
Orientació sistèmica. Tècniques d'intervenció

PID_00247971

Meritxell Pacheco Pérez

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores



Índex

Introducció	5
1. Context, exploració i formulació d'hipòtesis relacionals	9
2. Qüestionament circular	11
3. Reenquadrament i reformulació	14
3.1. El reenquadrament	14
3.2. La reformulació	14
3.2.1. Redefinició positiva del símptoma	14
3.2.2. La connotació positiva	15
4. Tècniques de reestructuració	17
4.1. Escenificació (<i>enactments</i>)	17
4.2. Traçat de límits	18
4.3. Intensitat i inducció de crisi	18
4.4. Desequilibri	19
4.5. Potenciar els recursos i la competència familiar	19
4.6. Intervencions no verbals i ús de metàfores	19
5. Suggestiments i prescripcions	20
5.1. Suggestiment de conductes alternatives a les disfuncionals	20
5.2. Prescripcions	20
5.2.1. Prescripció simple	20
5.2.2. Prescripció paradoxal	21
6. Evolucions del model sistèmic	23
6.1. Tècniques procedents de la teràpia breu centrada en les solucions	23
6.1.1. La pregunta «miracle»	24
6.1.2. Conversa sobre excepcions	24
6.1.3. Pregunta de l'escala d'avançament	25
6.2. Tècniques procedents de la teràpia narrativa	25
6.2.1. Preguntes d'influència relativa: l'externalització del problema	26
Bibliografia	29

Introducció

En aquest document exposarem algunes de les tècniques pròpies de la intervenció sistèmica adequades per a la intervenció familiar amb nens de sis a dotze anys. Les que us mostrem no són totes les possibles ni molt menys són només adequades per a l'atenció en aquest grup d'edat. No són totes les possibles perquè les tècniques en sistèmica són il·limitades: encara que les tècniques específiques pròpies de diferents escoles són extensament reconegudes, la concepció actual de l'orientació sistèmica és molt més àmplia i creativa del que ja ho era al moment de la seva creació (vegeu una descripció detallada a Moreno, 2015).

Dels fonaments del model sistèmic, que conceptualment s'engloben sota la denominació «primera cibernètica», es va anar passant a la segona cibernètica, que inclou el paper de l'observador en la descripció dels sistemes. Ha estat una evolució progressiva que, incloent-hi les escoles tradicionals (l'escola interaccional del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, l'escola estructural i estratègica i l'escola de Milà), s'ha enriquit amb aportacions cada vegada més constructivistes i construccionistes. El **constructivisme** destaca la construcció personal dels significats (vegeu, per exemple, Feixas i Villegas, 1990, 2000), el **construccionisme social** (vegeu, per exemple, Gergen, 1991) afegeix el factor sociocultural en els processos de construcció del significat, i el **constructivisme relacional** emfatitza el paper de les relacions i de les converses (Botella, 2000; Botella, Herrero, Pacheco i Corbella, 2004; Pacheco i Botella, 2000). Les tècniques no queden fora d'aquesta evolució cap a la cibernètica dels sistemes observants, que, tenint en compte la recursivitat entre l'observador i l'observat (Rodríguez i Barbagelata, 2015), possibiliten que **cada tècnica es pugui adaptar a situacions concretes o, fins i tot, que puguem introduir noves tècniques en funció de les necessitats de cada cas particular.**

D'altra banda, les tècniques i les estratègies que exposarem tampoc no són únicament adequades per al treball amb els nens de sis a dotze anys, ja que en funció de les necessitats del cas la majoria es poden fer servir en famílies amb fills de diferents edats, i també en famílies sense fills o en diferents àmbits d'intervenció com l'escola o les organitzacions. **En síntesi, les tècniques que descriurem ni són totes les possibles ni només són aplicables a famílies amb nens d'aquesta edat, però sí que són algunes de les que considerem que són més útils en aquests casos.**

Volem fer un toc d'atenció cordial a tots aquells que no tinguin coneixements sobre l'orientació sistèmica o que en tinguin d'escassos: ni se us acudeixi seguir llegint aquest text fins que hagueu llegit alguns dels textos introductoris suggerits. La tècnica sense la teoria perd tot el sentit. Les tècniques en si no són el més rellevant, per això podem reinventar-les segons les necessitats del cas. Podrem fer-ho només si entenem en quins processos estan incidint, i per què i com ens poden ser útils en el cas concret en què estiguem treballant.

Com veureu en els textos de referència i en les descripcions de casos, des de la perspectiva sistèmica la unitat mínima d'anàlisi no és la persona, és el sistema.

En termes generals, l'objectiu de les tècniques en Teràpia Familiar Sistèmica (TFS) es dirigeix a les interaccions entre els diferents membres de la família, independentment de qui sigui el Pacient Identificat (PI). Així doncs, les tècniques i les estratègies sistèmiques no han estat dissenyades per ser aplicades en grups d'edat específics, ja que no es focalitza el treball en un sol membre de la família.

No obstant això, cal tenir en compte que, tot i que centrem el treball en la família com a sistema, els procediments utilitzats han de ser viscuts gratament i compresos pels diferents membres. En aquest sentit, és necessari tenir en compte algunes consideracions evolutives en l'elecció de les tècniques i estratègies utilitzades.

Entre els set i els dotze anys, els nens estan evolutivament en l'etapa piagetiana de les operacions concretes. Per aquest motiu, a partir dels 6-7 anys la teràpia verbal és plenament adequada, sempre que es basi en les experiències quotidianes del nen, no en conceptes universals ni abstractes. Òbviament, també es pot fer servir el joc com a tècnica, tot i que com més s'aproximen a l'adolescència, més agraeixen ser tractats com a nens grans. Així doncs, en cas de fer-ho, hauríem d'intercalar els jocs amb intervencions més basades en la conversa que els sorprenguin o que els comportin petits reptes.

Gran part de l'exposició de les tècniques procedents de les principals escoles de TFS no l'estructurarem per escoles, sinó segons el procés o mecanisme de canvi en el qual pretenen incidir. Ho fem així perquè, a la pràctica, moltes de les tècniques que es fan servir des de les diferents escoles són similars però amb algunes modificacions; el que volem transmetre en aquest text és el procés en el qual incideixen. Com que el propòsit d'aquest text és eminentment pràctic i està orientat a la intervenció professional, el que volem aconseguir és que sapiguen conceptualitzar casos des de la TFS i que tinguin

Bibliografia recomanada

Us animem a llegir, com a mínim, dos textos breus que exploren els fonaments teòrics del paradigma sistèmic:

Rodríguez, A. i Barbagelata, N. (2015). Fundamentos teóricos del paradigma sistémico. A A. Moreno (comp.), *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*, 1a. edició publicada el 2014, 27-62. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Pacheco, M. (2010). Intervenciones psicoterapéuticas en la infancia. A G. Feixas (coord.), *Terapias humanistas y sistémicas*, cap. 2. Barcelona: UOC.

