

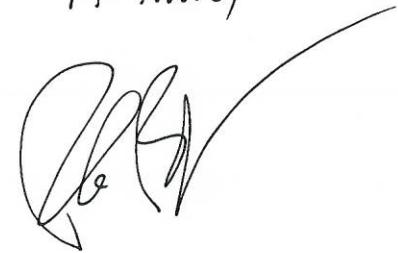
El diálogo que conmueve y transforma

El terapeuta dialógico

Paolo Bertrando

Guernsey, 28 octubre 2011

A Isabel,



Por supuesto, para mí –y para los terapeutas sistémicos como yo– ésta es una elección metodológica. Las relaciones no aparecen primero en el mundo de “allá afuera”: ellas no aparecen antes, según mi punto de vista. No tengo un conocimiento positivo “verdadero” de la realidad del mundo. A partir de esto surge la segunda idea base, la conciencia de la parcialidad de todo conocimiento, en especial de las limitaciones del conocimiento del terapeuta y de la relevancia del conocimiento de los clientes sobre sus vidas. Esto no significa, sin embargo, que este conocimiento deba convertirse en una nueva verdad absoluta en terapia: el conocimiento de los clientes sobre sus vidas es, además, parcial y limitado, exactamente como el mío.

Dos ideas básicas más se refieren a las condiciones en las cuales pongo en acción mi conocimiento terapéutico. Intento poner atención a la multiplicidad de contextos en los cuales mis clientes y yo estamos incluidos, para crear un mapa de contextos, interacciones de contextos y de personas dentro de ellos. Al mismo tiempo, intento además tener una conciencia de la dimensión lingüística de la interacción humana, donde “lingüístico” se refiere a los diferentes lenguajes, no simplemente a las palabras.

Las últimas dos ideas básicas se refieren a la naturaleza misma de los sistemas. Me refiero a los sistemas humanos y aunque tengan algún parecido con los sistemas mecánicos, físicos o incluso biológicos, no pueden identificarse con ellos por completo: los sistemas humanos tienen su especificidad. Como cualquier otro sistema humano, además, los sistemas terapéuticos establecen también alguna relación de poder, lo que significa que yo debería estar consciente de la dimensión política –de poder– de todos mis actos terapéuticos.

El lector se dará cuenta de que todos estos conceptos provienen de la interacción compleja –diálogo– entre el pensamiento sistémico y el posmoderno, como he delineado en el capítulo 2. Para mí, estos son puntos básicos de orientación para el terapeuta sistémico. Pero el hecho es que tales conceptos deben traducirse en la práctica terapéutica, deben volverse actos. Uno podría preguntarse cuáles son las reglas implícitas que obedecemos en nuestro trabajo, cuál es el conocimiento tácito (Polanyi, 1966) al que recurrimos. Para aquellos que como yo, se consideran a sí mismos terapeutas sistémicos, la pregunta es: ¿qué hace sistémicas a mis terapias (en especial cuando se llevan a cabo con individuos), aparte del hecho que yo las llame “sistémicas”? Por mucho tiempo creí que la respuesta se en-

contraba simplemente en llevar a la práctica mis ideas básicas directamente como son. Pero probablemente esto no es lo que realmente sucede.

De acuerdo con Michel Foucault, en cada período de la historia humana existe algo más que meras ideas o conocimiento científico:

Entre la opinión y el entendimiento científico, uno puede reconocer la existencia de un nivel particular, que proponemos llamar conocimiento [*savoir*]. Este conocimiento toma forma no sólo en los textos teóricos o en los instrumentos experimentales, sino también en el sistema completo de prácticas e instituciones. Sin embargo, éste no es el resultado sencillo y puro de esta expresión semiconsciente. Comprende, de hecho, reglas que le son propias, que caracterizan su existencia, su funcionamiento y su historia [Foucault, 1969, citado en Eribon, 1989, p. 216].

