

LOS SISTEMAS HUMANOS COMO SISTEMAS LINGÜÍSTICOS: IMPLICACIONES PARA LA TEORIA CLINICA Y LA TERAPIA FAMILIAR

Harlene Anderson
Harold A. Goolishian
Galveston Family Institute

From our earliest practice of family therapy at medical schools, private family therapy institutes, and public agencies, our work with difficult populations that do not respond to current treatment technologies has reminded us of the inadequacies and the limitations of our expertise. This work has influenced our current, evolving clinical theory as we move from thinking of human systems as social systems defined by social organization (role and structure) to thinking of them as distinguished on the basis of linguistic and communicative markers. Hence, for us, the social unit we work with in therapy is a linguistic system distinguished by those who are "in language" about a problem, rather than by arbitrary and predetermined concepts of social organization. We call the therapy system a problem-organizing, problem-dis-solving system.

INTRODUCCION

El desarrollo de nuestras ideas ha sido motivado por el trabajo con casos en que han fracasado todos los intentos de tratamiento, así como casos derivados de los tribunales que generalmente representan complejos problemas clínicos contra los que existe una lucha constante, como por ejemplo los problemas de violencia doméstica, abusos sexuales y enfermedades crónicas. El desarrollo de nuestra teoría ha sido debido también a nuestro trabajo de consulta con, por ejemplo, servicios de protección de menores, de atención a la mujer, y servicios de reinserción social, a nuestra tarea de formación de la creciente variedad de estudiantes y profesionales de la salud mental interesados en Terapia Familiar. Así mismo, nuestro trabajo ha motivado conversaciones que suponían un reto tanto para nosotros mismos como para otras personas interesadas; conversaciones que nos hacían reflexionar sobre aquellos temas no resueltos y a la vez nos hacían cuestionar interrogantes que en otro momento habíamos dado por resueltos - por ejemplo: ¿Qué es la terapia?, ¿Cuales son las metas de la terapia?, ¿Como se identifica el objetivo de una terapia?, ¿Qué es el cambio?, y ¿Cual es el papel del terapeuta?.

PREMISAS FUNDACIONALES ACTUALES

En nuestro esfuerzo por aportar nuevas respuestas a tan difíciles preguntas, así como por fomentar nuevas opiniones en la manera de pensar sobre los sistemas humanos, los problemas que estos presentan y nuestra capacidad de trabajo con ellos, planteamos y damos una explicación detallada de cinco premisas principales:

1- Los sistemas humanos son a la vez sistemas generadores de lenguaje y de significado. La comunicación y el discurso son los que definen la organización social; esto es, un sistema sociocultural es producto de la comunicación social, no que la comunicación sea producto de la organización. Así, cualquier sistema humano es un sistema lingüístico o comunicativo, derivándose de aquí que todo sistema terapéutico es un sistema lingüístico.

2- El significado y la comprensión son construidos social e intersubjetivamente. Por intersubjetividad nos referimos a una situación en desarrollo en el que dos o más personas están de acuerdo en estar experimentando el mismo fenómeno de la misma manera. El significado y la comprensión implican dicha experiencia intersubjetiva. De todas formas, entendemos que este “estar de acuerdo” es frágil y está continuamente abierto a la renegociación y discusión. No se llega a una comprensión y significado compartido hasta que no entablamos un acto comunicativo, esto es, un discurso o diálogo generador de significado dentro de un sistema para el cual la comunicación es relevante. Entendemos que un sistema terapéutico es un sistema para el cual la comunicación tiene una relevancia específica para él mismo

3- Cualquier sistema de terapia es un sistema que se ha formado alrededor de algún problema y que está implicado en el desarrollo de un lenguaje y significado específicos, específico a su organización y a su disolución. En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema que se caracteriza por un “problema”, y no la estructura social la que caracteriza al problema. El sistema terapéutico es pues un sistema organizador/desintegrador del problema.

4- La terapia es un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos conversación terapéutica. Dicha conversación terapéutica supone una búsqueda y exploración a través del diálogo, un intercambio y cruce de ideas, en el que se están desarrollando continuamente nuevos significados orientados hacia la resolución del problema y por tanto hacia la resolución del sistema de terapia, o lo que es lo mismo, del sistema organizador y desintegrador del problema. Así cambio equivale al desarrollo de un nuevo significado a través del diálogo.

5- El rol del terapeuta es el propio de un artista experto de la conversación —un arquitecto del diálogo— cuya finalidad es la de crear un espacio facilitador de conversación (dialógico). Así, el terapeuta es tanto un observador participante como un participante organizador de la conversación terapéutica.

Hemos hablado anteriormente sobre estas ideas bajo el título de Sistemas determinados por el problema (Andersen, 1986; Anderson et al., 1986; Goolishian, 1985; Goolishian & Anderson, 1987; Hargens, 1987). De todas formas, pensamos

que la etiquetación siempre supone un proceso peligroso, y por ello nos parece insatisfactorio el uso de “etiquetas” pues le dan una connotación a los problemas de fijos e invariantes. Por el contrario, somos de la opinión que los sistemas son fluidos, están en continuo cambio y nunca llegan a ser estables del todo. Así pues, el número de miembros de un sistema no tiene por que ser fijo; tal como va cambiando la definición del problema, también puede variar el número de integrantes del sistema. No quisiéramos dar a entender que los problemas aparecen de golpe y requieren una solución particular y activa; sino que consideramos que el rol del terapeuta consiste en tomar parte de los procesos de creación de lenguaje y significado sobre el problema que tiene el sistema, así como fomentar un diálogo orientado a la resolución del problema, y por consiguiente a la disolución del propio sistema.