Bibliografia recomanada

Moreno, A. (ed.). (2015). *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*, 1a. edició publicada el 2014. Bilbao: Desclée de Brouwer.

critèris per decidir per quina tècnica o estratègia cal optar en cada cas. Per als que vulgueu, a més, conèixer més a fons cadascuna de les principals escoles, el més indicat és que consulteu un manual de referència.

Les principals escoles:

- L'escola **interaccional del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto** se centra en les solucions aplicades per la família i que contribueixen al manteniment del problema (Watzlawick, Weakland i Fisch, 1974).
- L'escola **estructural i estratègica** afirma que convé treballar que les famílies tinguin uns límits clars entre subsistemes, ni massa rígids o definits, ni massa difusos o borrosos. Això permet una individualització adequada dels membres del sistema, permet el benestar dels adults i que els fills sentin el suport i la protecció necessaris per al seu creixement (Haley, 1976; Minuchin, 1974).
- L'escola **de Milà** ha aplicat el principi de circularitat a l'entrevista familiar, entesa com un procés de verificació d'hipòtesi i amb l'ús de preguntes circulars (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin i Prata, 1975).

El material pretén iniciar l'estudiant en algunes particularitats del context de desenvolupament de la intervenció en teràpia familiar sistèmica (TFS) i en la conceptualització de casos des del model sistèmic; també pretén exposar algunes tècniques i estratègies d'intervenció pròpies del model sistèmic perquè l'estudiant pugui conèixer-les i distingir l'adequació del seu ús segons l'objectiu perseguit en cada cas. Finalment, pretén exposar propostes tècniques pròpies d'algunes de les evolucions actuals del model sistèmic.

1. Context, exploració i formulació d'hipòtesis relacionals

Davant una demanda de teràpia familiar podem seguir, per exemple, el format implantat per l'equip de Milà, segons el qual s'han d'intentar confeccionar hipòtesis relacionals des del primer contacte telefònic. Durant la trucada cal demanar informació sobre el consultant i sobre la seva relació amb el pacient identificat (PI), sobre el derivant, sobre el genograma trigeneracional, sobre el motiu de consulta i sobre les intervencions anteriors. A partir de la informació obtinguda, l'equip es reuneix i construeix les primeres hipòtesis relacionals sobre el cas.

Habitualment se cita la família completa des de la primera sessió, tot i que també és possible, segons les necessitats de la demanda, citar algun subsistema per separat. Per exemple, és habitual citar en primer lloc el subsistema parental per poder explorar els aspectes següents:

- a) La història de la família d'origen de tots dos i el posicionament relacional que ocupaven i que potser segueixen ocupant a les seves respectives famílies.
- b) La història de la relació de parella.
- c) La història de la família que han creat. També podrem veure la construcció que fan del motiu de demanda.

Durant les entrevistes inicials es contrasten les hipòtesis relacionals plantejades per l'equip, que es podran seguir revisant al llarg del procés terapèutic. Quan el context ho permet, es treballa amb l'equip de terapeutes també durant la sessió. Mentre terapeuta i coterapeuta participen en la sessió, un mínim de dos terapeutes observen la sessió des de darrere del mirall unidireccional o visionen la sessió des d'una altra sala, mitjançant un circuit tancat de televisió. Uns quinze minuts abans de la sessió, l'equip al complet es reuneix i planifica els eixos centrals de la intervenció; deu minuts abans de finalitzar-la, terapeuta i coterapeuta surten de la sessió per reunir-se amb l'equip, i quan tornen a la consulta transmeten el missatge de l'equip i fan una proposta. Aquest procediment es descriu prèviament a la família, que signa un consentiment informat que pot incloure també altres qüestions com la possibilitat de gravar les sessions per poder-les visionar amb l'equip o poder utilitzar els enregistraments amb finalitats terapèutiques. Des de la TFS, les sessions familiars solen oferir-se amb periodicitat quinzenal o mensual, ja que les intervencions tenen un focus relacional i és necessari que, després d'aquestes intervencions, la família disposi de temps suficient perquè els processos de regulació homeostàtica del sistema es produeixin.

Per a la formulació d'hipòtesis relacionals podem basar-nos en el model POETICS de conceptualització sistèmica (Green, 1988). **Tenint en compte que la superació de dificultats és part indissociable de la vida humana, i que ho fem diàriament, podem preguntar-nos per què fins ara el problema no s'ha solucionat.** Amb el model POETICS pretenem donar resposta a la pregunta sobre què és el que està mantenint el problema en el context actual d'aquesta família. El terme POETICS correspon a les sigles (en anglès) de les àrees que s'exploren. A continuació, a la taula 1, observem algunes de les preguntes que ens podem plantejar per donar resposta a cadascuna de les àrees que s'inclouen al model POETICS. Les respostes que donarem amb aquest model seran elements fonamentals per a la construcció de les hipòtesis que validarem o invalidarem durant el procés terapèutic.

Taula 1. POETICS: un model clínic d'hipotetització sistèmica

POETICS
<p>P (Problem): definició del problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quin és el problema (o problemes) en termes específics? - Quina és la meta (o metes) de la teràpia?
<p>O (Organization): context organitzacional en què apareix.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genograma del sistema familiar. - Relació amb altres sistemes rellevants per al problema (derivació).
<p>I (Explanation): explicació o teoria/es sobre el problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atribucions i sistema de creences.
<p>T (Time): fase del cicle vital.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quin sentit té el problema en el context de la transició evolutiva en què es troba el sistema?
<p>I (Interactions): patró interaccional en què se situa el problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedents i conseqüències en visió circular (qui fa què, quan i després de què?). - Solucions intentades.
<p>C (Coalitions): aliances i coalicions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proximitats (afinitats i distàncies), conflictes entre membres. - Tipus de límits entre subsistemes (clars/rígid/difusos).
<p>S (Systemic Function): funció sistèmica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quins efectes positius, protectors o estabilitzadors té l'existència del problema per al sistema? - Quines dificultats podrien aparèixer si desapareix el problema?

2. Qüestionament circular

Des de la seva introducció (Selvini *et al.*, 1980), el qüestionament circular ha estat una de les tècniques més utilitzades i reelaborades des del paradigma sistèmic. En aquest cas, presentarem la classificació proposada per Feixas (1991) a partir de l'elaboració de Fleuridas, Nelson, i Rosenthal (1986). Selvini *et al.* (1980, p. 4) descriuen el qüestionament circular com «la capacitat del terapeuta per conduir la seva recerca sobre la base del *feedback* de la família en resposta a la informació que el terapeuta sol·licita sobre les relacions i, per tant, sobre la diferència i el canvi».