Si miramos más de cerca nuestro trabajo terapéutico, podemos ver que las ideas no están incorporadas como tales en nuestra práctica cotidiana. Estas deben ser metabolizadas, transformadas, para tomar una forma práctica, una forma que pueda tener alguna utilidad para las personas con que trabajamos realmente. En este paso, algo ocurre. A veces las prácticas reales difieren bastante de las ideas teóricas que deberían incorporar, por ejemplo, un terapeuta puede tener una ideología relacional fuerte, pero comportarse en un modo estrictamente individualista; en este caso, la justificación teórica para la práctica es meramente ideológica. La mayoría de las veces, de todos modos, las prácticas incorporadas son menos diferentes entre ellas que las ideologías teóricas, lo cual explica, creo yo, por qué los terapeutas con experiencia –incluso con distintas orientaciones– siempre pueden hablar entre ellos sobre un caso, mientras esto se hace en extremo difícil para los terapeutas sin experiencia.

Las ideas teóricas básicas son el terreno sobre el cual se construye la terapia. No obstante, si estas ideas básicas no entran en la terapia como tales, debo transformarlas en algo que se asemeje lo más posible a sus lineamientos prácticos. Si nos detenemos por un momento y pensamos en esto, hay algunos de ellos que son de alguna manera obligatorios si queremos hacer terapia de acuerdo con un modelo específico. Y existen lineamientos de otro tipo, que pueden referirse a una escuela terapéutica o modelo definido pero que no es necesario que yo siga si quiero considerarme a mí mismo un terapeuta dentro de una escuela en particular.

confiando en su “mente inconsciente” que moldeaba su práctica. Una de las contribuciones fundamentales del posmodernismo a la terapia puede ser precisamente esta: la habilidad de aceptar contradicciones teóricas e incluso pragmáticas sin necesidad de resolverlas de una vez por todas, sino usándolas en una forma más holgada y menos restrictiva de hacer terapia.

Esta aceptación puede además ser una forma de ir más allá del conflicto entre texto y contexto, entre metáfora sistémica y narrativa, lo cual tiende a tener un efecto empobrecedor en la terapia. Podemos cambiar con facilidad entre estos dos modos de pensar, que trabajan en diferentes niveles en terapia y que tienen diferentes implicaciones en el proceso terapéutico. El texto es útil para entender la dimensión subjetiva de la experiencia, el significado que las personas encuentran para ellos mismos como individuos. El contexto es útil para captar alguna idea de la dimensión suprapersonal de la vida, de todas esas partes de nuestra experiencia que tendemos a no darnos cuenta, porque existen en algún lugar más allá de nuestro conocimiento y nuestras condiciones de conocimiento. El terapeuta continuamente cambia de uno a otro, en un esfuerzo para dar sentido a la relación con los clientes. Esto puede ser una manera verdaderamente posmoderna de trabajar.

CAPÍTULO 3

PRÁCTICAS Y TEORÍAS

En las páginas anteriores podemos obtener una imagen de la evolución en las últimas cinco décadas de la terapia sistémica, enmarcada, al menos en parte, dentro de la corriente principal de la terapia familiar, que está inserta, a su vez, dentro del contexto más amplio de la psicoterapia. Y en especial a partir del capítulo 2, podemos comenzar a desarrollar un entendimiento de los conceptos teóricos básicos de la terapia sistémica. Para mí, al menos en mi modo de trabajo, las ideas teóricas básicas de la terapia derivan directamente de la dialéctica —el diálogo— entre el pensamiento moderno y el posmoderno. Si tuviera que resumirlas, la lista sería más o menos así.

La primera idea base se refiere a las relaciones. Está claro que la mayoría de los modelos de terapia familiar que no son sistémicos, otorgan gran relevancia a las relaciones interpersonales¹, y en las últimas décadas ha surgido el mismo interés dentro de otros campos terapéuticos, como el psicoanálisis y la terapia cognitiva². Sin embargo, hay una diferencia fundamental entre estos enfoques y la terapia sistémica: en esta última, las relaciones son constitutivas, en el sentido de que aparecen —desde un punto de vista lógico— antes que los individuos. Como observé en otro trabajo (vea Bertrando, 1997), dentro de la metáfora sistémica que establece Bateson, “las relaciones son más importantes que los individuos”. El individuo, en otras palabras, no aparece primero, en aislamiento, para interactuar después con otros individuos, creando relaciones: las relaciones aparecen primero y luego, a partir de ellas, podemos aislar individuos.

