

La otra técnica central en la práctica sistémica es, por supuesto, el uso de preguntas, en especial preguntas circulares (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980a). Uso ampliamente las preguntas en mi trabajo, aunque es justo recordar que no todos los terapeutas sistémicos usan tantas preguntas como yo: es una cuestión de estilo profesional. Mientras algunos colegas investigaban mi uso de las preguntas, descubrieron que yo hacía muchas preguntas, pero la mayoría de ellas no eran circulares, ni de futuro, ni hipotéticas. En su mayoría tendían a ser las viejas preguntas lineales. Usé preguntas circulares en momentos específicos de la sesión, incluso en momentos específicos de la terapia o para acentuar algunos puntos con los clientes. De esa manera, el uso de esta técnica está dictado por el contexto terapéutico.

La técnica final que aquí considero es la que creamos Luigi Boscolo y yo para la terapia con individuos y es la presentificación del tercero, lo que puede ser sólo un uso diferente del interrogatorio circular, pero prefiero verlo como una actitud del terapeuta sistémico trabajando en un escenario de terapia individual.

Cada uno de los cuatro capítulos siguientes trata uno de los cuatro principios básicos que he delineado. En cuanto a las técnicas, no las cubriré todas, ya que se han considerado en detalle en otro trabajo<sup>8</sup>. Me refero, entonces, sólo a dos de ellas, el uso de las preguntas y la presentificación del tercero. (El capítulo sobre esta última me permite además elaborar algunas ideas más sobre el análisis de transferencia y su pertinencia a la práctica sistémica). Un capítulo más tiene que ver con las consecuencias más profundas del uso de una perspectiva sistémica en la práctica: creo que ésta puede promover en el cliente —así como en el terapeuta— una tecnología específica del self (Foucault, 1988).

<sup>8</sup> Personalmente, me he referido a ellas en los dos libros que escribí con Luigi Boscolo, *The Times of Time* (Boscolo y Bertrando, 1993) y *Systemic Therapy with Individuals* (Boscolo y Bertrando, 1996). En particular, escribimos sobre rituales en el cap. 8 del primer libro, sobre prescripciones y preguntas en ambos (aunque las preguntas de futuro e hipotéticas se vieron con detalle en el capítulo 7 del primero); sobre la presentificación del tercero en el cap. 3 del último.

## HIPÓTESIS Y DIÁLOGOS

Empecemos desde el principio. Adoptar una posición hipotética puede considerarse el primer principio —quizás el clave— para el terapeuta sistémico como lo concebimos<sup>1</sup>. Esto, sin embargo, deja muchos asuntos abiertos. Por ejemplo, ¿qué significa adoptar una posición hipotética? En realidad, puede significar ver la realidad (terapéutica) como hipotética o puede significar también trabajar creando hipótesis (sistémicas) particulares dentro del diálogo terapéutico. En terapia, actuamos de acuerdo con el segundo significado, pero esto nos lleva a otra pregunta: ¿qué es lo que realmente significa crear una hipótesis? ¿Es el terapeuta, la persona, quién crea la hipótesis? O, si no lo es, ¿de dónde viene?, después de todo ¿qué es, precisamente, una hipótesis sistémica?

Las preguntas, como podemos ver, son complejas y variadas, su complejidad se debe al cambio desde una posición hipotética respecto al conocimiento clínico (no tengo acceso a las verdaderas realidades, sólo puedo hacer hipótesis sobre ellas), hacia una actividad clínica donde las hipótesis deberían guiar mi práctica (¿qué hipótesis específicas son posibles para mí en esta situación única?). Sin embargo, es probable que podamos centrar la mayoría de los problemas en torno a un par de ejes articuladores: primero, ¿qué sucede en el proceso de hipotetización? Segundo, ¿cuál es el rol de las personas —terapeutas y clientes— envueltos en ese proceso? Los puntos están entrelazados, por supuesto, pero intentar separarlos nos da algo de claridad. Para ser aún más claros, empecaremos a ver el proceso completo a partir de sólo un punto de vista: el del terapeuta, y consideraremos una situación clínica.

<sup>1</sup> Este capítulo resume dos artículos que escribí con Dario Toffanetti y Teresa Arcelloni (Bertrando y Toffanetti, 2003; Bertrando y Arcelloni, 2006); las ideas que aquí expongo se desarrollaron en conjunto con mis dos colegas y ésta es la razón por la que uso la primera persona plural en este capítulo, en vez del singular, como en el resto del libro.

## RENZO Y LUCÍA, O EL MATRIMONIO PROBLEMÁTICO

“Renzo”<sup>2</sup> y “Lucía” son una pareja. Tienen 34 años. Son profesionales los dos, han vivido juntos durante ocho años y tienen dos hijos, uno de 7 y otro de 3. Están contentos con sus respectivas carreras y hablan de una placentera armonía de intereses y de una relación sexual moderadamente buena. El problema que traen a terapia son las discusiones que a veces son amargas, incluso violentas, sujetas a una escalada repentina, que ninguno de los dos es capaz de controlar. Esto parece ocurrir contra su voluntad. Las discusiones siempre han estado ahí, dicen ellos, pero se han vuelto cada vez más serias y desde el nacimiento del segundo hijo, ocurren todas las semanas. Casi siempre Renzo ataca, como él mismo reconoce, pero la única crítica sustancial que hace de Lucía es que es demasiado dependiente de su madre, que llama a Lucía todos los días. “Es cierto”, Lucía admite, “mi madre es siempre, y siempre será, un constante punto de referencia: si necesito algún consejo, le consulto y confío en lo que me diga”. Lucía por su parte no ve la relación como excesivamente cercana. Ella ve que es más que nada un problema que Renzo está creando.

Seguiremos ahora las reflexiones del terapeuta en el trascurso de los primeros encuentros terapéuticos<sup>3</sup>. Él observa de cerca los detalles de la relación actual de pareja, sintiendo una creciente perplejidad respecto a esas batallas que parecen no tener una causa, casi como si tuvieran que ver con alguien más. Las discusiones entran en el diálogo como algo que no calza en el cuadro, algo que es a veces extraño incluso para los sentimientos de Renzo y Lucía. El terapeuta, de esta manera, decide explorar sus trasfondos familiares y descubre que los padres de Lucía pensaban desde el principio que no estaban hechos el uno para el otro –“probablemente ellos ya lo sabían en el momento que yo nací”, dice Lucía– pero decidieron, “por el bien de los niños”, seguir viviendo en el mismo techo, aunque separados, y de esta manera estuvieron por 30 años. Lucía y su hermano menor pronto percibieron como eran las cosas, de hecho desde muy jóvenes, pero sin sentirse –según Lucía– en particular per-

<sup>2</sup> Los nombres en los ejemplos de casos se cambiaron; esto se resalta con el uso de comillas en la primera aparición.

<sup>3</sup> En esta ocasión yo soy el terapeuta.

turbados. Los padres se mantuvieron atados a este acuerdo hasta hace justo dos años antes del comienzo de la terapia, cuando ellos iniciaron una separación legal (“pero en realidad, ellos no están separados de verdad. Es como que nada hubiera cambiado”, puntualiza Renzo).

Renzo, por otra parte, viene de una familia menos acomodada que él percibe como relativamente fría pero fuertemente tejida y, de acuerdo con Lucía, bastante reservada. Cuando Renzo conoció a Lucía, él llevaba casado un año, pero eligió terminar su matrimonio de inmediato. Su decisión no obtuvo la aprobación incondicional de los padres. A pesar de esto, decidió dejar su casa matrimonial e irse de inmediato a vivir con Lucía a la casa de sus padres.

En este momento, el terapeuta comienza a tener algunas ideas propias. A partir de todo lo que se ha dicho, resulta obvio que el lazo entre Lucía y su madre es profundo y fuerte. Entonces el terapeuta indaga sobre la relación entre Renzo y el padre de Lucía. La respuesta es: “Cuando llegué a la casa, me di cuenta de que ese hombre, que me parecía amable y muy culto, era tratado de mala manera, dejado de lado, aunque era tan gentil y agradable que parecía no importarle. A mí me molestó bastante...”.

A través de una serie de preguntas más, el terapeuta refina su hipótesis. Originalmente estaba impactado por la manera en que Renzo y Lucía vivenciaban sus discusiones, como si ocurrieran de forma espontánea. De algún modo ellos no eran protagonistas en sus propias disputas. Dándose cuenta que una de las familias de origen, la de Lucía, estaba involucrada en las discusiones, dirige sus preguntas a ese punto. Escuchando la conversación, se da cuenta de la diferencia entre las ideas y sentimientos de Renzo con los acuerdos adoptados en nombre de la paz, al interior de la familia de origen de Lucía. Esto lo lleva a hipotetizar que los altercados podrían obedecer, al menos en parte, a una identificación de uno de los dos en la pareja con otra pareja matrimonial, en este caso los padres de Lucía. Renzo, con sus sentimientos sobre el orden y la justicia, se siente obligado a arreglar los errores que afectan a otro hombre, a quién él respeta. Lucía, fiel a su madre y a las elecciones hechas por su familia (respecto a los que se siente obligada), vivencia, en cambio, la necesidad de defender a su madre de estos ataques, que encuentra gratuitos y sin motivo.

La pareja responde esencialmente de manera positiva cuando se les da esta hipótesis. Se ven a ellos mismos en la situación ilustrada, y esto

hace que el diálogo avance, descubriendo otros aspectos de sus vidas. Por ahora, podemos dejarlos<sup>4</sup> e intentar entender el proceso que ocurrió durante la conversación.