Partint del principi fonamental que la informació és una diferència i que la diferència és una relació (o canvi en la relació) (Selvini *et al.*, 1980), podem afirmar amb Feixas (1991) que les **preguntes circulars són ideades per revelar les relacions (diferents) i les diferències entre relacions**. Solen ser preguntes triàdiques en les quals es convida un dels membres de la família a descriure la relació entre dos altres membres. O es pregunta sobre la reacció d'un membre de la família sobre el problema i quines són les reaccions d'altres membres davant d'aquesta reacció. A més, «la conversación sobre alguien en su presencia permite hacer evidente la naturaleza de las relaciones existentes (...) El término *circular* hace referencia a la complejidad, a las redes de efectos recíprocos, en oposición a una concepción lineal de causa y efecto» (Feixas, 1991, p. 104).

Com presentem a la taula 2, Feixas (1991) classifica les preguntes circulars en tres tipus de finalitat (definició del problema, seqüència de la interacció, comparació/classificació), en tres temps (present, passat i futur/hipotètic) i en tres tipus de recerca (diferència, desacord i explicació/significat).

Taula 2. Tipus de preguntes circulars (adaptat de Feixas, 1991)

I. Definició del problema	
A. Present: «Quin és el problema actual de la família?»	
Diferències	«Quan el pare és a casa, el nen menja tan poc o menja més?»
(Des)acords	«Estàs d'acord amb la visió del problema que té el teu fill?»
Explicació	«Per què creus que hi ha aquest problema?»
B. Passat: «Abans això era un problema?, com ho va començar a ser?»	
Diferències	«Com era el problema del Juan abans que naixés la seva germana?»
(Des)acords	«Qui està d'acord amb el pare quan diu que això ja era un tema de preocupació molt abans?»
Explicació	«Per què creieu que això era tan rellevant llavors?»

I. Definició del problema

C. Futur/hipòtesis: «Què creus que passarà amb aquest problema d'aquí a cinc anys?»

Diferències	«Com seria el problema de la família si l'Ana trobés feina i marxés de casa?»
(Des)acords	«Si prenguessis una decisió, la teva mare hi estaria d'acord?»
Explicació	«Si això passés, quina explicació hi donaries?»

II. Seqüència d'interacció

A. Present: «Quan la mare i en José es barallen, què fa el pare?»

Diferències	«El pare i la mare reaccionen igual quan suspens un examen?»
(Des)acords	«Qui estaria d'acord amb tu quan dius que la mare crida al pare cada cop que arriba tard a casa?»
Explicació	«Com t'expliques que el pare tendeixi a encendre la televisió cada vegada que passa això?»

B. Passat: «La mare sempre ha fet d'intermediària entre la teva germana i el papa?»

Diferències	«Quan et vas posar malalta, la mare va reaccionar diferent que el teu pare?»
(Des)acords	«Vas estar d'acord amb els teus pares quan van decidir enviar la teva àvia a una residència?»
Explicació	«Com t'expliques que la teva mare deixés la feina quan el pare va començar a beure?»

C. Futur/hipòtesis: «Si el pare i la mare no es barallessin, com estaria la Marta?»

Diferències	«En què canviaria la relació entre els teus pares si la mare tornés a estudiar a la universitat?»
(Des)acords	«Creus que la mare també pensa que s'acabarien divorciant si ella tornés a la universitat?»
Explicació	«Pare, per què creus que la teva filla i la teva dona estan d'acord a dir que us separaríeu si la mare tornés a la universitat?»

III. Comparació/classificació

A. Present: «Qui està més convençut que falla alguna cosa en la seva conducta? A part d'ell, qui més ho creu?»

Diferències	«Et molesta la seva conducta de la mateixa manera que molesta la mare?»
(Des)acords	«Qui acostuma a estar més en desacord amb el pare? I qui més?»
Explicació	«Qui creus que té la millor explicació per a aquest problema?»

B. Passat: «Abans que la Maria marxés, qui era el més proper al pare? I després d'ell, qui està més a prop seu?»

Diferències	«En Pedro també era el més proper a la mare abans que comencés aquest problema?»
-------------	--

III. Comparació/classificació

(Des)acords	«Estàs d'acord amb la mare que els teus pares es portaven millor abans que marxessis de casa?»
Explicació	«Com expliques la proximitat entre el pare i la mare durant aquest temps?»
C. Futur/hipòtesis: «Qui serà el més proper a la mare quan els nois creixin i marxin de casa?»	
Diferències	«Què faries de diferent si els teus pares es portessin bé?»
(Des)acords	«Si la teva àvia fos aquí, amb qui estaria més d'acord?»
Explicació	«Mare, per què pensa el pare que la Marta serà la més propera a tu quan els nois creixin?»

3. Reenquadrament i reformulació

3.1. El reenquadrament

El reenquadrament consisteix a situar la conducta problemàtica específicament en un altre marc de referència.

El cas de la Mariana

Vegem el cas de la família de la Mariana (8 anys) i del seu germà, en Paquito (4 anys). Els pares venen a la consulta per la Mariana, a qui defineixen com una nena irritable i ansiosa per la seva dificultat per dormir. El terapeuta defineix el símptoma com una reacció per l'arribada a la «primera edat de les responsabilitats» (més deures escolars, exàmens, notes que cal portar a casa per informar de la feina feta, etc.).

3.2. La reformulació

La reformulació consisteix a col·locar la conducta problemàtica en una classe lògica diferent, proporcionant una construcció alternativa que se situa en un marc de significat diferent i que permet solucions més constructives. S'altera el significat d'un símptoma (redefinició positiva) o de tota la seqüència interaccional en la qual es manifesta (connotació positiva).

El cas de la Mariana

Tornant a la Mariana, la seva dificultat per dormir i la seva irritabilitat podrien veure's com «la veu de la responsabilitat cap als altres (pares, mestres, etc.)», que parla massa fort i que encara no ha après quan ha de callar per deixar que la Mariana descansi per sentir-se feliç i descansada l'endemà.

Existeixen diferents tipus de reformulació; el que més es fan servir són la redefinició positiva del símptoma i la connotació positiva.

3.2.1. Redefinició positiva del símptoma

La redefinició positiva del símptoma és una tècnica molt utilitzada pels terapeutes estructurals. Consisteix a intentar proporcionar una lectura relacional diferent dels fets que posi en dubte les estructures del sistema (Feixas i Miró, 1993). Es desafien les definicions atorgades **fins al moment per la família, incloent-hi el rol del pacient identificat.**

El cas de la Mariana

Tornant al mal humor i a la dificultat de la Mariana per agafar el son, podríem dir: «La Mariana s'està fent gran i, en la seva lluita per complir amb tot, no pot descansar ni a la nit».

