un lenguaje digital de la explicación, de la justificación, del análisis, de la interpretación, de la confrontación, etc. (...) en lugar de, por el contrario aprender el lenguaje, típico del hemisferio derecho, del paciente, y utilizarlo como una vía regia que conduce al cambio terapéutico.

Bien, admitamos que hemos sido buenos discípulos: hemo llegado a ser muy buenos hablando el lenguaje del cerebro derecho. La cuestión es la siguiente: ¿se trata realmente del mismo lenguaje que usan nuestros pacientes?.

Se nos presenta en seguida una diferencia: el lenguaje que llamamos derecho de nuestros pacientes no es elegido, es el único que conocen, se expresa espontáneamente y sin darse cuenta. En pocas palabras: se encuadra dentro de lo sacro. Nuestro lenguaje “derecho” inversamente -en especial cuando lo usamos con una finalidad consciente- por ejemplo, para favorecer el cambio de un sistema, es de lo más profano que podamos imaginar: somos conscientes de usarlo, lo estamos eligiendo cuidadosamente entre tantos lenguajes (izquierdos y derechos) que podríamos hablar, seleccionamos activamente metáforas y matices analógicos para favorecer la comprensión de quien nos escucha. Y si después consideramos nuestras exigencias de crecimiento profesional, tenemos que considerar también la necesidad de convertir nuestro lenguaje “derecho” en un objeto de aprendizaje explícito, lo que equivale a decir que deberemos continuamente profanarlo con los instrumentos típicos del cerebro izquierdo: análisis, racionalidad, lógica, etc. Y cuanto más expertos seamos, tanto más profanos nos volveremos.

Si para clarificar todo esto no bastara el sentido común, tómese al menos un dato de la psicología experimental. Se ha constatado en un estudio sobre la dominancia cerebral en la escucha musical, que con el crecimiento de la competencia musical crecía también la dominancia del hemisferio izquierdo, mientras que en los no iniciados predominaba el hemisferio derecho de forma casi exclusiva (Bever y Chiarello, 1974). Falta la prueba contraria, y sería interesante llevarla a cabo, pero parece que puede aventurarse que para los psicoterapeutas las cosas funcionen de modo parecido. Veamos otros dos ejemplos:

“demasiada conciencia puede hacer imposible la realización de una secuencia deseada de acontecimientos. Según esto espero la constitución, en terapia de una serie de procedimientos menos conscientes, aun sabiendo que estoy construyendo estos procedimientos menos conscientes de modo consciente” (Hoffman, 1988).

“Siempre tengo confianza en mi inconsciente. Demasiados terapeutas intentan programar lo que deben pensar, en lugar de esperar o ver qué estímulos reciben, y dejar que su mente inconsciente los procese” (Erikson, 1981)

Estos son otros tantos ejemplos de precipitación sobre los límites que dividen lo sagrado de lo profano: cómo se puede poner conscientemente bajo control consciente nuestra conciencia para conseguir menos conciencia? Y cómo se puede esperar, sin verse arrastrado por la parálisis, la emergencia de las reacciones inconscientes? ¿Se os ha dado el caso de que el supervisor os pida que uséis más las

emociones en psicoterapia? Pero como se hace para usar algo que o se impone a nuestro control consciente o bien se convierte en otra cosa? Un didacta me dijo un día que escribía bien, pero que usaba poco el hemisferio derecho. Intenté cokmar este vacío y me lo pasé fatal. Finalmente se publicó el artículo (Cingolani, 1985). Estaba permeado de un lenguaje metafórico y evocativo, un buen ejercicio para el hemisferio derecho. pero se trataba de un “bluf”: nunca había usado tanto el hemisferio izquierdo como para hacerlo paracer del derecho.

RESPONSABILIDAD DE UN TERAPEUTA CONSTRUCTIVISTA

Me parece que he dado ya suficientes argumentos para responder a la pregunta sobre la redifinición de la responsabilidad del terapeuta por donde habíamos comenzado. El imperativo de escuchar a nuestros pacientes sin referirnos a teorías; la necesidad de establecer con ellos una auténtica relación; la sugerencia de dejarse llevar por las emociones; el esperar que sea el inconsciente el que reaccione; el poner bajo control el hemisferio izquierdo; el seguir la máxima de que sólo una emoción puede cambiar una emoción... son todas fruto de buenas intenciones, pero si las tomamos al pie de la letra nos colocan fatalmente en una posición paradójica: la que en terapia relacional se denomina “Sé espontáneo” (Watzlawick, 1988; 1989)