Podemos preguntarnos: ¿cómo tomó forma esta hipótesis? Esta pregunta sugiere otra más: ¿cómo se estructura una hipótesis? El campo de la semiótica puede darnos la primera respuesta. Charles Sanders Peirce (1931-58, p. 58) ofrece una definición pragmática de la estructuración de las hipótesis en una lógica formal: todos, frente a lo desconocido, creamos una "hipótesis" para darle una suerte de sentido a la nueva experiencia. Cuando algo no se ajusta a nuestro marco de referencia, construimos una hipótesis para lidiar con ello. Peirce llama a este proceso "abducción". La sabiduría que la gente adquiere a través del paso del tiempo va a refinar su aprendizaje a partir de experiencias posteriores.

Peirce da gran importancia a la inferencia como herramienta lógica: el pensamiento en su totalidad es un proceso inferencial. Según él, "(...) una hipótesis es simplemente una inducción que implica cualidades más que cosas" (1931-58, p.37). En la teoría del conocimiento, una hipótesis es una aproximación, ya que no nos es dado el estar al tanto de la infinidad de la posible naturaleza de las cosas. Visto desde esta perspectiva, una hipótesis es un puente entre la indeterminación de las impresiones y el proceso mediado de la cognición. Un flujo de inferencias es nuestro único modo posible hacia el conocimiento.

Debemos recordar, de todos modos, que en terapia el "ajuste" de Peirce no es un simple hecho cognitivo ni un hecho individual. Envuelve procesos emocionales: si algo no evoca la emoción que usualmente es predecible en una situación, o si evoca una emoción algo distinto como rabia en vez de felicidad o indiferencia en vez de involucramiento, entonces significa que no se ajusta a la situación e implica además procesos interpersonales: el ajuste no está determinado por un individuo, más bien depende de la relación entre individuos. El ajuste —o la falta de ajuste— ocurre en una textura de relaciones emocionales.

Si aplicamos estos conceptos a la viñeta de más abajo, descubrimos que aquí también el proceso de aproximación ha creado analogías entre diferentes situaciones. Nos parece que el proceso ha seguido esta secuencia:

<sup>4</sup> El lector encontrará noticias sobre el final de este y otros casos presentados a lo largo del libro en el epílogo.

1. Primero, el terapeuta traza un mapa provisional del problema, analizando la relación entre la pareja, que dice que sus discusiones parecen ocurrir "contra la su voluntad". Luego, busca un contexto que pudiera ser la fuente del conflicto (¿en cuál contexto existe el conflicto?)
2. El terapeuta tentativamente hace coincidir el mapa con el contexto de las familias de origen, que fue traído a la conversación al inicio por Renzo, que al parecer tiene un fuerte efecto en la relación de pareja (¿el conflicto puede encontrarse en las familias de origen?)
3. Después, el terapeuta propone un patrón que conecta la familia de origen de Lucía con Renzo, quien parece sentir la misma emoción que él piensa que sentiría si estuviera en los zapatos del padre de Lucía (¿cual es el rol de Renzo en la relación de la familia de origen de Lucía?)
4. Los dos patrones se relacionan mediante la idea de que los roles dentro del marco matrimonial son isomórficos con la relación entre los padres de Lucía (¿Renzo y Lucía juegan roles que están siendo prestados de la familia de origen de Lucía?)
5. La hipótesis se prueba en relación a otras fuentes de información (¿tiene sentido algo de esto para Renzo y Lucía?)
6. Por último, el terapeuta evalúa la congruencia de las emociones expresadas por la pareja después de escuchar la hipótesis.

Esto muestra cómo la construcción de una hipótesis por parte del terapeuta tiene que ver con la estratificación de ideas y sentimientos provisionales, que definen una nueva conexión entre las emociones y comportamiento de los clientes. Habiendo encontrado algo que el terapeuta considera un punto relevante, éste comienza a buscar, junto a los clientes, nuevos datos y nuevos vínculos que pudieran dar significado a lo que de otro modo parecería extraño e inapropiado. De forma progresiva, el terapeuta hace preguntas a sí mismo y a los clientes que conectan estos elementos con gente significativa en sus mundos, hasta que surja un patrón suficientemente coherente. Al mismo tiempo, éste es sólo uno de los muchos patrones posibles cuya validez está asegurada a "cuatro manos" por los clientes y el terapeuta (Boscolo y Bertrando, 1996). El terapeuta en este esquema, dibuja sobre su repertorio personal de hipótesis. Pero, ¿de dónde viene este repertorio?

## EL PROCESO DE HIPOTETIZACIÓN

Desde una perspectiva epigenética, podríamos decir que el conocimiento de los terapeutas —de sí mismos, de los demás, de teorías y modelos— se establece progresivamente en capas, llevando a una reintegración constante de las situaciones y contextos en los cuales se encuentran: hipotetizar es una parte del desarrollo del conocimiento en términos de la experiencia. Las teorías abstractas de Peirce son congruentes con las propuestas por Donald Schön (1983) en su profundo estudio sobre el conocimiento profesional.

De acuerdo con Schön, cuando los profesionales —terapeutas incluidos— se encuentran ante una nueva situación, ponen en movimiento procedimientos que les permitirán conectar los datos a su disposición. Éste es su modo de tratar una compleja serie de variables, con la hipótesis como instrumento exclusivo, guiada por “la contestación” de la situación, es decir, el modo en que la situación responde a las acciones del profesional (Schön, 1983, p. 164). En palabras de Schön, un profesional no busca leyes generales, sino que busca soluciones en casos específicos. Entonces, debe adoptar una hipótesis provisional (y no “desconfirmada” en el sentido popperiano: ésta debería llevar a algún cambio significativo en la situación específica abordada por el profesional).

El entrevistador debe (...) estar dispuesto a entrar en nuevas confusiones e incertezas. Por lo tanto, debe adoptar un tipo de doble visión. Debe actuar de acuerdo con la visión que ha adoptado, pero debe reconocer que siempre puede variarla después, de hecho, debe variarla más adelante para producir un nuevo sentido a su transacción con la situación [Schön, 1983, pp. 163-164].

Un terapeuta puede considerarse un profesional capaz de confrontar situaciones que requieren una reorganización del campo de la entrevista cada vez. Tal reorganización está fuertemente relacionada con la subjetividad del terapeuta. Entre los elementos que contribuyen, podemos nombrar los objetivos definidos por el terapeuta (el bienestar de los pacientes, la desaparición de un síntoma, la modificación en el patrón relacional o en las personalidades de los pacientes); sus expectativas sobre su trabajo: cómo evalúa y monitorea el resultado; sus teorías clínicas,

incluyendo las hipótesis sobre el origen de los problemas y patologías, y sus técnicas.

En la interacción con los clientes, las teorías funcionan como puntos de referencia útiles, pero no “dictan” directamente al terapeuta lo que debe hacer en el diálogo con la situación (además porque la “situación”, en terapia, está compuesta de personas que tienen sus propias subjetividades, valores, objetivos, expectativa e incluso teorías, aún cuando en su mayoría sean implícitas). Las hipótesis nacen en la interacción: un terapeuta sólo puede crear la hipótesis que sus clientes le permitan crear. En este sentido, la “creación” de una hipótesis es un proceso compartido (vea Boscolo y Bertrando, 1996), aunque puede haber distintos grados de participación en este proceso, como veremos más adelante en este capítulo.

En el curso de su experiencia, el terapeuta construye un repertorio de “ejemplos, imágenes, explicaciones y acciones” (Schön, 1983, p. 138). Dentro de este repertorio, él es capaz de seleccionar otras situaciones similares a la que está sucediendo. Una vez que ha “compuesto” un tema, un terapeuta puede improvisar variaciones de él. De este modo, produce lo que Schön llama “metáforas generativas” —imágenes no lógicas— donde la similitud entre una nueva situación y una que ya ha vivido es metafórica. El terapeuta puede explicar una metáfora a sí mismo y a sus pacientes; del mismo modo, es posible que esto no ocurra y que el terapeuta opere sin traducir la metáfora en una hipótesis.

Este tipo de terapeuta no construye profecías que se autocumplen, por más que pudieran intentar influir en la situación terapéutica de manera contraria a las vidas de los clientes. Más bien, el terapeuta se mantiene abierto a la posibilidad que los eventos no se ajusten a sus hipótesis. Al mismo tiempo, de manera diferente a un investigador científico, él no está separado de sus hipótesis<sup>5</sup>, no considera la situación clínica un objeto natural a ser estudiado:

La relación entre este entrevistador y su situación es transaccional. Él moldea la situación mientras conversa con ella, de modo que sus modelos y evaluaciones están a su vez moldeadas por la situación. Los fenómenos que

<sup>5</sup> Esta actitud es análoga a la circularidad, como la definió el grupo de Milán, especialmente por Boscolo y Cecchin (vea Boscolo *et. al.*, 1987).

él intenta entender están parcialmente creados por él; se mantiene en la situación que intenta penetrar [Schön, 1983, pp. 150-151].

El proceso de hipotetización, de este modo, está profundamente moldeado por las premisas del terapeuta y por las contingencias, las cuales tienen una relación recursiva y son resultado de las situaciones y respuestas específicas de los clientes.

En este punto la hermenéutica nos da un punto central de referencia: la hermenéutica está impregnada por la conciencia de que cada significado es una interpretación y que esa "verdad" es un significado compartido entre las partes, no algo que está "dado" en un sentido absoluto. Hans-Georg Gadamer define la convergencia de significados producidos por un narrador de historias y un intérprete como una "fusión de horizontes" (Gadamer, 1960, p. 272)<sup>6</sup>. En terapia sistémica, hipotetizar asume un significado similar: es un aspecto transitorio y renovable de la lectura de eventos. Esto significa además que las hipótesis no son un modo de superponer los significados del terapeuta sobre los de los clientes, sino que, al contrario, son modos de promover el desarrollo de alguna novedad que reconocen ambas partes. En una palabra, las hipótesis —en este sentido de la palabra— promueven el diálogo. ✱

## EL ROL DE LAS HIPÓTESIS EN LA PRÁCTICA

Ahora, volvamos a la situación terapéutica. Dos individuos<sup>7</sup>, ambos cargados con su propio cúmulo de conocimiento (implícito y explícito, cognitivo y emocional) además de una propia manera típica de hipotetizar, se encuentran y buscan investir con significado la historia contada por el primero de ellos. La historia suele estar llena de certezas aparentes: las hipótesis en las cuales se basan las nociones actuales y reificadas, se han

<sup>6</sup> Para Heidegger, que fue la influencia más relevante de Gadamer, entender es circular debido a que la conversación local está modificada por el contexto global, que a la vez se modifica por las conversaciones locales y así sucesivamente. Heidegger llama a esta hipotetización el "círculo hermenéutico" (Heidegger, 1927).