3.2.2. La connotació positiva

La connotació positiva és una modalitat de reformulació proposada per l'equip de Milà que consisteix a atribuir un significat positiu no solament als símptomes del PI, sinó també als comportaments disfuncionals de la resta dels membres de la família. S'especifica la contribució de cadascun dels membres a la pauta d'interacció circular. Per parlar del «manteniment de l'*statu quo*», és a dir, a la necessitat del sistema de mantenir rígidament la seva homeòstasi, Armijo, Gómez i Suárez (2015, p. 356) afirmen: «Lejos de señalar la necesidad de cambios, los terapeutas acceden al sistema familiar poniendo en un plano de igualdad a todos los miembros, todos cooperantes a través de sus síntomas al mantenimiento del *statu quo*». Proporciant una explicació lògica i igualitària sobre la conducta de cadascun dels membres, l'equip terapèutic se situa en posició de neutralitat, i això posa en pla d'igualtat cadascun dels membres de la família. No hi ha ni bons ni dolents, ni sans ni malalts, ni savis ni ximpls, ni víctimes ni botxins. Sovint es descriu que els comportaments que contribueixen al símptoma estan inspirats en algun fi noble, com mantenir la família unida, sacrificar-se per ella, etc. (Feixas, 2007).

L'equip de Milà destaca que definir només el símptoma i el seu portador en positiu (com es fa en la redefinició positiva del símptoma) implica, implícitament, la definició de la resta de la família en negatiu, cosa que pot afavorir que aquests percebin el terapeuta com a aliat amb el PI. En aquest sentit, la connotació positiva afavoreix, a més, l'aliança amb l'equip terapèutic i la cooperació, en pla d'igualtat, entre els diferents membres del sistema.

El cas de la Mariana

Tornant a la família de la Mariana, la podríem connotar positivament de la manera següent: «Tota la família està lluitant i esforçant-se molt per fer les coses molt bé. La mare pregunta cada dia insistentment pels deures i fa un seguiment a consciència de totes les notes i tasques escolars, a més de qualsevol dificultat que la Mariana pugui tenir amb els seus companys de l'escola. El pare, davant el mal caràcter de la Mariana, intenta educar-la castigant-la i amb un to de veu ferm i enèrgic. En Paquito s'esforça molt per no donar més problemes, sempre calladet, dibuixant o amb els seus Lego. La Mariana s'esforça, dia i nit, per complir amb tot, pel bé de la família, encara que el seu propi estat anímic es vegi perjudicat».

Armijo *et al.* (2015) destaquen que la connotació positiva prepara la família per a posteriors prescripcions paradoxals com la de «no canvi», ja que si descrivim com a funcional la tendència homeostàtica de la família, sembla més oportú no canviar i persistir en els símptomes. A l'apartat 5 descriurem com les

prescripcions paradoxals, amb el seu clar component provocador, qüestionen els patrons interaccionals del sistema i impedeixen la funcionalitat que fins a aquest moment tenia el símptoma.

Com hem vist, les tècniques de reformulació i reenquadrament plantejegen que la visió de la família sobre el símptoma no és l'única, i que existeixen formes més constructives de donar-li significat. Solen modificar la lectura individual del símptoma per una lectura relacional, fruit de la relació entre diferents membres del sistema i en un marc sociocultural determinat.

Abans de fer servir una d'aquestes tècniques, no obstant això, és important conèixer bé els significats familiars perquè el que s'ofereixi com a definició del símptoma sigui congruent amb els significats dels consultants i, per tant, versemblant per a ells. A continuació parlarem sobre altres tècniques definides expressament per qüestionar l'estructura del sistema.

4. Tècniques de reestructuració

Només quan el terapeuta ja s'ha acomodat al sistema familiar, s'ha guanyat la seva confiança i coneix els seus patrons d'interacció i les seves estructures pot permetre's d'intentar produir un canvi en l'estructura disfuncional de la família. Tot i que altres tècniques poden produir una reestructuració del sistema, com les de reformulació i les de reenquadrament, des de la teràpia estructural (vegeu, per exemple, Minuchin i Fishman, 1981) es proposen tècniques específiques de reestructuració.

Ens basarem en la classificació de les principals tècniques estructurals que ofereix Martínez (2015) per descriure-les als apartats següents.

4.1. Escenificació (*enactments*)

El terapeuta dóna indicacions a un o diversos membres de la família perquè realitzin una acció en concret, aquí i ara, amb l'objectiu d'alterar alguna dinàmica o estructura de la família. Es tracta de vivenciar les interaccions, en l'aquí i ara, i no tant de parlar-ne i d'activar patrons de relació que estan latents en el sistema. El desenvolupament d'un *enactment* es dóna en tres fases consecutives:

- 1) **Inici de l'escenificació - retirada del terapeuta.** El terapeuta demana a un o diversos membres de la família que iniciïn un diàleg o una interacció específics. Per exemple, en el cas de la Mariana, el terapeuta pot indicar: «Si us plau, mare i filla, intercanvieu-vos les cadires». Una vegada efectuat el canvi, el terapeuta li diu a la mare: «Ara tu ets la teva filla. Com es veu el món des d'aquesta cadira? Quins sentiments apareixen?». Posteriorment fa el mateix amb la filla: «Mariana, ara, asseguda aquí, ets la teva mare. Com veus les coses des d'aquí? Què sents?». El terapeuta dirigeix els participants a parlar, els mou les cadires, «prepara l'escena», però ho fa des d'una posició retirada d'aquesta escena.
- 2) **Facilitació de l'escenificació.** Una vegada l'escenificació ha començat, el terapeuta proposa que desenvolupin patrons d'interacció diferents. Pot fer-ho de diverses maneres: animant-los a expressar-se amb més detall o més intensitat, a escoltar l'altre, a reaccionar davant les intervencions de l'altre, a moure's d'una manera determinada, etc.
- 3) **Conclusió o tancament.** El terapeuta ofereix una devolució a la família sobre el que ha passat en l'escenificació. És important destacar que al llarg de l'escenificació la família s'ha esforçat a modificar la dinàmica problemàtica inicial (per exemple, la dificultat per empatitzar que tenien la mare i la filla que s'ha fet present a l'inici de l'escenificació s'ha anat superant a mesura que han aconseguit, a poc a poc, posar-se l'una al lloc de l'altra).