¹ Para entender esto, sólo tiene que consultar algunos manuales completos de terapia familiar {por ejemplo, Becvar y Becvar, 1996; Gurman y Kniskern, 1991; Nichols y Schwartz (1998)}.

² Para el primero, vea los trabajos de Schafer (1976, 1981), Greenberg y Mitchell (1983), Stolorow, Atwood y Brandchaft (1994), si desea un cuadro exhaustivo, Eagle (1999). Para la segunda, vea Guidano (1987).

Por ejemplo, para ser un terapeuta de la tradición sistémica de Milán –al menos, en la tradición sistémica de Milán como yo la interpreto– tengo que formular hipótesis sistémicas y pensar en términos hipotéticos. Si pienso en otros términos, digamos en términos más realísticos que hipotéticos, estoy aún haciendo terapia e incluso puedo estar haciendo una terapia aún mejor, pero no estoy haciendo una terapia sistémica de Milán. En cambio, aunque las preguntas circulares claramente pertenecen al modelo sistémico de Milán, no estoy obligado a hacer esas preguntas para hacer terapia sistémica. Puedo estar toda la terapia sin hacerlas y aún encontrarme dentro de las fronteras de mi modelo. Algo similar podría decirse, por ejemplo, de la interpretación psicoanalítica versus el uso del diván en el psicoanálisis. Llamaré al primer tipo de lineamientos “principios básicos” de un modelo terapéutico y “técnicas básicas” al segundo tipo.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA SISTÉMICA

Para entender el proceso a través del cual llevo mis conceptos básicos a la práctica, tengo que entender cómo los conceptos básicos que comparto con la mayoría de mis colegas terapeutas sistémicos, que hemos derivado a partir de las lecciones de nuestros maestros, se transforman en lineamientos clínicos. A través de este examen propongo cuatro principios básicos, que delinearé en orden lógico, aunque arbitrario. Por supuesto, todos ellos entran en mi práctica al mismo tiempo, la mayoría de las veces sin tener conciencia total al respecto. Dichos principios son el rol y la formulación de las hipótesis, la atención a la posición del terapeuta dentro del sistema, la conciencia de la relación terapéutica y el entendimiento dialógico de la terapia.

HIPÓTESIS

La hipótesis es central en el modelo sistémico que profeso. Esto puede parecer una simpática obviedad: después de todo, el proceso de hipotetización puede considerarse parte de las acciones y del pensamiento –explícito o implícito– de todos los terapeutas, sin importar su orientación teó-

rica³. Esto no es así, si recordamos que, para mí, la hipótesis no es una técnica, es una visión de mundo: como terapeuta sistémico, veo el mundo hipotéticamente más que “realísticamente”, al menos hasta un cierto punto. Ya no presumo que pueda alcanzar un núcleo “real” y “auténtico” de una familia, todo lo que puedo hacer es tener una hipótesis de ella. Las consecuencias de este cambio en mis convicciones son enormes⁴.

Una idea así sobre la hipótesis fue enunciada por primera vez en 1980 por el equipo original de Milán (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980a): en terapia se crean conexiones al construir nuevas hipótesis temporales sobre los patrones de relación de los clientes, así como entre los clientes y terapeutas; así, diferentes posibilidades interpretativas evocan ideas que pueden ser compartidas con los clientes. Las hipótesis se consideran provisionales en sí mismas, lo que implica que es imposible encontrar la “hipótesis final” que pueda explicar el mundo de los clientes de una vez por todas y resolver sus problemas. En palabras del equipo de Milán:

Las hipótesis, como tales, no son ni verdaderas ni falsas, sino más o menos útiles (...) precisamente por esta función de categorizar información y experiencia, la hipótesis ocupa una posición central entre los medios con que disciplinamos nuestro trabajo investigativo (...). El valor funcional de la hipótesis en la entrevista familiar es en esencia garantizar la actividad del terapeuta, la cual consiste en la búsqueda de patrones relacionales (...). La hipótesis del terapeuta, sin embargo, introduce un insumo poderoso de lo inesperado y lo improbable (...) y por esta razón actúa evitando el descarriamiento y el desorden [Selvini Palazzoli *et al.*, 1980, p. 4].