<sup>7</sup> Aquí nos limitamos al típico caso de terapia individual, pero el proceso en esencia es el mismo con equipos terapéuticos y las familias.

desvanecido en el pasado; los significados resultantes se han cristalizado y el tiempo se queda quieto (Boscolo y Bertrando, 1993).

Mientras el cliente narra su historia, el terapeuta tiene una idea básica: sabe que intentará encontrar algún nuevo significado en la historia, ya que una historia siempre tiene más de un significado. Para lograr su objetivo, selecciona algunos hechos —y no otros— y busca una conexión entre ellos. Entonces el terapeuta construye algunas hipótesis sobre algunas conexiones —pero no otras— y comienza a delinear un tema, una pre-hipótesis. Trabaja un tiempo considerable en una dimensión fluida, una dimensión desprovista de certezas.

Pero, ¿es verdad que el terapeuta no tiene certezas? Su selección de hechos y conexiones pasa, de hecho, por su filtro personal, cernido a través de todo el cuerpo de su experiencia, formación y conciencia emocional. En pocas palabras, usará un repertorio de hipótesis basadas en sus propias premisas. El repertorio de Freud estaba basado en la idea de impulsos sexuales, las hipótesis de Adler comenzaban con la percepción de la gente de las relaciones de poder, Nagy investigaba la idea de la ética y la lealtad, Whitaker, el caos y la indeterminación y Paul, el luto (vea un recuento detallado del trabajo de todos estos clínicos en Bertrando y Toffanetti, 2000). Cada uno de estos maestros terapeutas se centraban en sus preocupaciones a priori, desde las cuales derivaban puntos de referencia estructurados por su conocimiento previo y su experiencia: todo esto es altamente congruente con la visión de Peirce sobre la estratificación del conocimiento.

Volviendo a nuestra terapia típica, el terapeuta será llevado a formular hipótesis que resuenen con sus premisas básicas y con estas hipótesis seleccionará y reinterpretará temas particulares de la historia del cliente. Uno podría decir que el paciente no es el único que cree que lo que describe es una situación humana única e irrepetible: también el terapeuta lo cree. Sin embargo, los terapeutas tienden a ser más predecibles que sus clientes, ya que siempre tienen una teoría definida a la cual referirse, mientras los clientes no, o al menos no siempre.

Las hipótesis, cuando el terapeuta las formula, no están completas, de ninguna manera, se completan cuando las propone al cliente. Antes de eso, son sólo ideas en la mente del terapeuta. Al proponerlas a los clientes, las hipótesis pasan de nuevo por un cambio relevante, se moldean y modifican de acuerdo con la respuesta del cliente ante ellas. En otras

palabras, ellas se vuelven parte del diálogo y como tales están sujetas a las negociaciones que son intrínsecas a los intercambios dialógicos.

Hasta ahora, hemos visto las características comunes de las hipótesis terapéuticas de cualquier tipo. Pero, ¿cuáles son las peculiaridades de las hipótesis sistémicas? ¿Es la hipotetización sólo un nombre nuevo que se le da a un concepto existente, como la "interpretación" psicoanalítica? De hecho, creemos que es posible trazar una distinción entre ambos. Primero, la interpretación psicoanalítica está relacionada más directamente con una teoría normativa de la persona humana: todas las interpretaciones analíticas suponen que el inconsciente necesita hacerse consciente, para poder trabajar a través de la resistencia (Laplanche y Pontalis, 1967). Incluso las diferentes escuelas analíticas resaltan diferentes contenidos: las interpretaciones freudianas se refieren a un pasado internalizado, las interpretaciones kleinianas a un inconsciente atemporal y así sucesivamente. En el hipotetizar sistémico, el enfoque es menos normativo: las hipótesis pueden referirse al pasado o al presente y podrían referirse a un futuro imaginado (Boscolo y Bertrando, 1992). Podríamos decir que la interpretación analítica es un caso especial de proceso de hipotetización, mientras que la hipótesis sistémica es otro.

Además, mientras la interpretación analítica se centra en la relación terapéutica de dos personas, una hipótesis sistémica —inclusive en un escenario individual— considera un rango más amplio de información trazado a partir de la vida de los clientes. En una hipótesis sistémica, las relaciones de los clientes con su entorno significativo son siempre centrales. Los terapeutas sistémicos siempre buscan contextos. La relación de clientes individuales con ellos mismos —o sus inconscientes o sus objetos internos— puede considerarse, pero no de modo obligatorio (Bertrando, 2002).

Como toda hipótesis, una hipótesis sistémica tiene además un ajuste emocional con el sistema que se presenta. Los terapeutas individualizan algunos aspectos emocionales fundamentales de la situación y los devuelven, modificados, a sus clientes. Esto significa que la hipótesis no es nada más una reorganización de datos cognitivamente coherente: más bien, debe ser congruente además con las emociones inherentes en la interacción familiar. La prueba de la hipótesis se encuentra en la emoción. Este proceso trabaja en la idea fundamental de que los terapeutas pueden reconocer en ellos mismos las mismas emociones que sus clientes

están sintiendo y expresarlas en palabras "inusuales" (Andersen, 1991): es decir, en un modo que sea aceptable y no alienante para los clientes. A diferencia del análisis de la contratrasferencia, donde la emoción del terapeuta es el criterio de verdad en la relación terapéutica (Searles, 1979), la práctica sistémica afirma, en primer lugar, que mientras las emociones de los terapeutas y los clientes no "corresponden" simplemente de manera mecánica, están relacionadas de todos modos y, en segundo lugar, que las emociones de los terapeutas deben verificarse mediante una hipótesis.

Al hipotetizar, los terapeutas sistémicos a menudo tienden a interpretar situaciones como individuales y únicas. Esto quizá es uno de los elementos más significativos del modelo sistémico, plasmado en la noción de curiosidad (Cecchin, 1987). El terapeuta sistémico trabaja mejor si logra mantener una posición levemente extraña respecto a los clientes: como un antropólogo, intenta darle sentido a un mundo ajeno, con premisas y reglas desconocidas. Tal premisa nos conduce —esperamos— a actuar cada vez como si la situación fuera nueva, permitiéndonos formular hipótesis que bien podrían no tener nada que ver con las formuladas en la sesión anterior. Del mismo modo, sabemos que la praxis sistémica tiende a centrar la atención más en las relaciones entre hechos y teorías que sólo en los hechos o teorías aislados.

Entonces, ¿cuál es la relación entre teoría e hipótesis? Hasta cierto punto, la teoría dicta la hipótesis. Sin embargo, un modelo teórico no hace más que sugerir posibles líneas de investigación para los terapeutas. La emergencia de las hipótesis se basa en la experiencia de los terapeutas, su estilo y los eventos de la terapia, es un proceso personal y específico al contexto. Avanzar a partir de las hipótesis es sin duda una parte importante del proceso terapéutico, aunque no es la terapia completa. A menudo hubo choques entre la idea de la centralidad de la técnica, con poca o ninguna consideración de la persona del terapeuta (terapia estratégica) y la idea de que lo importante es la participación del terapeuta como persona en algo que es en esencia un diálogo (terapias narrativa y conversacional).

En nuestra opinión, algunos factores terapéuticos son fundamentales, sin importar la posición teórica del terapeuta. Tal vez, el factor principal es la necesidad de una alianza terapéutica. En el contexto terapéutico, las hipótesis se vuelven verdaderas para los terapeutas y los clien-

tes, dado que existe una relación de confianza y moldea las posibles interpretaciones de la contribución de los clientes. En este sentido, podemos decir que la eficacia de las hipótesis depende de la calidad de la relación entre cliente y terapeuta. En términos batesonianos, el marco para la actividad de hipotetización se encuentra dentro de un marco más amplio, que se refiere a la relación entre los interlocutores. Es dentro de la terapia que surge un tiempo sagrado, como lo define Eliade (1949): es decir, un tiempo que se encuentra aparte de la existencia cotidiana, pudiendo conferir un significado especial a los eventos que ocurren dentro de ella. Es aquí donde operan muchos factores comunes, no específicos (Hubble, Duncan y Miller, 1999), fuera de los cuales, sin embargo, poco a poco aparece un modo de hipotetizar que es extremadamente estructurado pero que no puede ser replicado en un manual.

## HIPÓTESIS Y TERAPEUTAS

¿Qué es lo que guía a los terapeutas, entonces, en la exploración conjunta que llevan a cabo con sus clientes? Desde mi punto de vista, es un "self" en el cual toman parte teorías y experiencias. Hoy, desde una perspectiva posmoderna, tendemos a considerar una teoría más bien como un buen repertorio de metáforas (Pockock, 1995). Esto puede suponer un riesgo de eclecticismo: elegimos nuestras teorías según los problemas específicos que estamos enfrentando. La cuestión es, de todos modos, que la teoría es la que determina, de muchas maneras, precisamente lo que yo puedo considerar un problema. La teoría viene antes del problema. Si un terapeuta afirma que no tiene teorías en el momento que comienza a resolver un problema, nos hace pensar que quizás no tenga más que teorías implícitas (inconscientes), que han producido hipótesis no dichas (el concepto de lo "no dicho" lo encuentra en Boscolo y Bertrando, 1996, capítulo 1).