Teoria estructural

Al text següent se sintetitzen els conceptes fonamentals de la teoria estructural i, posteriorment, es descriuen les tècniques estructurals il·lustrant-les amb interessants vinyetes clíniques: Minuchin, S. i Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

4.2. Traçat de límits

És habitual que la disfuncionalitat de la família es relacioni amb l'existència de límits massa rígids o massa difusos entre subsistemes, la qual cosa dona lloc a la necessitat d'incrementar la connexió entre membres o subsistemes de famílies deslligades (famílies amb límits excessivament rígids) o la distància entre membres o subsistemes de famílies aglutinades (famílies amb límits excessivament difusos). Si els límits predominants en la família són clars, no serà necessari efectuar aquest tipus d'intervencions.

En famílies deslligades és habitual demanar als membres de la família que facin alguna cosa conjuntament o donar indicacions concretes perquè es comuniquin els seus sentiments. En famílies aglutinades s'ofereixen intervencions que afavoreixin la diferenciació de subsistemes i l'autonomia dels seus membres. Per exemple, moure les cadires o modificar l'espai per potenciar o bloquejar la comunicació entre alguns membres de la família o entre subsistemes, impedir que parlin els uns pels altres, demanar a un subsistema que prepari un «projecte secret» per a l'altre, etc. Mitjançant el «projecte secret» el que pretenem és la separació de subsistemes i l'enfortiment de cadascun d'aquests subsistemes per separat, a més d'una relació positiva amb l'altre.

El projecte secret

La família Pi està formada per la mare (43 anys), el fill (Pedrito, 8 anys) i la filla (Maribel, 12 anys). El pare va morir per una malaltia sis anys enrere. La família sempre ha estat molt unida i també amb tota la família extensa, especialment des de la mort del pare. Des que, fa uns mesos, la mare va presentar una nova parella (Manolo) als seus fills, en Pedrito està molt rebel. Reclama constantment l'atenció de la mare i empenya i pega la Maribel, ja que «no suporta» que tot el dia estigui «cotorrejant» amb les seves amigues. Van a la sessió la mare i els fills. Se'ls dona la indicació següent: «Vull que la Maribel i en Pedrito ideeu un projecte secret per a la vostra mare, o per a ella i la seva nova parella, com preferiu. Alguna cosa que penseu que li agradarà. Heu de parlar-ho completament en secret, sense que ningú us senti, i la vostra mare i en Manolo han d'intentar endevinar, sense dir res, què és el que esteu ideant. La mare ha de fer el mateix (sola o amb en Manolo): dissenyar un projecte secret per a vosaltres; vosaltres mirareu d'endevinar, sense dir-los res, què és el que fan. En parlarem a la propera sessió.»

4.3. Intensitat i inducció de crisi

Són intervencions que utilitzen l'efecte per generar canvis en la jerarquia o els límits, particularment quan la família no respon a altres tècniques (Martínez, 2015).

Mitjançant la **intensitat** fem que la família escolti un missatge terapèutic que sembla que no els està arribant. El terapeuta modifica el seu estil i el seu llenguatge per augmentar el dramatisme i ressaltar el missatge. Recordo veure Minuchin en una sessió gravada que es va projectar en un taller a Barcelona al

final dels noranta. Minuchin va dir, en diversos moments de la sessió, ben fort i marcant cada síl·laba: «Vostè faci de pare i vostè faci de fill». Pretenia marcar els límits i modificar les jerarquies.

La **inducció de crisis** s'utilitza amb famílies que eviten afrontar el problema i que tenen uns patrons d'interacció rígids. Es força la família a afrontar temes essencials, es genera inestabilitat en el sistema per reorganitzar-lo i que puguin sorgir pautes d'interacció més funcionals. Per exemple, en una família en què els pares sempre han controlat de forma intensiva les tasques escolars del seu fill, i així i tot aquest ho ha suspès tot, es pot instaurar la prohibició de parlar i d'intervenir en les tasques escolars del fill.

4.4. Desequilibri

El terapeuta forma una forta aliança amb un dels membres del sistema, o amb un dels subsistemes (habitualment el percebut com a més feble, o el boc expiatori de la família). La tècnica pretén modificar la posició jeràrquica d'aquesta persona o subsistema en el grup familiar. El terapeuta s'alia, temporalment, amb aquesta persona per forçar un canvi en la família, no per donar la raó a ningú. No obstant això, és una de les tècniques més arriscades perquè va temporalment en contra de la neutralitat terapèutica; el terapeuta tindrà l'objectiu final de restaurar el sistema i recuperar la neutralitat.

4.5. Potenciar els recursos i la competència familiar

El terapeuta s'esforça a assenyalar els recursos personals i les interaccions positives que ja es donen en la família i, molt especialment, les que es donen durant la sessió.

4.6. Intervencions no verbals i ús de metàfores

La modificació d'elements espacials i l'ús de metàfores són molt habituals, ja que permeten afrontar el problema sense que el sistema se senti atacat directament. Per exemple, a un pare expert a limitar tecnològicament l'accés dels seus fills a les noves tecnologies (mitjançant programes de control i administració dels dispositius) podem dir-li: «Vostè és el director tecnològic de la família, desitjaria exercir amb la mateixa intensitat algun altre càrrec?».

5. Suggeriments i prescripcions

En aquest apartat parlarem del **suggeriment de conductes que generen alternatives a interaccions disfuncionals, tant de manera directa com indirecta i amb més o menys directivitat.**

5.1. Suggeriment de conductes alternatives a les disfuncionals

El terapeuta suggereix, de manera invitational, una conducta alternativa a la disfuncional. Els clients poden acceptar-la, acceptar-la amb modificacions, o no acceptar-la.

El projecte secret

Terapeuta: «Se m'ha acudit que podria ser útil que organitzessiu una sortida familiar amb bicicleta com acostumaveu a fer abans. Com ho veieu?».

Pares: «Bé, és una idea, però fa temps que els nostres fills ens demanen que els portem al parc d'atraccions i potser seria millor començar per aquí. Amb tants mal rotllos no hem tingut gaire ganes d'organitzar sortides».

Terapeuta: «Ah, perfecte, em sembla una idea molt bona».

5.2. Prescripcions

Amb les prescripcions també pretenem modificar patrons de conducta disfuncionals, però aquesta vegada ho fem utilitzant un llenguatge prescriptiu, com si estiguéssim oferint una recepta que han de seguir (prescripció directa) o a la qual poden oposar-se (prescripció paradoxal). Prescrivim una acció simple, una tasca específica o un ritual determinat, des d'una posició d'autoritat terapèutica.

5.2.1. Prescripció simple

Prescrivim a la família o a alguns dels seus membres una acció, una tasca o un ritual que s'espera que compleixin.

El projecte secret

Terapeuta: «Entre avui i la pròxima vegada que ens veiem és important que sopeu junts sempre que sigui possible, amb la televisió apagada, i que converseu entre vosaltres sobre com ha anat el dia. Cada dia iniciarà la conversa un membre de la família (del més petit al més gran), que explicarà el que més ha destacat del seu dia».