Para salir de esta posición paradójica tenemos un solo camino a disposición, el de la desarticulación de los niveles lógicos. En este punto la exigencia de una posición “meta”, echada por la ventana, se nos cuela por la puerta. ¿Desde dónde podemos decir, si no desde una posición meta: ahora me sitúo al nivel mismo de la familia? Si la indicación fuera de que el terapeuta no se debe hallar nunca en una posición meta respecto a sus pacientes, entonces debería, por principio, estar constantemente monitorizando su propio posicionamiento en el sistema terapéutico, con el objetivo de llevar a cabo todos los ajustes necesarios a tal fin. Pero la monitorización no puede no pertenecer a un nivel lógico supraordenado en relación a los ajustes.

Desde luego que el nivel meta al que me refiero se distingue sustancialmente del que postulaba la primera cibernetica. La diferencia principal está en el hecho de que los procesos que generados por la meta posición de la que estamos hablando no se refieren al poder o al control unidireccional del terapeuta sobre las familias o su mundo emocional, sino más bien a la reflexión del terapeuta sobre sí mismo y sus emociones en el sistema terapéutico. Es en esta diferencia donde toma cuerpo la asimetría de los mandatos sociales del terapeuta y paciente desde una óptica constructivista: la responsabilidad de la construcción de sí mismo con el otro, corresponde al terapeuta, pero no inversamente, al paciente respecto al terapeuta.

Superadas las viejas metáforas de la primera cibernetica, (la mente como caja negra; el control del terapeuta durante la sesión, etc.) tenemos que evitar tomar demasiado al pie de la letra las nuevas y seductoras metáforas que la han sustituido. Fruggeri y Mateini (1991) tienen razón cuando afirman: “palabras como narración

o conversación pueden llegar a sustituir sesión, cura e, incluso, terapia, sólo si hacen referencia al contexto en el que se utilizan. El contexto terapéutico es, desde luego, social e interpersonal, pero no puede reducirse a cualquier tipo de proceso interactivo”.

Y esto vale para cualquier “co-” que se utilice para definir el proceso terapéutico. No basta con hablar de co-construcción, co-evolución o co-creación. Los “co-”, por definición, tienden a con-fundir

Está bien si los utilizamos para subrayar la conquista de la igualdad epistemológica de nuestros pacientes después de la apertura de la caja negra y para salir del delirio de omnipotencia del control unidireccional del terapeuta sobre las vicisitudes terapéuticas. Pero van muy mal si, al utilizarlos, nos olvidamos de las diferencias y, sobre todo, si consideramos que toca a nosotros terapeutas y no a nuestros pacientes, la responsabilidad de la construcción y de la co-construcción, de la evolución y de la co-evolución, de la creación y de la co-creación, y, si se da el caso, de la fusión y de la con-fusión.

UN EJEMPLO CLÍNICO

Valentina tiene 38 años. Hace diez años la vi con su marido Michele por algunas sesiones, el tiempo suficiente como para superar un leve transtorno de ansiedad. Estaban satisfechos de los resultados obtenidos y, sobre todo, empezaban a estar cansados de los largos e incómodos viajes a Roma. Han vuelto a encontrarme de nuevo. Para Michele el tiempo parece haberse detenido. Solamente se muestra un poco más silencioso y distante que antes. Valentina, en cambio, ha adelgazado mucho, tiene los pómulos salidos y unas ojeras que no recordaba. Con un tono preocupado me cuentan que durante este último año Valentina ha padecido un molesto transtorno gastro-intestinal y que ésta había sido la causa de su adelgazamiento: “el dolor cuando digería era tan fuerte que me dolía tan sólo al pensar que tenía que sentarme a la mesa y comer”. La terapia farmacológica (a base de antiácidos y de espasmolíticos) había funcionado bastante bien hasta hacía dos meses, “después (era el día de mi cumpleaños y entre los regalos había una caja de galletas. Me gustaban mucho y me las terminé en dos días. Nunca había sido tan golosa, más bien lo contrario. Y aquel hecho..., no haber tenido un freno saberme frenar..., me ha sorprendido. Recuerdo que aquella noche, pensando en ello, he tenido miedo de que pudiese engordar..., engordar tanto: no me había controlado, podía volverme a ocurrir..., y ya me veía yo gorda como mi madre. Pero sólo ha sido un instante. Algunas noches después me han invitado a cena. Me sentía bien respecto al estómago. Había un pollo con arroz buenísimo, y me lo he comido a gusto. Pero mientras volvía a casa he pensado en ello de nuevo, y otra vez me ha vuelto aquel miedo a engordar sin fin. Esta vez no ha sido sólo un flash. He empezado a darle vueltas, y a angustiarme. Pensaba que no había ningún motivo para asustarme por la gordura y que..., es más, nunca había estado tan delgada... De