Por otra parte, mientras más experimentados sean los terapeutas, menos seguirán su teoría: se preocupan más de la manera de responder a las situaciones —"la contestación" de la situación— que de las teorías en sus cabezas. Desde una perspectiva epigenética, que nos podría ayudar a resolver esta contradicción, los terapeutas tienen la guía de la suma total de las teorías que han aprendido y usado en sus prácticas profesionales,

así como de las experiencias únicas de sus propias vidas. Analizamos cualquier problema que se nos pone enfrente con este compendio personal de teorías y experiencias.

Si volvemos al caso que tenemos como ejemplo —que describimos como si la hipótesis se hubiera construido sin el uso específico del self del terapeuta— podemos, sin embargo, encontrar rastros de éste. Al construir su hipótesis, el terapeuta seleccionó justo los elementos en la historia de Renzo y Lucía que estaban relacionados con sus familias de origen: la relación de género dentro de sus respectivas familias y la relevancia de las dos dinastías familiares. En la hipótesis, Renzo vio su posición frente a Lucía como algo similar a la del padre de Lucía con la madre de Lucía; al mismo tiempo, se vio a sí mismo como representante de una familia que era menos importante y poderosa que la de Lucía. Al defender al padre de Lucía, se estaba defendiendo a sí mismo.

En la etapa siguiente, la terapia llegó a un impasse: el terapeuta quedó empantanado en la hipótesis —subyacente en la original— de que Renzo y Lucía "no están aún casados" y deberían volverse una "pareja real": es decir, separada de sus familias de origen. La supervisión reveló que justo este tema había sido central en las primeras etapas del propio matrimonio del terapeuta y estaba estrechamente ligado a su familia de origen: su padre, sentía, había sido aceptado en la acogedora y poderosa familia de su esposa, pero con el costo de que su padre se sintiera tolerado "como un invitado".

De este modo, también en este caso, el self del terapeuta —la historia familiar— fue esencial en el proceso terapéutico y en la construcción de las hipótesis. El terapeuta no lo evoca deliberadamente, pero se volvió evidente cuando intentó entender cómo había construido sus hipótesis y por qué había sido incapaz de cambiarlas. Al no estar consciente del proceso por un largo período, el terapeuta tendía a aferrarse a sus primeras hipótesis, incluso cuando la situación demandaba un cambio radical.

Es así que la hipótesis puede verse como proveniente de la interacción entre las historias personales del terapeuta y las situaciones clínicas que tiene que enfrentar. Lo que vale para el terapeuta —o el equipo— vale de igual forma para el o los clientes, quienes también tienen una historia que los llevará a un diálogo con los terapeutas y ellos, a su vez, elegirán entre una o más de las hipótesis sugeridas, que les permitan encontrar algún ajuste. Al final, todos los terapeutas o equipos tendrían que consi-

derar una hipótesis que incluya la relación terapéutica. El surgimiento de estas hipótesis es casi inevitable si los terapeutas están dispuestos a captarlas. Al descuidarlas, se corre el riesgo de reificar las hipótesis construidas "fuera" de las acciones y narrativas de los clientes, llevando a intervenciones que dejan pasar significativos *impasses* del cliente en el aquí y ahora de la terapia, como en el ejemplo de Lannamann (1998).

Hay aún más. Existen muchos —aunque no infinitos— modos posibles para hacer que las hipótesis entren en el diálogo. El modo en que entran en el diálogo no es indiferente, desde un punto de vista terapéutico. De hecho, pensamos que la relación entre hipótesis y diálogos —terapéuticos— es uno de los aspectos más importantes de la terapia sistémica como la concebimos. La exploraremos ahora en más profundidad.

#### EZIO O EL COMPAÑERO HIPOTÉTICO

Hasta ahora, hemos adoptado el punto de vista del terapeuta. Pero este punto de vista, del modo que se ha desarrollado durante nuestra discusión, es —intrínsecamente— parcial y limitado. Más que nada, sus limitaciones son tan evidentes cuando consideramos la posición de los clientes en el proceso de hipotetización, que nos llevan a un replanteamiento de la práctica misma de formular hipótesis. Nuestro modo de hipotetizar cambió principalmente por dos razones, una ética y otra más práctica. Nos gustaría dar un ejemplo de la primera razón, a través de un encuentro clínico que ocurrió durante un curso de formación en terapia familiar llevado a cabo por uno de nosotros.

El encuentro con "Ezio" viene de una terapia abortada de pareja: su esposa se negó a participar y el resultado fue una terapia individual, centrada en el problema de pareja, aunque de acuerdo con Ezio: "... el problema es mío... mi temperamento difícil..." Parece que Ezio carga una gran responsabilidad. Está tenso e intranquilo, jugando sin cesar con su anillo de matrimonio mientras pide "consejos" sobre lo que debería hacer. ¿Divorcio? ¿Reconciliación? ¿Mantenerse juntos por el bien de la hija? ¿Cohabitar con su esposa como "separados en la casa"? Las dos terapeutas mujeres hacen preguntas hipotéticas sobre el futuro, sobre las características que tendría que tener una mujer con la cual compartir la vida. "Me gustaría... que fuera soltera", responde Ezio, un poco confundido.

Tras el espejo, la atmósfera está ardiendo. El equipo terapéutico está constituido en su mayoría por mujeres jóvenes en formación que no pueden retener su indignación hacia este hombre de 40 años de poca consideración hacia las mujeres.

Sin embargo, la idea surge de tal modo que el cliente queda emocionalmente bloqueado y ese bloqueo ahora se extiende a las terapeutas. Decidimos que la profesora entrara a la sala de terapia para "encarnar las emociones". Ella entra y se sienta junto a un sorprendido Ezio, casi dándole la espalda a sus dos colegas. Ezio, descolocado pero atento, la escucha: "Detrás del espejo", dice ella, "estamos sorprendidos de los no-motivos que usted mencionaba. Es como si hubiera algunos nudos emocionales que usted pone fuera, sustituyéndolos por algo más racional. ¿Cómo se siente con estos nudos? Sentimos un fuerte sufrimiento que apenas lo deja hablar... usted dice que se casó con una mujer con la cual nunca estuvo muy involucrado... quizá su esposa lo ayude a aplacar la emoción y el sufrimiento. Nuestro prejuicio es que los hombres siempre buscan algo en una mujer, pero ¿quizá para usted es demasiado doloroso decir qué es lo que busca en su esposa?" Ezio está cada vez más confundido. Sus ojos van de una mujer en la sala a la otra, como si no entendiera la idea de la supervisora.

En la discusión detrás del espejo, sentimos la necesidad de compartir con Ezio el proceso que condujo a la intervención. Sin compartir esto, la terapia parecía incompleta para todos. Un colega dice: "Es como que le tendiéramos una emboscada. No es justo, ¿debe saber nuestras intenciones!" Decidimos que la profesora volviera con Ezio, junto con los dos terapeutas para contarle abiertamente, que con su presencia, la profesora quería "encarnar las emociones" para traer a la sala una parte de la historia que, por alguna razón, tendía a ser omitida. Enzo escucha con atención aquellas palabras, siente algo de alivio y dice: "¿Una especie de terapia de shock, no?"

Lo que ocurrió aquí comenzó a ocurrir cada vez con más frecuencia. La idea era develar el proceso completo de hipotetización para que los clientes pudieran hacer más ético el balance de poder entre terapeutas y clientes y, al mismo tiempo, resolver algunas situaciones entrampadas como la que se nos presentaba aquí. El contexto de formación fue instrumental para realizar el cambio, ya que los terapeutas en formación tienden a poner una gran atención al desarrollo de las interacciones entre terapeutas y clientes.

Poco a poco, esta forma de trabajar se difundió en nuestra práctica cotidiana, pues respondía a una necesidad práctica, en especial en la terapia individual. Y este proceso nos llevó a un paso más allá, que consiste en compartir el proceso de hipotetización con los clientes en el momento en que ocurre. Pero para entender por completo esta evolución, debemos primero volver a la relación entre hipótesis y diálogo terapéutico, a las diferentes versiones de esta relación.

### HIPÓTESIS, EQUIPOS, DIÁLOGOS

Primero, pensamos –como ya hemos dejado claro– que es imposible no tener hipótesis dentro de un diálogo, especialmente si la conversación tiene que ver con algún problema. Pero no todas las hipótesis son iguales. Podemos distinguir, en primer lugar, entre hipótesis ontológicas y relacionales: las primeras se refieren al ser de los individuos, las segundas se refieren a la relación entre ellos: considerar a la persona “agresiva” versus considerar el comportamiento agresivo en su contexto interpersonal. Preferimos llamar “ideas” a las hipótesis ontológicas, dejando el término “hipótesis” para las relacionales. Otra distinción es entre hipótesis explicativas y de proceso. Podemos decir que las primeras se refieren al “por qué” y las últimas al “cómo” (Rober, 2002).

Otra distinción tiene que ver con el uso de las hipótesis en el diálogo. En un diálogo, cada uno tiene un punto de vista y tiende a hacer entrar este punto de vista en el discurso –el mundo– del otro. Podemos decir, de esta manera, que es imposible entrar a un diálogo sin ideas o hipótesis. Incluso en el diálogo más abierto, los hablantes luchan, conscientemente o no, para confirmar sus hipótesis. En un diálogo terapéutico este interjuego entre discursos puede tener características muy diferentes. Algunos terapeutas usan sus hipótesis para dirigir la conversación, intentando conducirla en una dirección predefinida. Otros usan la hipótesis para abrir la conversación, introduciendo o acentuando diferencias. La primera posición prevalecía en los primeros años de las terapias sistémicas, la segunda en los últimos años (y en nuestra práctica actual). De alguna manera, la evolución de la terapia sistémica es la evolución en el rol de las hipótesis.