³ Según Lester Luborsky (1984), por ejemplo, el proceso interpretativo en la terapia psicoanalítica, centrándose inicialmente en el síntoma, define progresivamente un “tema nuclear conflictual relacional”, sobre el cual el terapeuta trabaja junto al cliente. Esto es en esencial el proceso de hipotetización (vea Bertrando y Toffanetti, 2003).

⁴ Esto es, incidentalmente, la cuestión central enfrentada –con diferentes énfasis– por constructivistas (vea von Foerster, 1982) y construccionistas sociales (vea Gergen, 1999): a saber, la posibilidad de que mis creencias –e incluso percepciones– “representen” la realidad como tal. Con frecuencia, las soluciones más apreciadas por los terapeutas sistémicos han sido algo simplistas, ya que estos problemas se han debatido por filósofos durante siglos. (Para ver una discusión más profunda de los problemas ocasionados por el representacionalismo ingenuo, consulte Rorty, 1980; para leer una crítica de algunos aspectos del construccionismo social, vea Hacking, 1999).

En este artículo, el grupo original de Milán está algo así como en un terreno intermedio entre una posición estratégica y una más dialógica: la hipótesis debería introducir “lo inesperado y lo improbable”, teniendo de este modo un poderoso efecto en los clientes. Es por esta razón que el equipo terapéutico no era abierto en cuanto a sus hipótesis. Usualmente, las hipótesis del terapeuta o del equipo no se expresaban a los clientes. En su lugar, se daba un encuadre, una prescripción o un ritual. En este procedimiento, la dimensión verbal se minimizaba en forma deliberada y la acción era el canal privilegiado de comunicación. Todo esto tenía algo que ver con la idea de la terapia como un ritual, pero además reflejaba una actitud directiva que después fue repudiada por los terapeutas sistémicos.

Los terapeutas narrativos y conversacionales (Andersen, 1991; Anderson, 1997; White, 1995) encuentran impensable una terapia que “juegue con las cartas hacia abajo”: el cliente debería siempre ser tratado como un “igual”, desde un punto de vista ideológico y en términos de responsabilidad por el resultado de la terapia. Es congruente con este enfoque la idea de que deberíamos evitar las hipótesis, para no ser dominantes o manipuladores.

Pero hay otra ruta posible: puedo informar a los clientes acerca de las hipótesis que yo —o yo con mi equipo— nos hemos hecho de ellos. Esta idea representa un posible terreno intermedio entre estas dos posiciones opuestas. Mantener la hipótesis como un “secreto” podría significar un paternalismo hacia la persona con la que hablamos; por otra parte, un intento de mi parte de no tener una idea definida puede sugerir un temor a que los pacientes puedan no tolerar mis hipótesis sobre ellos (lo que ciertamente puede ser paternalista también).

Creo que, si existe una atmósfera de confianza entre cliente y terapeuta, cualquier idea apropiada puede ser sugerida a los clientes. Dependerá de mí, sin embargo, la elección de las palabras justas, la retórica correcta, de tal modo que pueda ofrecer mis ideas a los clientes de manera respetuosa y positiva (Boscolo, Bertrando, Fiocco, Palvarini y Pereira, 1993). Si logro ser respetuoso, ciertamente no dañaré a los clientes con ninguna de mis palabras.

Otra cuestión fundamental tiene que ver con la posición de los clientes en la elaboración de mis hipótesis. Originalmente, las hipótesis nacían a partir del trabajo de equipo. El proceso dependía del desarrollo de