5.2.2. Prescripció paradoxal

La gran majoria d'escoles de TFS, especialment l'MRI, han utilitzat la prescripció paradoxal, l'estratègica i l'equip inicial de Milà. Es basen en la paradoxa terapèutica que, digitalment, els missatges de la família indiquen el «no canvi», però analògicament es percep el desig de canviar. Solen implementar-se, per tant, quan el terapeuta rep una elevada resistència per part de la família a seguir el camí indicat per aconseguir el canvi, alhora que percep que en realitat sí que vol canviar. És en aquest sentit que s'espera que la família desobeeixi la prescripció i segueixi, paradoxalment, el camí del canvi.

És important que les prescripcions paradoxals es duguin a terme amb un estil de comunicació proper, ni agressiu, ni sarcàstic, ni en to de burla. Aquestes són les més habituals:

Prescripció de canvi lent

El terapeuta adverteix dels riscos de canviar massa ràpidament i indica, a més, que són més convenients els petits canvis que els grans.

Prescripció de «no canvi»

Aquesta prescripció és típica de l'equip inicial de Milà i s'ofereix seguint una connotació positiva (vegeu l'apartat «Reenquadrament i reformulació»), ja que s'ha connotat positivament el símptoma i la interacció entre tots els membres del sistema. El terapeuta expert explica detalladament que la situació és acceptable tal com està i que no és necessari aplicar cap solució particular.

El cas de la Mariana

Tornant a la família de la Mariana, recordem la **connotació positiva** que els vam oferir: «Tota la família està lluitant i esforçant-se molt per fer les coses molt bé. La mare pregunta cada dia insistentment pels deures i fa un seguiment a consciència de totes les notes i tasques escolars, a més de qualsevol dificultat que la Mariana pugui tenir amb els seus companys de l'escola. El pare, davant el mal caràcter de la Mariana, intenta educar-la castigant-la i amb un to de veu ferm i enèrgic. En Paquito s'esforça molt per no donar més problemes, sempre calladet, dibuixant o amb els seus Lego. La Mariana s'esforça, dia i nit, per complir amb tot, pel bé de la família, encara que el seu propi estat anímic es vegi perjudicat».

Després de connotar positivament el problema, el terapeuta **prescriu el «no canvi»**: «És clar que tots s'estan esforçant molt pel bé de la família, i això és molt lloable. No crec que hagin de deixar de fer-ho. La mare porta, com ningú, un seguiment exhaustiu de tot el que passa a la família, el pare domina com ningú el difícil art de marcar els límits i fer complir les normes, en Paquito sap distreure's perfectament i no donar problemes, i la Mariana és una nena sacrificada, responsable i complidora com cap. Seguiu com fins ara; de moment no és necessari aplicar cap solució especial».

Prescripció del símptoma

Es dona la instrucció perquè es desenvolupi el símptoma, en unes coordenades situacionals determinades; així, el símptoma es jutja des de paràmetres diferents, els de la prescripció terapèutica. Es curtcircuita la funcionalitat del símptoma, ja que s'eviten els intents de solució que la família normalment aplica (Feixas i Miró, 1993).

El cas de la Mariana

Tornant a la família de la Mariana, el terapeuta **prescriu el símptoma** de la manera següent: «Seguirem esforçant-nos per fer les coses molt bé, encara que d'una manera més controlada: cada dia, la mare conversarà amb la Mariana de 17.30 h a 17.45 h sobre les tasques de l'escola i el que hi ha fet. Cada dia, quan el pare arribi a casa i digui bona tarda a la Mariana, aquesta li ha de respondre com de costum: «Ho seran per a tu»; i el pare s'ha de molestar i amenaçar-la de castigar-la. En Paquito que segueixi dibuixant o fent *Lego* sense molestar, i la Mariana que es tanqui, com sempre, a la seva habitació sense deixar de fer deures i sense parlar amb ningú de la família durant tota la tarda. Abans d'anar a dormir, que anoti totes les seves preocupacions en una llibreta per tenir-les ben controlades».

Avui dia sabem que la prescripció paradoxal és una tècnica molt potent que pot oferir resultats espectaculars, però també sabem que pot ser molt perjudicial si s'ignora el valor funcional dels processos de resistència de la família (Feixas i Miró, 1993; vegeu Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini i Sorrentino, 1988). A més, Casabianca (2015) adverteix que és necessari avaluar que no existeixi risc per al PI ni per als altres en cas de prendre's la prescripció literalment; per exemple, es desaconsella en casos d'intent de suïcidi.

6. Evolucions del model sistèmic

En aquest apartat exposarem les tècniques procedents de dos enfocaments terapèutics sistèmics i constructivistes-construccionalistes, la **teràpia breu centrada en les solucions (TBCS)** i la **teràpia narrativa (TN)**. En l'evolució del model sistèmic, el focus tradicional de la TFS en les interaccions entre els membres de la família es va anar ampliant per tenir en compte els significats personals i familiars, i també els propis del sistema sociocultural de pertinença. El rol del terapeuta es basa en la posició de no saber, de construir conjuntament amb els clients (en oposició amb el rol del terapeuta expert propi de la TFS tradicional). La TBCS i la TN plantegen un desenvolupament terapèutic molt adequat per al treball amb nens, ja que emfatitzen els aspectes positius; a més, les tècniques proposades són molt creatives i s'adapten molt bé a la fantasia i a la curiositat infantil.

6.1. Tècniques procedents de la teràpia breu centrada en les solucions

La TBCS va sorgir a l'inici de la dècada del 1970 a Milwaukee (Wisconsin, els Estats Units), quan un grup de treballadors socials va començar a experimentar amb les idees de l'MRI. Ambdues escoles comparteixen la visió sobre com es formen i mantenen els problemes humans: les solucions aplicades per la família contribueixen al manteniment del problema. Però, d'altra banda, difereixen pel que fa a la seva concepció del canvi. Des de l'MRI la solució passaria, entre altres coses, per deixar d'aplicar l'intent de solució que està contribuint al manteniment del problema.

Des de la TBCS, no obstant això, es passa de l'enquadrament «tinc un problema», que impedeix detectar excepcions a aquesta situació, a la cerca de solucions, partint de les excepcions al problema que ja existien fins i tot abans de començar la teràpia.

Les converses se centren en els recursos dels clients, en aquells aspectes de la vida en què funcionen correctament. Se'ls ajuda a crear les seves pròpies «profecies autocomplides» positives treballant en les solucions i les excepcions al problema.

Vegem algunes de les tècniques proposades per la TBCS. Com assenyala Beyebach (2015, p. 458), la teràpia «es comença pel final». El terapeuta comença negociant amb la família com sabran que els problemes que els porten a teràpia s'hauran resolt, en què ho notaran. Una tècnica molt útil per fer-ho és la pregunta «miracle» (De Shazer, 1991).