Los terapeutas estratégicos tenían hipótesis explicativas, consideradas como aproximaciones a la realidad (Haley, 1976; Selvini Palazzoli *et al.*,

1978a). Aunque la hipótesis del grupo inicial de Milán (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980a) aún era una hipótesis explicativa, se volvió provisional, “ni verdadera ni falsa”. Después de la división del equipo original de Milán, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin se hicieron cargo y desarrollaron aún más la idea de la hipotetización. En su versión, la hipótesis es un modo de organizar datos traídos por los clientes al equipo terapéutico, creando una explicación sistémica –basada en relaciones– del problema que se presenta. El equipo terapéutico y su conversación interna adquieren aquí una tremenda importancia.

Las hipótesis son mejores si las formulan terapeutas que son circulares y que responden continuamente a la retroalimentación de la familia en sesión. Entonces se tiene más de una oportunidad de desarrollar una hipótesis que cuadre, ya que en ese proceso hay un espejo de la organización de la familia [Cecchin, en Boscolo *et al.*, 1987, p. 163].

Cecchin, aquí, concentra su atención sobre la dinámica del encuentro terapéutico pero todavía acentúa la centralidad de los terapeutas. Las hipótesis más útiles y por lo tanto más eficaces, son las desarrolladas por terapeutas con habilidades específicas. Ellos deberían estar familiarizados con el pensamiento circular y alertas a la comunicación con los clientes. Para construir una “hipótesis sistémica” como tal, los miembros del equipo deben primero formular hipótesis relacionales simples –una hipótesis estrictamente individual– basadas en ideas como: “Se comporta de ese modo porque está afectado por una enfermedad mental orgánica”, que no puede considerarse una hipótesis sistémica.

La discusión del equipo debería conducir a una mezcla de estas hipótesis simples, para llegar a una o más hipótesis globales, que implique la naturaleza global de las interacciones dentro de la familia o del “sistema significativo” más amplio. Entonces, la hipótesis sistémica es el resultado del tejido de ideas y señales diferentes, a veces conflictivas. El diálogo que genera la hipótesis sistémica sucede totalmente dentro del equipo terapéutico. El cliente otorga el material crudo que los terapeutas elaboran en su discusión privada detrás del espejo unidireccional. Incluso, después de todo, no se les dicen las hipótesis a los clientes tal como son, sino que ellos vivencian la “intervención final” –un encuadre, prescripción de comportamiento o un ritual– basada en la hipótesis misma (Boscolo *et al.*, 1987).

La teoría del proceso terapéutico desarrollada por Boscolo y Cecchin parece implicar que algo debería mantenerse en secreto para que la terapia sea eficaz. Es como si los clientes tuvieran que caer en una especie de trampa terapéutica benévola. Si pudieran ver el cebo, la trampa no funcionaría y el juego no funcionaría. El equipo construye una explicación que debe mantenerse en secreto para poder "curar". El terapeuta se presenta como una persona que sabe pero no dice. Los clientes reaccionan a la intervención, no directamente a la hipótesis (la cual sigue siendo desconocida para ellos). La hipótesis sistémica pertenece sólo al equipo terapéutico.

El *timing* es relevante también, ya que la sesión está dividida en dos secciones bien marcadas. Primero, el terapeuta activo habla a los clientes, haciendo muchas preguntas, de tipo circular en su mayoría, pero no exclusivamente. Las respuestas sugieren más hipótesis al terapeuta que, a su vez, hace aún más preguntas. Luego, las hipótesis se discuten en privado entre los terapeutas y el equipo y, por último, el terapeuta vuelve a la sala de terapia a hablar una vez más con los clientes. La elaboración de la hipótesis y su uso con los clientes ocurre en dos momentos bien distintos (vea Boscolo y Boscolo, 1993).

Tom Andersen (1987), al introducir su equipo de reflexión, hace una movida crucial en la evolución del diálogo terapéutico. Por primera vez, el equipo terapéutico abre a sus clientes su *sancta sanctorum*, dejando atrás el secreto. El diálogo del equipo se vuelve abierto, mientras el proceso de escucha viene a primer plano. Después de la primera parte de la sesión donde el terapeuta activo y una familia o un individuo conversan juntos, se hace un cambio de micrófonos y los miembros del equipo detrás del espejo discuten entre ellos lo que ocurrió en la sesión. Mientras el equipo observante discute, el terapeuta activo y los clientes no tienen derecho a hablar. Se mantiene una distinción entre el acto de escuchar y la conversación. Más adelante, los clientes hablarán sobre lo que dijeron los observadores, pero sin tener nunca la posibilidad de hablar directamente con los observadores. La diferencia principal, en comparación con el método tradicional sistémico, es que los clientes no escuchan una intervención final confeccionada para ellos. Ellos oyen el proceso completo de discusión, que se mantiene, sin embargo, confinado detrás del espejo unidireccional.

Al escucharse entre ellos, todos los actores en el doble diálogo se vuelven más respetuosos y abandonan la tendencia a la acción inmediata que

la terapia sistémica heredó de sus predecesores estratégicos. En la discusión pública del equipo, el tono de los comentarios cambia. Los terapeutas se vuelven más respetuosos frente a los clientes y a la vez más dispuestos a reconocer los aspectos positivos de las situaciones presentadas. Sin embargo, esta práctica lleva a un eclipse de la hipótesis. Dentro del equipo de reflexión, los terapeutas hablan, discuten, pero no intentan construir hipótesis sistémicas, es decir, conectar elementos e imaginar patrones relacionales. A lo más, ofrecen opiniones sobre lo que han dicho los clientes, con el objetivo de hacerlos sentir comprendidos y legitimados, presentando diferentes puntos de vista. Según Andersen: "Una manera de lograrlo es evitar tener ideas de antemano. Las hipótesis se omitían en lo posible" (Andersen, 1991, p. 13). En el equipo de reflexión no hay definición, sólo diálogo.

Aquí tenemos un tiempo y un espacio para las reflexiones de los terapeutas, separadas del tiempo y el espacio reservado para las reflexiones propias de los clientes. En cierto modo esto es similar a la clásica intervención final. La conciencia de que los clientes están escuchando condiciona el modo de hablar de los observadores: tienden a omitir cosas que piensan que es mejor que los clientes no escuchen. Los clientes no escuchan un proceso clásico de hipotetización: en cambio, escuchan algo parecido a una serie de propuestas de intervención final y ellos deberán elegir la que les guste más.

Los terapeutas conversacionales (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1992) son los más acérrimos seguidores del imperativo posmoderno: dar voz a los clientes y disminuir las diferencias —jerárquicas— entre ellos y el terapeuta. Esto es ciertamente una innovación fundamental<sup>8</sup>, pero ha sido en ocasiones interpretada —contra la intención de quienes le dieron origen— como un llamado al terapeuta para abstenerse de ofrecer alguna idea o hipótesis definitiva. La terapia conversacional elimina la hipótesis y la discusión de equipo, con su idea de una posición de "no-saber" del terapeuta. Aquí, el terapeuta simplemente mantiene abierta una conversación donde los clientes son los únicos interlocutores, limi-

<sup>8</sup> Aunque el lector con nociones de historia puede encontrarla en los ecos de la antipsiquiatría de Laing (1967), la psiquiatría clínica italiana (Basaglia, 1968) y en distintos aspectos del enfoque centrado en el cliente de Carl Rogers (Anderson, 2001; Rogers, 1951).

tando sus opiniones e intervenciones al mínimo sin intentar proponer una hipótesis. En apariencia, dentro de este enfoque, la hipótesis y el diálogo terapéutico con los clientes se consideran antitéticos.

Esta actitud tan contraria a la hipotetización deriva quizá de considerar las hipótesis como instrumentos estratégicos para conducir a los clientes en una dirección pre-establecida y al mismo tiempo como una forma de definir una realidad moldeada por el terapeuta. En cambio, nosotros creemos que una hipótesis puede usarse de ese modo pero también —como la usamos nosotros— como un modo para crear un campo conversacional, donde el tema central es las relaciones. Nuestras hipótesis tienden a ser hipótesis de proceso, respecto al cómo —en cuál tipo de mundo posible— existen las cuestiones presentadas en el diálogo. Las hipótesis de este tipo no cierran el diálogo para encontrar una causa y una estrategia de solución del problema (más bien, lo abren, aunque con ciertos límites: ellas seleccionan algunos campos de discurso en vez de otros). Por ejemplo, una hipótesis sistémica tiende a crear discursos relacionales, pero a veces estos discursos no son los mejores para los clientes, en estas situaciones sería mejor abandonarlas y proponer hipótesis no-sistémicas.

Entonces, ¿cómo se articulan las hipótesis en el diálogo terapéutico? Para entender esto, debemos tener en mente dos dimensiones: el escenario y el proceso. Desde el punto de vista del escenario, el problema es la separación entre diálogo terapéutico —es decir, terapeuta y cliente— y el diálogo de equipo. Desde el punto de vista del proceso, el problema es si usar o no ideas e hipótesis, o más bien, si hacerlo de manera explícita o no.

En el modelo sistémico clásico, el diálogo entre terapeuta y clientes está separado del diálogo dentro del equipo terapéutico. Los terapeutas no sólo están autorizados a plantear hipótesis: se les aconseja e incluso se les fuerza a formularlas, pero estrictamente dentro del diálogo de equipo. Los clientes no están autorizados a participar en el diálogo del equipo o a escuchar directamente las hipótesis como tales. El espejo unidireccional es una barrera que sólo el terapeuta activo puede cruzar, yendo de un lado al otro, actuando como intermediario entre el equipo y los clientes. Aquí, el espejo es sobre todo una metáfora: lo importante es el espejo “interno”, una cosa a la que los terapeutas sistémicos no pueden, o no quieren, renunciar.