diferentes ideas, que parecían ser variaciones sobre un tema central. En palabras de Luigi Boscolo: “Cuando una hipótesis general es aceptada por todos los miembros del grupo, puedes seguir refinándola hasta que adquiera algún sentido” (Boscolo *et al.*, 1987, p. 88). Hoy en día, sin embargo, pienso que puede ocurrir un proceso similar cuando trabajo sólo con mis clientes. El proceso es el mismo, pero el diálogo se encuentra en un lugar diferente. Mientras en el pasado las hipótesis eran fruto del diálogo interno del equipo terapéutico, hoy siento que cada vez más las hipótesis son un fruto del diálogo con mis clientes, donde ellos son libres de discutir, extender, criticar y ampliar mis hipótesis, además de traer sus propias hipótesis, situación que no cambia cuando trabajo con un equipo. Por lo tanto, si yo creo que mis hipótesis son parte de un diálogo que está ocurriendo con mis clientes, paso por otro cambio conceptual. En el pasado, cualquier hipótesis se consideraba en esencia “propiedad privada” del terapeuta o el equipo: hoy puede entenderse como una acción colaborativa.

LA POSICIÓN DEL TERAPEUTA

La primera tarea del terapeuta es estar consciente de su posición dentro del sistema terapéutico. En apariencia otro aspecto obvio: pero creo que esta simple afirmación abarca más de lo que se ve a primera vista. Para ir más allá de la lectura más superficial, necesitamos hacernos algunas preguntas engañosamente triviales: ¿qué queremos decir por “posición del terapeuta?”, y ¿dónde se encuentran los límites del “sistema terapéutico”? Las respuestas pueden ser muy diferentes, diferencias que dan cuenta de un amplio rango de distintos significados dados, a través de los años, a la idea misma de la posición del terapeuta.

Para mí, hablar de la posición del terapeuta significa poner en la práctica clínica la noción de contexto, en sus múltiples significados. Significa considerar la posición que me es dada por el contexto y al mismo tiempo la posición que yo elijo —si soy capaz— adoptar dentro del contexto mismo: es algo que tengo que aceptar y algo en lo que influyo activamente. Por supuesto, significa entender la relación entre estos dos significados: cómo mi actitud influye en la posición que me es dada y cómo el contexto influye en mi toma de actitud.

En cuanto al sistema terapéutico, sus límites son, de algún modo, arbitrarios: puedo elegir incluir en él sólo al terapeuta y sus clientes o puedo elegir ampliarlo a otras personas, sistemas y agentes sociales. Mientras más amplíe mi concepto del sistema terapéutico, más complejo se hace mantener una conciencia de él. Nunca puedo estar completamente consciente de todas las complejidades de un sistema terapéutico –ni siquiera en el caso más sencillo– porque existe siempre algo que no conozco de mis clientes, sin mencionar lo que no conozco de mí mismo. De este modo, la conciencia de la posición del terapeuta es muy similar a todos los otros principios, siempre provisional, siempre a punto de ser corregida y complejizada.

RELACIÓN TERAPÉUTICA

La centralidad de la relación está implícita en todos los pensamientos y acciones del terapeuta sistémico. La atención a una cuestión específica en el campo de las relaciones –a saber, la relación terapéutica– viene desde una pregunta en apariencia sencilla: ¿por qué una terapia es terapéutica? Ésta es la clase de preguntas que un niño haría (si los niños estuvieran interesados en la terapia). Al igual que todas las preguntas de los niños, no es fácil responder esta pregunta crucial. Al parecer en nuestro campo⁵, sustituir ciertas palabras por otras, ciertas narrativas por otras –como antes, sustituir ciertos patrones por otros, ciertas premisas por otras– se considera suficiente para producir los cambios que el terapeuta y el cliente consideren positivos. Sin embargo, decir que la terapia funciona cuando cambian patrones de interacción, premisas epistemológicas o incluso cuando cambia el lenguaje o el modo de narrar (vea Frosh, 1997) es, en cierta medida, otra obviedad más, tal como sería decir que una persona deprimida cambia cuando ya no está deprimida: no se comporta como si estuviera deprimida, no interactúa como si estuviera deprimida, no se narra a sí misma como si estuviera deprimida. El problema es: ¿cómo

⁵ La pregunta sobre la naturaleza de las terapias es tan antigua como las terapias mismas. En cuanto a la más antigua de ellas, el psicoanálisis, se ha propuesto una sucesión de hipótesis, desde la abre-acción afectiva hasta el *insight*, desde la experiencia emocional correctiva a la transferencia (Focchi, 2001).

esta persona deja de ser –comportarse, sentir, interactuar, narrarse– como si estuviera deprimido? ¿Qué lo lleva a percibirse a sí mismo fuera de la depresión?