6.1.1. La pregunta «miracle»

Suposem que aquesta nit, mentre esteu dormint, passa una mena de miracle i els problemes que us han portat aquí es resolen, no com a la vida real a poc a poc i amb l'esforç de tots, sinó de sobte, miraculosament. Com que esteu dormint no us adoneu que aquest miracle es produeix. Què notareu diferent quan us lleveu i que us farà adonar que aquest miracle s'ha produït?

Incitem la família a donar respostes tan detallades com sigui possible: «Com ho sabries? Què seria diferent? Des del mateix moment en què t'aixeques del llit, ves revisant al llarg del dia en quin petites coses notaries que s'ha produït el miracle, i quines persones notarien alguna cosa diferent en tu o en el teu entorn. Què notaria X?».

Quan apliquem la tècnica en teràpia familiar cadascun dels membres de la família respon a la pregunta, i així, entre tots, van negociant com esperen que es produeixi el canvi. Quan la formulem a nens podem utilitzar imatges més atractives per a ells, per exemple, en lloc de miracles podem parlar de follets que fan màgia o que produeixen salts en el temps a un futur en el qual ja no es dona el problema.

6.1.2. Conversa sobre excepcions

«La terapia centrada en las soluciones puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas como tales y ampliarlas hasta que desaparezca el problema», (Beyebach, 2010, p. 169). La conversa sobre excepcions pot donar-se en qualsevol moment de la teràpia i es desenvolupa en cinc fases:

- 1) **Suscitar.** Incitar a parlar del tema de les excepcions.
- 2) **«Marcar» l'excepció.** Es tracta que l'excepció no passi desapercibuda, que cobri importància, que comporti una *diferència que marqui una diferència*. Treballant amb nens, el terapeuta mostrarà una sorpresa immensa davant un petit avanç, o caurà de la cadira si l'ocasió ho mereix o, per contra, «no es creurà» l'excepció per provocar que el nen doni més detalls.
- 3) **Ampliar.** El terapeuta intentarà que els clients parlin d'excepcions tant de temps com sigui possible i tant detalladament com es pugui.

Bibliografia recomanada

Beyebach, M. (2015). Teràpia breu centrada en solucions. A A. Moreno (comp.) *Manual de teràpia sistèmica: Principios y herramientas de intervención*, 1a. edició publicada el 2014, 449-480. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Beyebach, M. (2010). Avances en terapia breve centrada en las soluciones. A J. Navarro Góngora i M. Beyebach (comp.), *Avances en terapia familiar sistèmica*, edició original publicada el 1995, 157-194. Barcelona: Paidós teràpia familiar.

De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.

- 4) **Atribuir el control.** Una vegada ampliada l'excepció s'ha d'atribuir el control sobre ella als clients. Es tracta de construir l'excepció com una cosa deliberada i identificar què ha fet la família per permetre que l'excepció tingui lloc.
- 5) **Continuar.** Preguntar quines altres excepcions més hi ha hagut: què més ha anat bé, en quines altres ocasions es van produir parts del miracle. El terapeuta pregunta insistentment: «I què més?», una vegada i una altra, per generar noves excepcions; una vegada suscitada l'excepció següent, es torna a passar per les cinc fases.

6.1.3. Pregunta de l'escala d'avançament

De Shazer *et al.* (1986) van proposar les *escales d'avançament* per poder especificar millor els objectius terapèutics, com una font d'informació per al terapeuta. Actualment es consideren un recurs important per generar informació útil per als clients, ja que els permeten establir metes, identificar avanços i atribuir la responsabilitat pels canvis assolits (Beyebach, 2010).

Es formula la pregunta de l'escala d'avançament en totes les sessions, cap al final de l'entrevista, per anar obtenint *feedback* sobre els avanços.

A partir de les respostes obtingudes, centrem la conversa en les oscil·lacions del problema (segons el moment, el lloc, el dia, les persones presents, etc.). En cas que algunes de les puntuacions de la família siguin superiors a les de l'entrevista anterior, estem davant una excepció que treballarem per ampliar detalladament: «Explica'm què està passant que ja et fa pensar en un 5? Què passa ara i que no passava a l'inici, quan la puntuació era d'1?», etc. I treballarem també per atribuir-los el control: «Com has aconseguit que es produeixi aquest 5? Com hi han contribuït els teus pares?». També podem demanar previsions de futur: «Com notaràs que passes al 6? Què hauria de passar perquè això passés?».

Escala d'avançament

Pregunta de l'escala d'avançament: «En una escala de l'1 al 10 en la qual 1 és el moment en què els problemes que els han portat aquí han estat pitjor, i 10 és el moment en què estaran del tot solucionats, en quin punt posaria vostè aquesta última setmana?».

6.2. Tècniques procedents de la teràpia narrativa

«La persona no és el problema, el problema és el problema»: aquest és el supòsit bàsic de la teràpia narrativa (TN) ja des de la seva obra fundacional (White i Epston, 1993). Es pretén que la identitat del nen no es defineixi pel problema. Considerant la narrativa com el principi organitzador de l'acció humana, el procés psicoterapèutic es converteix en un espai per a la negociació i la coconstrucció de significats i narratives entre clients i terapeuta. La psicoteràpia es desenvolupa en el diàleg, és el producte de les històries reconstruïdes pels clients i pels terapeutes.

Quan els clients arriben a teràpia, estan limitats pel que White i Epston (1993) denominen *narrativa dominant*, que limita o nega la visió de si mateixos (per exemple, un diagnòstic psicopatològic, un problema que fa que no puguin seguir construint-se com la família que eren, etc.). A la teràpia es construirà un espai segur des del qual es podran criticar els supòsits que pressionen les persones i no els permeten viure la vida com prefereixen.

En resum, ja que sempre hi ha més d'una manera d'explicar la pròpia història (Pacheco i Botella, 2000), des de la psicoteràpia narrativa en general i en la seva aplicació a la infància en particular es pretén ajudar el nen i la seva família a trobar maneres més satisfactòries d'explicar-la. Aquest objectiu es pot aconseguir a partir de les fases següents:

- 1) **Deconstrucció de la història del client.** Hem d'estar molt atents a la manera en què la família explica la seva història (quin llenguatge utilitza, quins termes usa per referir-se a cadascun dels seus membres, quins personatges apareixen, quins són els protagonistes, etc.), i hem de poder arribar a la comprensió de com (o a partir de quines relacions) s'ha anat construint la història.
- 2) **Externalització del problema.** Mitjançant la conversa externalitzadora traurem el problema de l'interior del nen i de la seva família i el tractarem com una cosa externa. El problema obté entitat pròpia, es cosifica o personifica, i es convida el nen i la seva família a contemplar-lo com una cosa externa a ells mateixos.
- 3) **Identificació d'esdeveniments extraordinaris (o excepcions al problema) i generació de narratives alternatives.** Partint del coneixement de les habilitats i interessos particulars del nen, s'incidirà, mitjançant intervencions de teràpia individual o familiar, en les excepcions a la influència del problema i en la cocreació de noves possibilitats de relació funcional (solucions) entre el nen i la seva família i el problema.
- 4) **Posada en pràctica de la viabilitat de les narratives alternatives i prevenció contra possibles narratives dominants futures.** Es dissenyaran experiments conductuals per posar en pràctica els nous significats que van sorgint i contrastar la viabilitat de les narratives alternatives.
- 5) **Consolidació de narratives alternatives i celebració del canvi.** És habitual la celebració de l'èxit terapèutic mitjançant una petita celebració i el lliurament d'un diploma que ho certifiqui.