Por otra parte, el equipo de reflexión implica dos diálogos distintos, uno entre los terapeutas activos y los clientes, y otro entre los observa-

dores, pero no hay comunicación directa entre los dos lados del espejo: el terapeuta activo permanece en la sala de terapia. Cuando los observadores hablan entre sí, los clientes y el terapeuta pueden sólo escuchar; en cambio, cuando estos últimos dialogan, los observadores se mantienen en silencio. Los clientes oyen las palabras del equipo observante, de la manera en que, en terapia sistémica clásica, escuchan la intervención final del terapeuta. La diferencia está en que ellos escuchan una discusión en vez de una intervención concebida detrás del espejo. Pueden, más adelante, reflexionar sobre las reflexiones del equipo, pero nunca pueden participar en ellas (en otras palabras, no pueden alterar el curso del diálogo). Desde el punto de vista del proceso, estos terapeutas hacen un esfuerzo considerable por no comenzar a partir de ideas o hipótesis preconcebidas. No está permitido formular hipótesis.

En el modelo conversacional, no hay espejos. Sólo hay un diálogo entre terapeuta(s) y cliente(s) donde no se formulan hipótesis y el terapeuta sólo “mantiene abierta la conversación” (Anderson y Goolishian, 1988). Aparentemente, para estar a la par con los clientes, el terapeuta debería no tener ideas —en especial en la forma de hipótesis definidas— que puedan influir en los clientes o “sugerirles” lo que tienen que hacer<sup>9</sup>. Lo que encontramos problemático en esta posición, en una actitud de diálogo abierto, es la posibilidad de que el terapeuta no tenga hipótesis. Podríamos decir que el terapeuta necesita construir una especie de espejo interno para no ver las ideas e hipótesis que está construyendo sin darse cuenta.

Nuestra meta es eliminar la separación de los diálogos —los espejos reales y metafóricos— y mantener el proceso de hipotetización. Esto es lo que intentamos obtener al compartir nuestras hipótesis con los clientes. En nuestra práctica presente, lo que nace en la mente del terapeuta lo comparte con el cliente en el momento mismo en que surge. Esto significa que los clientes se vuelven más activos en dirigir el curso de la terapia y tiene consecuencias radicales en la relación entre terapeuta y cliente, desde el punto de vista no sólo de la ética, sino en cuanto al proceso terapéutico.

<sup>9</sup> Rober (2002) trae de regreso la hipótesis a la terapia conversacional, pero refiriéndose sólo al “diálogo interno” del terapeuta: parece compartir el prejuicio de que la hipótesis no puede ser un tema de discusión entre terapeutas y clientes.

Esto significa, de hecho, que dentro de la conversación terapéutica surge una hipótesis sugerida por mí, como terapeuta, en base a algún elemento entregado por el cliente. Es entonces que yo, junto con el cliente, mejoro esta hipótesis hasta que una más definida —si es que se desarrolla— pasa a ser una especie de herencia común de los dos. Podemos decir también que la antigua intervención final, ofrecida por un terapeuta locuaz y sabelotodo, se sustituye por una hipótesis en progreso, manteniéndose común, provisional, abierta. Compartir las hipótesis es una intervención en sí misma, mucho más respetuosa y, en nuestra experiencia, igual de útil que la intervención clásica sistémica. Lo que resulta de este proceso es aún una hipótesis, no una verdad, para cliente y terapeuta. Al co-evolucionar la hipótesis de esta manera, el cliente puede aprender (o deuterio-aprender, como diría Bateson (1942), un modo sistémico de razonar.

Bien podríamos definir este tipo de hipótesis como una hipótesis dialógica: es decir, una hipótesis que vive y existe en el diálogo. La hipótesis viene del diálogo, es el diálogo (y viceversa). En la terapia sistémica individual, cuando construyo mis hipótesis junto al cliente, trabajo en equipo con él, como si fuéramos un equipo de reflexión sin otros terapeutas colegas. En otras palabras, paso de un lado del espejo al otro. Aunque se le pida al cliente ser muy activo en el proceso de hipotetización, todavía es el terapeuta el que debe tener la idea de cómo conducir el diálogo (yo debo tener alguna idea de lo que estoy haciendo y hacia dónde voy). Podemos resumir el cambio diciendo que al principio, siendo terapeutas sistémicos, teníamos un equipo real con nosotros; luego, teníamos un equipo internalizado (Boscolo, Cecchin y Bertrando, 1995) y hoy, tenemos a hacer equipo con nuestros clientes.

#### LA HIPÓTESIS ES UN DIÁLOGO

Una hipótesis puede catalizar posibilidades de evolución cuando el proceso de hipotetización ocurre en un marco terapéutico. Pero, ¿cómo se define este marco? O, más bien, ¿cuál es la diferencia entre diálogo terapéutico y una conversación cotidiana de lugares comunes? Podemos decir que la definición misma de relación terapéutica es el marco terapéutico. Una terapia es una terapia porque está definida por una relación

donde las reglas de las relaciones cotidianas están suspendidas. Lo que hace terapia a una terapia es exactamente la especificidad de las condiciones de un diálogo no-cotidiano, como veremos en el capítulo 6.

El diálogo terapéutico es, sin embargo, un diálogo cotidiano. Si no lo fuera, lo que sucedería dentro del marco terapéutico sería real sólo en ese marco y no podría ser transferido “afuera” (a la vida “real”). Podemos decir que una terapia tiene éxito sólo cuando lo que surge de ella es algo transferido a la vida fuera de la sala de terapia (el marco terapéutico es un ejemplo, citado con frecuencia por Bateson en su discurso general sobre los contextos y marcos: Bateson, 1955; vea también Zoletto, 2003).

Sin embargo, el marco terapéutico no nace en el vacío. Los actores del diálogo terapéutico, terapeutas y clientes, traen a la conversación sus respectivas maneras de encuadrar sus mundos. De este modo, la terapia es un encuentro de marcos, uno traído por el terapeuta y otro traído por el cliente, ya que todos los seres humanos viven en un mundo predecible por sus reglas definidas por un marco, donde la creatividad y la novedad pueden brotar sólo al ir más allá de los marcos conocidos.

La estabilidad cultural depende de las reglas y marcos compartidos, y si las reglas y marcos se comparten, no habrá cambio. Si las reglas y los marcos no se comparten, no puede haber comunicación. Por otra parte, las dos personas no operan en el vacío, y además es posible que operando sobre reglas y marcos compartidos, ellos alcancen un punto en el cual pongan sus pies sobre el ambiente. Las reglas y marcos pueden cuestionarse. Más aún, dos personas que operan dentro de sistemas de reglas discrepantes y/o marcos discrepantes, podrían frustrarse tanto en sus intentos de comunicarse que las reglas de una o ambas personas terminan ponerse en duda [Bateson, 1953].

Aunque la afirmación anterior no se aplica necesariamente si se comparten marcos diferentes con éxito. Si no lo hacen, construir hipótesis sistémicas reales se hace imposible. Durante la formación en terapia sistémica, se pide a los terapeutas formular hipótesis sistémicas como un equipo, escuchando a los demás miembros del equipo para pensar en qué patrones relacionales existen. A menudo lo que surge no es una hipótesis, sino lo que definimos como “idea” (por ejemplo: “Yo creo que, en esta familia, el hijo está loco” o “su madre es mala”). Las ideas se organizan en hipó-

tesis –sistémicas– antes que nada cuando se consideran las relaciones: las relaciones entre personas, entre personas e ideas, entre diferentes momentos de la vida de la misma persona, etcétera. Si no hay conexión o relación, entonces tenemos ideas cerradas (la referencia aún es de Bateson, 1972). Si el hijo está loco, entonces no hay nada más que decir. Si está loco, entonces la respuesta más congruente es recetar medicina psicotrópica. Si la madre es mala, uno debería iniciar una acción legal contra ella.

Es más fácil organizar ideas en hipótesis si desarrollamos la habilidad de escuchar lo que nuestros interlocutores tienen que decir. De hecho, es imposible organizarlas cuando los interlocutores son sordos a lo que dice otro. A menudo vemos estos procesos en el trabajo de equipo de terapeutas en formación con muy poca experiencia. Más que hipótesis, es fácil escuchar rumores o fragmentos de virtuosismo, que nadie escucha y que difícilmente pueden fusionarse en una hipótesis.

En este sentido, una hipótesis sistémica real es un diálogo. Un terapeuta que construye hipótesis de manera aislada, depende de su diálogo interno (de nuevo, vea Rober, 2002). Pero el diálogo interno en sí mismo tiende a ser monofónico más que polifónico. Las diferentes voces del diálogo interno corren siempre el riesgo de fundirse en una voz única que originará ideas –en el sentido anterior– más que hipótesis. Aquí, compartir y discutir nuestras propias hipótesis con los clientes –mientras aceptamos y discutimos las suyas, por supuesto– significa abrir nuestro marco, aceptar que el lenguaje, el mundo, del otro siempre entrará en el nuestro.

De acuerdo con Bakhtin (1935), el mundo del lenguaje o, más bien, de los lenguajes, está caracterizado por una dimensión de dos caras. En cualquier momento y lugar existe una fuerza centrípeta que lleva al lenguaje hacia la unificación y la uniformidad. Sin embargo, al mismo tiempo, existe una fuerza centrífuga, que lleva a una condición que Bakhtin llama “heteroglosia” [*raznorecié*]:

Una diversidad de tipos de discurso social (a veces incluso diversidad de lenguajes) y una diversidad de voces individuales (...), esta estratificación interna [está] presente en cada lenguaje y en cada momento histórico dado de su existencia histórica [Bakhtin, 1935, pp. 262-263].

La heteroglosia se refiere, por otra parte, a los diferentes lenguajes existentes en el discurso cotidiano y, al mismo tiempo, al hecho que cada

enunciación<sup>10</sup> mía, cada acto del discurso, está moldeado por fuerzas lingüísticas y tiene diferentes significados dependiendo de los diferentes contextos en los cuales se pronuncia. Esto garantiza la vitalidad de los lenguajes, que están vivos sólo en el diálogo y podrían morir –dejar de moverse y de ser fructíferos– en la uniformidad.