El saber común de un terapeuta inmediatamente hace aparecer algunas dudas: a veces los cambios en patrones, lenguaje, incluso en la conducta, no producen nada; a veces vemos cambios espectaculares en personas sin tener posibilidad alguna de relacionarlos con uno de estos factores. Entonces, ¿dónde podemos buscar lo que hace terapéutica a nuestras terapias? Freud –o para ser más precisos, la paciente “Anna O” de Josef Breuer (vea Freud, 1895d, 1988, p. 65)– definió el psicoanálisis como una “talking cure”, una frase que hasta el día de hoy se considera equivalente a la “cura hablada” o “cura con palabras”, pero que puede traducirse mejor como una “cura debida al acto de hablar”. No las palabras, sino que el acto de hablar –entre dos o más personas– puede considerarse el hecho esencial de la “cura”. “Lo terapéutico” de la terapia tiene que depender necesariamente de lo que ocurre durante la terapia. Lo que hace que una terapia sea una terapia es el tipo y la calidad de la relación entre terapeuta(s) y cliente(s). Aquí la relación terapéutica, la gran ausente del debate sistémico, entra en escena (Flaskas, Mason y Perlesz, 2005; Flaskas y Perlesz, 1996)⁶.

Trabajar en la relación terapéutica en términos sistémicos significa, antes que todo, hacerse consciente del modo en que el contexto –el marco– de la terapia se crea dentro del diálogo terapéutico y qué consecuen-

⁶ Contrario a lo que afirman Flaskas y Perlesz (1996), los terapeutas sistémicos lidiaban con la relación terapéutica en el pasado, pero de maneras que hoy no cumplen con nuestra idea de relación terapéutica. Para los pioneros de la terapia sistémica, la relación entre terapeuta y cliente –usualmente una familia– es totalmente instrumental (Jackson, 1959); la posición de Minuchin (1974) y Bowen (1978) es similar. De acuerdo con Jay Haley (1963), la relación terapéutica es puramente una relación de poder, donde el rol del terapeuta es obtener la posición de poder que en otros contextos los clientes logran conseguir por sí mismos. Los terapeutas familiares experienciales y humanistas, tales como Carl Whitaker y Virginia Satir, o terapeutas familiares psicoanalíticos como Nathan Ackerman, estaban más interesados en la relación terapéutica (Bertrando y Toffanetti, 2000). En cuanto a los terapeutas posmodernos, ellos pueden verse como lo opuesto a Haley: ven la relación terapéutica como una relación de poder, pero con un valor opuesto: para Haley, el poder es benéfico; para ellos, es dañino (vea, por ejemplo, Anderson y Goolishian, 1992; White, 1995).

cias tiene este marco en el diálogo mismo. Entonces, esto significa –para mí– que comienzo a cuestionarme a mí mismo sobre lo que estoy haciendo con esa(s) persona(s), cómo lo estoy haciendo y, especialmente, cuánto sé de lo que estoy haciendo. Intento estar consciente de las limitaciones de mi punto de vista comparado con el del cliente –y el del cliente comparado con el mío– además de las consecuencias imprevistas (Merton, 1936) de lo que hago o digo: no puedo anticipar por completo lo que sucederá en mi relación con un cliente en específico y eso implica que yo debo estar abierto a una evolución de nuestra relación ya que es en esencia impredecible.

DIÁLOGO

Todo lo que he dicho nos lleva al problema del diálogo terapéutico. Por supuesto, hablar de esta dimensión en la terapia puede ser también algo obvio: después de todo, ¿qué terapia es posible sin diálogo? Desde mi punto de vista es inconcebible una psicoterapia sin el diálogo. El problema es, ¿en qué tipo de diálogo estoy entrando cuando hago terapia de manera sistémica? Desde el primer capítulo, es fácil anticipar que un diálogo ericksoniano es muy diferente a mi idea actual de diálogo terapéutico. Un diálogo ericksoniano es instrumental: Entro en él para obtener un resultado práctico, es decir, para obtener algún cambio en alguna persona(s).