6.2.1. Preguntes d'influència relativa: l'externalització del problema

És la tècnica narrativa per excel·lència. És una manera de conversar per explorar la relació entre les persones i el problema mitjançant el que White i Epston (1993) van denominar preguntes d'influència relativa. Aquestes preguntes són útils perquè el nen no s'identifiqui amb el problema, pugui externalitzar-lo i així senti que té o que pot tenir cert control sobre ell. Es classifiquen en:

Bibliografia recomanada

- White, M. i Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*, original publicat el 1990. Barcelona: Paidós teràpia familiar.
- Freeman, J., Epston, D. i Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*, original publicat el 1997. Barcelona: Paidós.

- 1) Preguntes sobre la influència del problema en la vida o en les relacions del nen i la seva família, per exemple: «Com aconseguix la ràbia que t'enfadis amb la teva mare? Què us fa fer?».
- 2) Preguntes sobre la influència del nen i la seva família sobre la vida del problema, per exemple: «Què vas fer per fer fora la ràbia de l'habitació? Com vas aconseguir no fer cas a la ràbia quan intentava que t'enfadessis amb el teu germà? Et va ajudar algú de la teva família a fer-la fora?».

Aquestes són les fases de l'externalització, tal com les descriu Moreno (2015). Es poden aplicar amb el nen tot sol, amb tota la família o amb algun dels subsistemes:

- 1) **Caracterització del problema.** Es tracta de descriure el problema amb les pròpies paraules o metàfores de la persona: «Com anomenaries el problema? (la ràbia peluda, el núvol negre, la gelosia rabiosa... Amb la creativitat d'un nen, les possibilitats són il·limitades). Amb quina forma, color, grandària, etc. el podem veure? Pots dibuixar-lo?».
- 2) **Connexions o efectes del problema.** S'explora la història del problema i la seva influència en la vida de la persona: «Com va aparèixer? Com influeix en tu? En qui més influeix?». S'investiga el *modus operandi* del problema: «Com aconseguix la ràbia peluda que cridis a la mare? Com ha aconseguit colar-se en la vostra família?». Es pregunta per les intencions del problema per a la vida de la persona: «Fins a on vol arribar la ràbia peluda? Quins plans té per a la teva vida i la de la teva família?». També s'investiga el context en què apareix el problema i en quina ideologia sobre les persones o les relacions es basa.
- 3) **Posició o valoració de la persona pel que fa al problema.** Demanem al nen que es posi sobre els efectes del problema: «Què opines sobre el problema i els seus efectes en la teva vida? Vols que això continuï present a la teva vida? De quina manera?».
- 4) **Valors que justifiquen aquesta posició.** Fer explícites les raons per les quals la persona adopta aquesta posició enfront del problema, connectant-la amb el que és important per a ella: «Per què prefereixes manar tu sobre la teva vida en lloc que segueixi fent-ho la ràbia peluda? Què desitges per a la teva vida en el futur que va en contra de les intencions del problema? Què reflecteix això sobre el que és important per a tu?».

Una vegada caracteritzat el problema i explorats els seus plans i propòsits, seguirem les mateixes fases però centrant-nos en les excepcions a les influències del problema, que en TN s'anomenen esdeveniments extraordinaris (en anglès, *unique outcomes*), i així, a poc a poc, anirem aconseguint augmentar els esdeveniments extraordinaris i que la vida del nen i de la seva família no estigui dominada pel problema, sinó que puguin escollir com viure-la.

Bibliografia

Referències bibliogràfiques

- Beyebach, M. (2015). Terapia breve centrada en soluciones. A A. Moreno (comp.), *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*, 1a. edició del 2014, 449-480. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Botella, L. (2000). Diálogo, relações e mudança: uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. A Ó. Gonçalves i M. Gonçalves (eds.), *Abordagens construcionistas à psicoterapia*. Coimbra: Quarteto.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., i Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. A L. I. Angus i J. McLeod (eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*, 119-136. Nova York: Sage.
- Casabianca R. (2015). Terapia breve del MRI. A A. Moreno (comp.), *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*, 1a. edició del 2014, 413-447. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Nova York: Norton.
- Feixas, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. A *Revista de psicoterapia*, 2 (6-7), 91-120.
- Feixas, G. i Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. i Villegas, M. (1990/2000). *Constructivismo y psicoterapia*, 3a. ed. rev. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fleuridas, C., Nelson, T., i Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists. A *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 13-127.
- Freeman, J., Epston, D., i Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*, original publicat el 1997. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self*. Nova York: Basic Books.
- Green, R. J. (1988). Impasse and change: A systemic/strategic view of the therapeutic system. A *Journal of marital and family therapy*, 14 (4), 383-395.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, M. P. (2015). Terapia estructural. A A. Moreno (comp.), *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*, 1a. edició del 2014, 263-295. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*, 1977. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. i Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, A. (2015). *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*, 1a. edició del 2014. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pacheco, M. i Botella, L. (2000). El constructivismo relacional en la psicoterapia con niños y adolescentes: una propuesta para la liberación de nuevos espacios dialógicos. A *Revista de psicoterapia*, 44, 5-26.
- Pacheco, M. (2010). Intervenciones psicoterapéuticas en la infancia. A G. Feixas (coord.), *Terapias humanistas y sistémicas*, cap. 2. Barcelona: UOC.
- Rodríguez, A. i Barbagelata, N. (2015). Fundamentos teóricos del paradigma sistémico. A A. Moreno (comp.), *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*, 1a. edició del 2014, 27-62. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., i Prata, G. (1975). *Paradoja y contrapadoja*, Barcelona: Paidós, 1989.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., i Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conduct of the session. *A Family Process*, 19 (1), 7-19.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., i Sorrentino, A. M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós, 1990.

Watzlawick, P., Weakland, J., i Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder, 1976.

White, M. i Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*, original publicat el 1990. Barcelona: Paidós teràpia familiar.