repente me ha venido a la mente la anorexia... Esta palabra me retumbaba en la cabeza... y entonces me he acordado de un episodio de un *reality show* que vi en la televisión hace algun tiempo. Había una chica anoréxica que contaba su historia. Usted me conoce bien doctor..., me ha preocupado en seguida y no he podido dormir durante toda la noche. Pero después, al día siguiente me había pasado todo..., una chica anoréxica que no comía. Estaba muy delgada pero no quería comer, porque si se sentaba a la mesa entonces no era capaz de controlar, habría comido tanto, y se habría engordado sin fin... ¡Doctor! ¡*Justo como yo pensaba que me podía suceder a mí!* He pensado que me había cogido la anorexia. Y después me he acordado de Antonio, el amigo médico que me envió a usted hace diez años...; me he acordado que cuando aún padecía del estómago (antes de que hiciesen efecto los fármacos) me había dicho riendo que según él todo esto era una cuestión mental, que el estómago no tenía nada que ver y que si continuaba así podía volverme anoréxica. Pensé que era una broma... ¿Y si, por el contrario, hablaba en serio? En fin, he empezado a sentirme confusa. Cada vez más angustiada...; me parecía enloquecer..., y de nuevo el pánico. No podía evitarlo...; lo sé, doctor, que usted es contrario..., pero he tenido que ir a leerme la enciclopedia médica..., y menos mal que esta vez no me lo he creído! Allí decía que la anorexia quita el apetito. Yo, en cambio, no he perdido el apetito... Por favor, doctor, no me diga usted también que soy anoréxica. ¿Soy anoréxica, doctor?.. ¿Doctor?.. ¿Qué está pensando?".

El doctor piensa. Hablar..., por supuesto. Pero ¿qué temas elegir, qué palabras?. ¿Decirlo todo?. Y ¿con qué tono?. ¿Hay algo que se debería omitir?. Clarificar la situación, hacer otras preguntas: obviamente. Pero hacia donde dirigirse, dado que también el hacer preguntas (además del estar en silencio) en nuestra profesión equivale a intervenir (Cingolani, 1991)?.. ¿La enfermedad orgánica?. ¿La relación con Michele?. ¿La fase vital de los dos hijos?. Co-desarrollar. ¿Pero hacia cuál de los infinitos futuros posibles?. Co-construir significados. Pero, ¿cuáles, entre los pocos, poquísimos que pueden ser al mismo tiempo aceptables y útiles -o por lo menos no dañinos- para Valentina?. El doctor se interroga. Estas preguntas un paciente puede ni planteárselas, pensando en el diálogo con el propio terapeuta. Él puede tomarse así las cosas tal como vienen. Tiene, hablando en propiedad, la posibilidad y el derecho de "conversar". Un terapeuta, en cambio, tiene la responsabilidad del desarrollo y de las consecuencias de aquella conversación. Es por esto que el terapeuta piensa, y no le falta materia. Detrás de su tono coloquial y relajado se precipitan imágenes, escenarios, previsiones y fantasmas. Valentina con su sugestionabilidad, el marido que nunca ha estado cerca de ella y que ya en el pasado la había traicionado (y tal vez lo volvía a hacer) la hija en vísperas de su casamiento (fue casual que el episodio de los biscotes se hubiese presentado justo dos días después de la boda de la hermana del novio de la hija?)... Viejas historias, recuerdos, otras terapias y otros pacientes: alternativas entre las que escoger. En momentos como estos sabe que sus palabras pueden pesar como losas.