Es así como en cualquier momento dado de su existencia histórica, el lenguaje es heteróglota de cabo a rabo: representa la coexistencia de contradicciones socio-ideológicas entre el presente y el pasado, entre diferentes épocas del pasado, entre tendencias, círculos, etcétera, todas en forma corporal. Estos “lenguajes” de heteroglosia se cruzan entre ellos en una variedad de formas, formando nuevos “lenguajes” socialmente tipificantes [Bakhtin, 1935, p. 291].

El asunto importante aquí es la “dialogización”, que significa, más que un diálogo entre personas, un diálogo entre diferentes lenguajes (entendidos por Bakhtin como diferentes concepciones y experiencias del mundo). Esto constituye no una unidad, sino una polifonía de géneros de discurso, donde esto último concierne a diferentes grupos sociales, modos de hablar y escribir, a los peculiares discursos individuales que dan forma al discurso compartido (Bakhtin, 1935, pp. 288-289; vea también Bakhtin, 1953).

Podemos definir nuestra terapia como “dialógica” sólo si la conversación adquiere las características de diálogo, como delinea Bakhtin (vea también Seikkula, 2003): es decir, una cohabitación polifónica de diferentes discursos y diferentes visiones desde las cuales puede surgir, posiblemente, una nueva visión –un nuevo lenguaje– donde la diferencia de discursos es aceptada en cualquier caso.

Por lo general los clientes están bloqueados en una situación similar a la del equipo terapéutico que es incapaz de dialogar. El terapeuta pue-

<sup>10</sup> Para Bakhtin, la enunciación (*vyskazyvanie* en ruso, *utterance* en inglés) es la palabra dicha en lo concreto del diálogo. No la palabra abstracta o gramatical, sino una palabra vivida, con todas sus estratificaciones de sentido: histórico, colectivo, personal, etcétera. Una enunciación sólo tiene sentido en el contexto del diálogo, está legitimada y obtiene sentido sólo a partir del tejido de otras enunciaciões (Holquist, 2002). Por sus consecuencias concretas en el diálogo, la enunciación es similar al concepto de acto lingüístico de Austin (1962).

de facilitar la conexión de ideas, no sólo trabajando la relación en torno al cliente, sino también su diálogo interno (o su habilidad de tener un diálogo interno). Para un cliente que está bloqueado en sus ideas y explicaciones, las hipótesis organizan esas ideas a través de un diálogo con el terapeuta, permitiendo además el desarrollo del mundo interno propio del cliente. Es probable que esto signifique que compartir hipótesis con los clientes es necesario en la terapia sistémica individual, ya que el cliente es el único interlocutor posible y él podría curarnos del solipsismo, una enfermedad profesional que es un riesgo para todos los terapeutas.

La heteroglosia de Bakhtin, abandona el discurso solipsístico, en tanto es un modo de imaginar un intercambio de marcos supuesto por Bateson. En otras palabras, la fertilización cruzada de lenguajes (de mundos, según Nelson Goodman, 1978) nos permite escapar de la inmovilidad inherente en nuestro –necesario– vivir dentro de un marco y es un intercambio donde las visiones de mundo se ponen en duda de manera recíproca.

Aunque en distintas esferas, Bateson y Bakhtin proponen un problema similar: ¿cómo podemos evadir la tendencia a la uniformidad y repetición? Una solución es el diálogo. Esta es la razón porque las hipótesis, parte constitutiva del diálogo terapéutico, deberían entrar explícitamente en la conversación. Porque es necesario que las visiones y experiencias del mundo del terapeuta y el cliente puedan encontrarse, quizá incluso chocar y lograr el surgimiento de la novedad, no completamente guiada (sujeta a un propósito consciente) por uno o el otro (encuentre una crítica al propósito consciente en Bateson, 1968a, 1968b; Harries-Jones, 1995). De este modo, el “no saber” puede volverse un “saber juntos”.

Nos gustaría, en este momento, dar un ejemplo de cómo las hipótesis pueden entrar en el diálogo terapéutico con un cliente individual.

#### DIANA, O LA MADRE INCOMPRESIVA

“Diana”, de 33 años, es una arquitecta que trabaja para el sector público. Hija única, soltera, vive con sus padres<sup>11</sup>, tiene un novio oficial, “Maurizio”, aunque ha tenido varias aventuras con otros hombres. Ella ha estado en terapia casi un año, debido a lo que ella define como su inhabi-

<sup>11</sup> Esta situación es bastante común en Italia, donde se llevó a cabo esta terapia y no debe considerarse una anomalía, como tal vez ocurra en muchos otros países.

lidad para sentir emociones<sup>12</sup>, ser profundamente movida por algo, sentir sus propios deseos. Más de una vez, ante la pregunta del terapeuta de “¿qué es lo que en realidad quiere usted?”, ella responde “no lo sé, si supiera, no estaría aquí...” Ella es una “buena cliente”, siempre puntual a la sesión, pero se muestra siempre tensa porque, según ella, no tiene absolutamente nada que decir. Durante la terapia, el terapeuta ha abordado su anestesia emocional, conectándola con la relación con sus padres, una pareja que ella percibe como fría e inestable, que necesita su presencia calmada y sin emociones.

Durante un encuentro en una fase avanzada de la terapia, Diana llega trayendo algunas notas. A través de la palabra escrita, ella quiere recoger algunos eventos o pensamientos relevantes que le han sucedido. Siente que está titubeando entre diferentes sentimientos y está asustada de olvidar, en la sesión, algo que haya sentido en otra ocasión.

Diana pone algunos temas en la mesa. Tiene que decidir si aceptar una casa para arrendar o ir a vivir con Maurizio, que parece no estar convencido, como es usual. Diana acentúa su dificultad general para tomar decisiones. Aflora su sentimiento de inestabilidad, junto con sus reflexiones sobre su relación con el novio y el sentimiento de que hay una conexión entre su reacción, las proposiciones de Maurizio y su experiencia pasada con sus padres. Esta no es una hipótesis totalmente definida (más bien, es una leve idea que siente). El terapeuta la presiona para que haga una descripción más detallada con una serie de preguntas concretas, precisas y que a veces la acorralan. Al responder, Diana encuentra un camino hacia lo concreto y la decisión. En el diálogo, algunos hechos precisos quedan claros, pero, al mismo tiempo, Diana se fortalece. Después de un rato, Diana vuelve a uno de los temas que trajo al inicio de la sesión: la relación con sus padres. Ella toca el tema, pero de otra manera. No está diciendo nada adicional de sus padres de este modo, al igual que con Maurizio. El tema nuevo es la “elección”. Ahora ofrecemos una transcripción de una larga parte de la sesión, dejando los comentarios para más tarde.

**Diana:** Bueno, yo estaba pensando en una imagen de mi niñez. Hay escenas que recuerdo con mi madre. Mi madre tiene tres hermanas, así que crecí con mis primos, sus sobrinos. Recuerdo... bueno, no es una cosa de clase, pero cuando había un cumpleaños, se hacía una fiesta pequeña y

<sup>12</sup> En este caso, nuevamente soy el terapeuta.

mi madre tenía esta habilidad de hacer que a mí me tocara siempre algo diferente a los demás, los regalos, la fiesta. Y yo odiaba no ser igual a mis primos. A veces odiaba su sola presencia, una verdadera mamá gallina, aunque yo estuviera con mis tías o mis primos, cuando estábamos por ahí. Recuerdo unos pantalones rojos que mi madre le dijo a una de mis tías que comprara para mi cumpleaños porque a ella le gustaban. Y yo me preguntaba porqué no podía recibir las mismas cosas, los mismos regalos que mis primos. Este sentimiento de ser diferente, porque mi madre...

**Terapeuta:** Es decir... las mismas cosas, por ejemplo, ¿qué?

**Diana:** Juguetes, nada especial. Pero el hecho es que mi madre me hacía sentir diferente porque ella decía que tenía que darme pantalones rojos en vez de... otras cosas. Era irritante, estoy empezando a pensar en esos años, ahora. Ella parecía estar convencida que me conocía, no lo sé...

**Terapeuta:** Siento que su madre, en vez de estar convencida que la conocía, estaba convencida que sabía mejor lo que era bueno para usted. Este es el factor común en los tres episodios que usted me contó [en las sesiones anteriores]. En todos ellos era lo mismo: yo sé que es mejor para ti que no te vuelvas una nadadora profesional, yo sé que odias estudiar todos los días y yo sé qué color de pantalones te gusta.

**Diana:** ¡Claro! Es una continua... [pausa].

**Terapeuta:** Parece que aparte de cómo era su madre como persona en realidad, lo que dejó en su memoria es esto de no ser capaz de entenderla y, del mismo modo, estar convencida que ella podía entenderla perfectamente, que podía decidir en su lugar. Por otra parte, cada vez que piensa en esto, se enoja con su madre, por otra parte...

**Diana:** Hay una foto de nosotras dos en el sillón y aún recuerdo lo nerviosa que estaba porque no quería sacarme esta foto. Mi madre, en cambio, amaba tomarse fotos en la playa o en los cumpleaños. Recuerdo haber hecho un comentario sobre esto algunos años atrás, cuando estábamos buscando estas fotos, tomadas cuando tenía 6 o 7: "Mamá, ¿sabes cómo odiaba ser fotografiada?" Cuando digo esta clase de cosas, ella siempre se aparta porque no entiende. No entiende y no ve lo que quiero decir y me pregunto si soy yo la persona incapaz de comunicar mi opinión, mi consejo. Quizás lo acepté todo, me quedé callada y ella tenía una buena razón para creer que yo estaba de acuerdo. Es decir, ésta es la razón por la que la rabia siempre se dirige hacia ella, porque ella pensaba en cosas y creyendo que conocía mis gustos o... y, por otra parte, la rabia

hacia mí misma, porque cuando este tipo de cosas pasan en el trabajo, después yo me digo a mí misma: "¿Por qué no lo dije, por qué no lo hice, por qué no lo expresé?" Pero yo sé que estoy pegada en una especie de bloqueo interno y no puedo.