Según mi punto de vista, el diálogo terapéutico que propongo es más bien comprensivo; entro en él para tener alguna idea de la situación y así desarrollar algunas hipótesis junto con mi cliente (o mis clientes); o mi cliente y mi equipo. Este tipo de diálogo bien puede influir a alguien, yo mismo incluido, pero no apunta específicamente a que esto suceda. El objetivo principal es llegar a alguna clarificación o al surgimiento de algún nuevo entendimiento.

Tengo que reconocer que incluso esta actitud de entendimiento puede ser una influencia demasiado fuerte, llegando incluso una manipulación de los clientes (para algunos colegas, en especial desde el punto de vista de la vertiente conversacional o del *reflecting team*, como espero haya quedado claro en las páginas anteriores). Probablemente esta interpretación del diálogo aparece en su forma más pura con el modelo de diálogo abierto des-

arrollado por Jaakko Seikkula, sobre todo en relación con intervenciones con casos de psicosis aguda (vea Seikkula, 2002; Seikkula y Olson, 2003). Así es como Harlene Anderson conceptualiza el enfoque de Seikkula:

La tarea de los terapeutas no es entender o dar sentido desde su propia perspectiva profesional o personal, sino desde la perspectiva de los clientes. Esto quiere decir hablar sobre lo que el cliente quiera hablar, a su ritmo y en su propio lenguaje. Los terapeutas participan en esta conversación al escuchar responsivamente. Escuchar responsivamente implica oír. Para crear un espacio para la audición, el oyente entra en un modo dialógico, invitando al otro a hablar. El oyente está abierto y es flexible respecto a cómo habla el otro, sin ideas preconcebidas, como lo que es correcto o sano para hablar (...) En el intento de oír lo que el cliente quiere que oiga –los entendimientos del cliente– un terapeuta puede hacer comentarios o una pregunta para ayudar a conseguir, revisar o clarificar un entendimiento [Anderson, 2002, pp. 279-280].

En este punto, yo podría coincidir con su idea. Pero Anderson agrega: “Los comentarios no son juicios ni hipótesis veladas; las preguntas no son herramientas informacionales o sembradoras de ideas” (Anderson, 2002, p. 208). Y es aquí donde afloran algunas diferencias: Estoy de acuerdo con que mis propios comentarios no son juicios, pero ellos suelen ser hipótesis, aunque para nada veladas. Y mis preguntas sí tienden a ser herramientas informacionales: no veo una imposición de mi parte si intento tener algún entendimiento de la situación del cliente o incluso si trato de sembrar algunas ideas, ¿por qué no? Aunque esto es sólo si las ideas que planteo se presentan con el debido respeto a las de los clientes, sin intentar imponérselas (pero, entonces, ¿es siempre tan fácil poner ideas en las cabezas de los clientes? ¿No es posible que algunas de sus palabras planten algunas semillas en mi propia cabeza?).

A veces pienso que la diferencia entre mi enfoque dialógico y esa otra clase de enfoque dialógico se encuentra precisamente en una idea diferente de diálogo. A los que apoyan el diálogo abierto les gusta citar a Mikhail Bakhtin (Seikkula, 2003). Pero su entendimiento del dialogismo de Bakhtin (Holquist, 2002) es diferente al mío. Mientras ellos tienen una idea muy suave y delicada de un diálogo, yo veo una versión más dura, más difícil, incluso confrontacional.

Para Bakhtin, entender es un proceso activo. El entendimiento activo significa que lo que un hablante dice es asimilado por el oyente en un nuevo sistema conceptual:

El hablante lucha para obtener una lectura sobre sus propias palabras y sobre su propio sistema conceptual que determina estas palabras, dentro del sistema conceptual ajeno del receptor que entiende; él entra en una relación dialógica con ciertos aspectos de este sistema. El hablante se abre paso a través del horizonte conceptual ajeno del oyente, construye su propia enunciación en territorio ajeno, en contra del trasfondo no perceptivo suyo y de su oyente [Bakhtin, 1935/1981, p. 282].