Por ello piensa y repiensa. Contestar a la pregunta de Valentina remitiéndose (escondiéndose) detrás de la fría objetividad del DSM-IV? Y si se plantease el diagnóstico de “anorexia”? Las enfermedades mentales son las que más se dejan influenciar por las palabras, aunque sean científicamente verdaderas. Dichosos los médicos generales. Si un diabético es diagnosticado de diabético su hiperglicemia puede aumentar transitoriamente a causa del impacto emotivo de la noticia. Mientras que el doctor “psico” tiene que pensar mucho sobre las consecuencias de sus palabras. Si es experto sabe que pueden resultar terribles o refinadas, y que además dependen no sólo de las palabras mismas, sino de los oídos que las escuchan, y que de la construcción de tales oídos es tan responsable como de la pronunciación de sus palabras. Y, en consecuencia piensa y repiensa. Piensa en sus diagnósticos como profecías autocumplidoras (Watzlawick, 1981): en todas las crisis familiares, nacidas de haber hecho la hipótesis de que el síntoma de un hijo podía tener que ver con un conflicto oculto en la pareja, o a todos los síntomas fóbicos derivados de una hipótesis cardiológica de poca relevancia (se trata de una arritmia) que termina por convertirse en el motor de una insurridad sobre la propia integridad física. El doctor piensa en todas estas cosas y tiene bastante para darse cuenta que dejarse llevar por el inconsciente es un lujo que no puede permitirse, en la suposición de que lo consiguiera.

CONCLUSION

Puestas las cosas de este modo, ¿qué hacer con nuestra espontaneidad y con la autenticidad de nuestras emociones en psicoterapia? ¿Tenemos que prescindir de ellas? Desde luego que no. Siempre habrá algo que no sepamos que sabemos, que somos o que hacemos espontáneamente. Tal vez tengan razón quienes dicen que es dentro de estos factores que se encuentra el factor curativo de la relación terapéutica. Pero en el momento en que aceptamos conscientemente esta tesis, la estamos traicionando. La podríamos sostener fielmente sólo a una condición, la de dejar de hacer terapia inmediatamente. No se da otra alternativa, puesto que la poesía, como dice Robert Frost, “es todo lo que se pierde en una traducción”.

En el presente artículo el autor explora el nexo existente entre la psicoterapia de orientación constructivista y la ética. Se toma la terapia familiar como ejemplo de una vasta gama de psicoterapias que en estos últimos años han adoptado un marco epistemológico de tipo constructivista.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Etica e costruttivismo. Un punto di vista relazionale-sistemico” en *Psicobiettivo*, 14, pp. 35-44, 1994. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- ANDERSON,T., & GOOLISHIAN, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- ATKINSON, B., & HEATH, A. (1990). Further thoughts on second order family. *Family Process*, 29(1), 145-156.
- BATESON, G., & BATESON, M.C. (1987). *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*. Milano: Adelphi.
- BEVER, T.G., & CHIARELLO, R. (1974). Cerebral dominance in musicians and nonmusicians. *Science*, 185, 537-539.
- CINGOLANI, S. (1985). La storia infinita. *Terapia Familiare Notizie*, 4.
- CINGOLANI, S. (1991). La diagnosi della diagnosi (in terapia familiare). In M. Togliatti & U. Telfener (a cura di), *Dall'individuo al sistema. Manuale di psicopatologia relazionale* (pp. 31-43). Torino: Bollati Boringhieri.
- ERICKSON, M. (1984). Citado en D. Gordon & M. Meyers-Anderson (1981), *Phenix. I modelli terapeutici di Milton Erickson*. Roma: Astrolabio.
- FRUGGERI, L., & MATTEINI, M. (1991). Strutture e livelli della narrazione terapeutica. In V. Ugazio, *Emozioni, soggetto, sistemi* (pp. 68).
- GOOLISHIAN, H., & ANDERSON, T. (1992). Strategia ed intervento o non-intervento. Un problema teorico?. *Terapia Familiare*, 39, 5-17.(Original publicado en *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(1), 1992).
- GRIFFITH, J., GRIFFITH, M., & SLOVIK, L. (1990). Mind-body problems in family therapy: Contrasting first- and second-order cybernetics approaches. *Family Process*, 29 (1), 13-28.
- HOFFMAN, L. (1985). Beyond power and control: Toward a “second order” family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381-396.
- HOFFMAN, L. (1988). Reply to Stuart Golann. *Family Process*, 27 (1), 51-64.
- HOFFMAN, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29 (1), 10.
- WATZLAWICK, P. (1980). *Il linguaggio del cambiamento*. Milano: Feltrinelli.(Original inglés, 1977).
- WATZLAWICK, P. (1981). Le profezie che si autodeterminano. In P. Watzlawick, *La realtà inventata*