**Terapeuta:** Aquí el factor común entre lo que me cuenta de su pasado y lo que me cuenta del presente es que está bloqueada. Están estas cosas y usted no habla por sí misma. En el pasado, no escuchó tanto su voz, escuchó la de su madre.

**Diana:** Claro y es lo mismo hoy. Lo que siento es que si me las arreglo para decir algo, casi siempre lo murmuro. No hablo fuerte, pido aprobación. Sí, generalmente ésta es mi actitud. No puedo discutir, yo murmuro. Incluso cuando sé que la otra persona está equivocada, si me dice: "No, es así y así y así", no puedo. No digo que no tenga la fuerza, pero... no sé que me falta dentro. Esto crea algunos problemas en el trabajo, porque después me dicen: "¿Por qué no le dijiste?" Hay cosas que yo debería decir, pero... no me salen.

**Terapeuta:** ¿Por qué no puede reaccionar contra su madre? No le tenía miedo, siento yo. La cosa es diferente. Estaba pensando que (le diré qué es lo que imagino, después me dirá si tiene sentido)... Estaba tratando de juntar esto y lo que me dijo sobre su familia al inicio de su terapia: todo giraba alrededor de su padre, él era la figura perturbadora para usted... Ahora, ¿por qué su padre dificultó las cosas, más a su madre que a usted? Mi idea es, si usted tuviera que proteger a su madre a toda costa, entonces no podría confrontarla de ningún modo.

**Diana:** ¡Pero eso sucedió después!

**Terapeuta:** ¿Cronológicamente después?

**Diana:** Sí, claro, porque ahí... hoy estamos hablando de la escuela básica, quizás de quinto o sexto grado.

**Terapeuta:** ¿En la escuela primaria no existía esta situación con su padre?

**Diana:** No, a veces mi madre se quejaba de algo, pero no era nada especial. Mi padre se volvió una carga después, a partir del noveno grado hasta la escuela secundaria. Mis padres me dieron problemas en distintos momentos.

**Terapeuta:** En distintos momentos. Sin embargo, siento que usted ha apoyado de alguna manera que su madre, pensara que estaba en lo correcto. Era un tipo de deber absoluto.

**Diana:** No. Es sólo que mi madre ha sido siempre más práctica, así que cuando mi padre un poco perdió la cabeza, fue más fácil para mí colgarme de ella, porque sentía que ella podía mantener todo unido. Quizás siento la rabia ahora que las cosas están más tranquilas, que estoy más distanciada, ya no la veo más en este rol.

**Terapeuta:** Quizá esta cosa de tener que mostrar su solidaridad con su madre, debido a la desorientación de su padre, la previno de rebelarse contra ella después. Usted nunca se mostró rebelde en la adolescencia. No quiero decir que debería haberlo hecho, pero mucha gente se rebela en su adolescencia. Usted tenía sus razones para no hacerlo. Se rindió como niña, como niña joven a los quince no se podía enojar porque no quería agregar más problemas...

**Diana:** Sí, probablemente no quería agregar más problemas...

**Terapeuta:** ... o no podía. Creo que no fue una decisión de su parte. Como si sintiera que no podía hacerlo. Como si desapareciera de su conciencia, nunca ocurrió que se pudiera enojar con su madre porque ella era muy coercitiva.

**Diana:** Diría que ni siquiera pasó por mi cabeza en ese momento. Es terrible.

**Terapeuta:** Tal vez no pasó por su cabeza, porque en ese momento era tan vital que usted y su madre se colgaran una de la otra... yo imagino que no fue usted quien se colgó de su madre, es que las dos se colgaban la una de la otra. Me dio la impresión de que no veía a su madre como una roca para agarrarse, sino que las dos eran como dos troncos intentando mantenerse a flote en un río torrentoso.

**Diana:** En cierto sentido es así. No lo elegí. Quizás, hoy, después de todos estos años, esas memorias vuelven a aparecer y son más fuertes. Si las cosas hubieran sido diferentes cuando llegué a la adolescencia, hubiera empezado a hacerme valer... me dije a mí misma: "¿Para qué sirve decir algo?" Ella no entendía nada... así que lo acepté. Pero ahora empiezo a recordarlo todo...

**Terapeuta:** Sí, pero por lo que dice, después de un tiempo ella se volvió una seguridad muy fuerte, un punto de referencia demasiado fuerte. Es como si dijera, "Ella era una seguridad demasiado fuerte y de alguna forma me llevó a perder mis objetivos personales. Ya no sé donde están mis puntos de referencia".

**Diana:** Claro.

**Terapeuta:** Es más o menos así. Creo que, para usted, el problema es hacer las paces con la madre que lleva adentro. La madre real que tiene ya no es tan parecida a la madre del pasado... y quizás la madre que lleva dentro nunca fue tan parecida a la madre que tenía en realidad. Pero tiene que arreglar las cuentas con ella, la que lleva dentro.

**Diana:** ¿Cómo puedo hacerlo?

**Terapeuta:** Ya lo está haciendo. Creo que es un proceso lento, no puede pensar que un día recordará algunas cosas y esas cosas de pronto desaparecen y ya está cambiada. No es así. Usted puede ver cómo, ahora, descubre gradualmente o re-descubre cosas que no eran para nada obvias. Le tomó algo de tiempo hacer que aparecieran.

**Diana:** Algunas memorias, a veces. Pero no es una carga, quizás...

**Terapeuta:** Quizá usted no podía ver que esas memorias tenían fuertes vínculos con lo que le está pasando ahora. No son sólo memorias, son memorias que le muestran algunas facetas de usted misma que aún están ahí. Más que memorias, son maneras de ser con otras personas que aún debe superar y que no son muy fáciles de vencer. Quizás algún día será capaz incluso de hablar esto con su madre.

En este diálogo, el terapeuta tiene que re-organizar su hipótesis. Al inicio, después de los primeros dos intercambios, él intenta organizar los datos que ha recogido en las sesiones anteriores, para dar algo de sentido al comportamiento de la madre, las respuestas de Diana y a los sentimientos del presente. Ya que las primeras respuestas de Diana son tranquilizadoras, él avanza para construir sobre ellas. En esta etapa, el terapeuta coopera con Diana para mejorar la hipótesis. La idea es que la voz de la madre se volvió tan ruidosa que sofocaba la de Diana, llevándola de este modo a su incertidumbre básica sobre sus propios sentimientos. El terapeuta es bastante directo al poner su hipótesis: "En el pasado, no escuchó tanto su voz, escuchó la de su madre". Diana no sólo acepta la hipótesis, sino que continúa y la enriquece. Entonces, el terapeuta propone (aunque de manera tentativa): "Le diré qué es lo que imagino, después me dirá si tiene sentido". Aquí emerge una nueva hipótesis, para explicar por qué el blanco de Diana, en la primera parte de la terapia, ha sido el padre. Esta vez, Diana contradice la hipótesis. El triángulo hipotetizado por el terapeuta -Diana que confrontó a su padre para obtener apoyo y amor de su extremadamente demandante madre- no la convence. El terapeuta, ahora, debe buscar nuevas ideas como parte de la hipótesis,

para que Diana pueda descubrir la suya propia, algo diferente, algunos elementos nuevos para ayudar a Diana a construir una hipótesis que tenga sentido para ella. En este punto, el terapeuta y el cliente trabajan juntos, cada uno agrega pequeños trozos de ideas. Al final, se ponen de acuerdo una vez más en una hipótesis relacional nueva. Entonces el terapeuta la modifica un poco para, en retrospectiva, darle a Diana un rol más activo y competente frente a una madre menos poderosa y terrible. Ahora Diana puede elegir qué hacer, si hablar o quedarse en silencio, si buscar su paz o no. Y el terapeuta le sugiere que ya empezó a elegir re-descubrir sus memorias y darles nuevos significados.

## RESPONSABILIDAD

Hasta ahora hemos hablado principalmente sobre terapia individual y es claro que el contexto de un terapeuta frente a frente con un cliente individual favorece las hipótesis dialógicas. Pero creemos que también en el contexto más complejo de la terapia familiar, donde un equipo encuentra una familia, las hipótesis pueden entrar en el diálogo. Esto implica un proceso polifónico, un requerimiento de humildad de parte del equipo —no sólo del terapeuta activo— y la renuncia definitiva de la omnipotencia terapéutica. Si los clientes son expertos de sus propias historias, entonces ellos son interlocutores privilegiados para construir hipótesis sobre estas historias.

El último punto crucial implica que el terapeuta debe estar consciente, dentro de este proceso, de su responsabilidad (Bianciardi y Bertrando, 2002), de su posición ineludible dentro de un sistema de poder (Foucault, 2003; White, 1995; vea también un análisis de terapia dialógica en Guilfoyle, 2003), de sus prejuicios (Cecchin, Lane y Ray, 1994). Aquí, existe una diferencia sustancial entre terapeuta y cliente. Este último puede muy bien no estar consciente de estas dimensiones, en especial al inicio de la terapia. Sin embargo, el trabajo dialógico alrededor de sus hipótesis y las del terapeuta pueden volverlo consciente de prejuicios, posiciones y emociones que no veía antes, que no daba por sentados o no comprendía por completo.

Esto significa que el terapeuta es éticamente responsable por todo lo que él trae al diálogo y que el hecho de participar en él en condiciones

de igualdad no borra su responsabilidad. Por el contrario, la incrementa, ya que el terapeuta es responsable de la realidad misma que tiende a construir en el diálogo y por su rol dentro de él. La responsabilidad del terapeuta en el proceso dialógico puede ser la de mantener abiertas muchas hipótesis diferentes, para evitar explicaciones lineales simples, así como introducir la idea de que muchas posibilidades existen en el relato de la propia historia, manteniéndose abierto para discutir y aceptar las respuestas del cliente frente a estas propuestas.