Esto significa que no tengo una garantía de que mis intenciones serán percibidas tal cuales por mi oyente, ni de que yo sea inmediatamente capaz de entender a otra persona. Se requiere un proceso activo, el proceso dialógico, que de alguna forma es una lucha –benévola– entre la otra persona y yo, donde ser entendido significa entrar en un encuentro donde tengo que ser abierto y respetuoso, pero además tener una opinión, si yo o nosotros queremos que algo nuevo surja. No puedo estar en el diálogo si no actúo hacia el otro –o reacciono a las acciones del otro– y sólo puedo actuar al entrar a la conversación con todas mis opiniones, ideas, emociones. Aquí es donde mis hipótesis, mi atención hacia la posición propia y del otro, mi conciencia de la relación, encuentran su confluencia. Éste es el lugar donde la acción terapéutica ocurre.

TÉCNICAS BÁSICAS

Las técnicas son similares a los principios básicos, ya que son incorporaciones de ideas base para el uso práctico en terapia. La diferencia es que las técnicas se pueden usar o no, por los terapeutas, dependiendo de las circunstancias. De este modo, el uso de técnicas sistémicas dentro de una sesión no necesariamente cualifica esa sesión como una sesión sistémica. Las técnicas principales en la terapia sistémica, de acuerdo con mi práctica, son las siguientes.

La primera es el trabajo en equipo, una herramienta básica para el practicante sistémico desde los primeros días del modelo de Milán (vea

Selvini Palazzoli *et al.*, 1978a). Aunque el trabajo en equipo aún es importante en mi práctica –y doy algunos ejemplos en las próximas páginas– tiendo a no usarlo en muchas ocasiones, en especial en terapia individual, que en general hago solo. Hay una situación en la cual el equipo es aún indispensable, este es el caso del entrenamiento: el practicante en terapia sistémica aprende en un equipo, a través de un equipo; de hecho creo que sin algo de experiencia de equipo es casi imposible desarrollar una sensibilidad sistémica.

Otras técnicas desarrolladas en la primera fase del equipo original de Milán que aún uso en algunas ocasiones, son las llamadas “intervenciones finales” que solía aplicarlas el terapeuta activo después de la discusión de equipo, en la parte final de cada sesión. Usualmente tomaban la forma de encuadre general de la situación completa del sistema o de una tarea para llevar a cabo en casa, pudiendo tomar la forma de una prescripción sencilla, de una tarea ritualizada o de un ritual⁷. Hoy no estoy tan seguro de la necesidad de una intervención final. Por ejemplo, no uso intervenciones finales en terapia individual cuando trabajo solo, pero tiendo a usarlas en ocasiones cuando veo individuos con un equipo detrás de un espejo unidireccional, como ocurre cuando los veo con propósitos formativos. Gianfranco Cecchin incluso planteó la hipótesis de que la intervención final es importante para preservar la coherencia del equipo, no para decir algo de los clientes (vea Bertrando, 2004, p. 218). Probablemente el mejor resumen de mi actitud hacia las intervenciones finales es todavía lo que escribí con Luigi Boscolo en 1993:

La intervención final [hoy] puede ser simplemente una cita para la próxima sesión o una afirmación, una expresión de duda, un encuadre o una historia sobre lo que ocurrió durante la sesión. Se pueden dar prescripciones y rituales, también [Boscolo y Bertrando, 1993, p. 114].

⁷ El ejemplo más celebrado del encuadre sistémico de Milán es, sin duda, la connotación positiva de la conducta de toda la familia (Selvini Palazzoli *et al.*, 1978a). Respecto a las prescripciones conductuales, fueron distinguidas por el equipo original de Milán de este modo: ritual, cuando los aspectos formales y de contenido se especificaban; prescripciones sencillas, cuando sólo el contexto estaba definido; y prescripciones ritualizadas, cuando sólo los aspectos formales se detallaban (Selvini Palazzoli *et al.*, 1978b).

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 trabajo⁸. Me refiero, 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).

⁸ 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.

CAPÍTULO 4

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 concebimos¹. 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, empezaremos a ver el proceso completo a partir de sólo un punto de vista: el del terapeuta, y consideraremos una situación clínica.

¹ 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.