Es a través del diálogo que los sistemas humanos desarrollan mutuamente su propio lenguaje y confirman el significado de éste. Es pues este proceso lingüístico en desarrollo el que produce los patrones, regularidades y predictibilidades que el terapeuta experimenta como independiente de sus descripciones y que se convierten en modelos para la comprensión. Un “sistema organizador y desintegrador de problemas” es un constructo intelectual igual como lo puede ser el constructo “familia”.

Esta conceptualización de la terapia es para nosotros una manera de pensar útil para nuestro trabajo clínico, investigador y docente. Así mismo, no tenemos la menor duda de que nuestras construcciones actuales continuarán desarrollándose en el futuro.

Al igual que los sistemas son fluidos, también lo son nuestras ideas sobre ellos. Nuestras teorías, así como nuestra práctica de la terapia, deben ser entendidas más como lentes temporales a través de las cuales vemos ciertos aspectos de la realidad social, que como representaciones que se ajustan totalmente a ésta. Nosotros no usamos nuestra experiencia con sistemas en terapia a fin de confirmar nuestras teorías, sino para impulsar la búsqueda de formas más útiles de conceptualizar, describir y trabajar con dichos sistemas.

Tanto las teorías como las formas de práctica en terapia individual y familiar son más bien, según nuestro punto de vista, ideologías sobre la conducta humana que descripciones que se ajusten a la realidad social; y al igual que el resto de ideologías está sujeta al cambio evolutivo a través del tiempo.

La terapia puede compararse a un proceso en el que se observa cómo los clientes confirman las expectativas del terapeuta y en devolución el terapeuta confirma las suyas. No debemos pensar que lo que está ocurriendo es una confirmación de la realidad representacional de la teoría psicoterapéutica, sino algo mucho más simple, como es una conversación en el lenguaje ordinario de nuestra época.

Szasz (1987) propone que la teoría psicoterapéutica no es una ciencia, sino “una ideología sobre la conducta humana” y “un fenómeno cultural como puede ser

una filosofía religiosa”. Nosotros estamos de acuerdo con esta postura y la hacemos extensible a todas las teorías del campo de las ciencias sociales (incluida la nuestra propia).

Las teorías sobre ciencias sociales son ideologías que se han inventado en un momento determinado por razones prácticas. Es como si toda teoría social implicara todo un mundo de significado “pre-interpretado”. Giddens (1977) llama a esto la “doble hermenéutica” la de las ciencias sociales y la del lenguaje ordinario. Por una parte, ni las ciencias sociales ni las teorías sobre psicoterapia pueden ignorar las categorías usadas por la gente en la organización práctica de la vida social. Por otra, la gente asume que las ciencias sociales y las teorías psicoterapéuticas son elementos de su comportamiento. Afortunadamente, las teorías psicoterapéuticas y las ciencias sociales cambian en la medida que el lenguaje que se usa para describir la interacción social y la conducta, cambia a lo largo del tiempo. Esto aumenta enormemente la dificultad e incrementa la imposibilidad de predecir la conducta humana. Resulta imposible para nosotros cambiar la naturaleza propia de las ciencias sociales y psicoterapéuticas, caracterizada por basarse en una relación de sujeto a sujeto.

Las diferentes ideas, teorías, significados y prácticas siempre estarán en continuo cambio y desarrollo.

En el presente artículo introducimos y elaboramos nuestras ideas teóricas actuales, así como algunas de las implicaciones que éstas tienen para la práctica y teoría clínica. Haremos la presentación de tales ideas tal como han ido evolucionando a lo largo de este trayecto, a veces curioso, pero siempre desafiante. De todas formas, a pesar de que nosotros creemos en estas ideas no queremos convencer a nadie de que dichas ideas tengan un “status epistemológico privilegiado” (Rorty, 1972, p. 201), (ni así lo creemos), ni tampoco las presentamos como una alternativa en Terapia Familiar. Por el contrario, el camino que han seguido nuestras ideas nos ha llevado a cuestionarnos la noción misma de Terapia Familiar. Para empezar, presentamos nuestra visión de la evolución que se ha producido en Terapia Familiar durante los últimos 35 años, y también de las dos direcciones contrarias que creemos se están siguiendo en dicho campo; estas son: la que pone mayor énfasis en los sistemas sociales, frente a otra que subraya más los sistemas de significado.

LA PRIMERA OLA

A principios de los años cincuenta, algunos terapeutas, tanto de forma simultánea como por separado, empezaban a explorar nuevos caminos en su trabajo clínico. Fue una época de rápida expansión de las teorías psicoanalíticas donde el foco principal se centraba en los sistemas intrapsíquicos de la persona. En este contexto, el punto de vista que prevalecía sostenía que los síntomas y los problemas implicaban solamente al individuo. El irse dando cuenta, después de un largo proceso, que algunos sentimientos reprimidos estaban asociados a un desarrollo

histórico traumático supuso una esperanza para la psicología. De todas formas, algunos clínicos inquietos estaban trabajando con poblaciones clínicas complejas frecuentemente diagnosticadas como esquizofrénicas y delincuentes, y con los cuales el tratamiento psicodinámico a largo plazo que se utilizaba en aquella época parecía incapaz de promover ningún tipo de cambio. Dichos terapeutas, representantes de un amplio rango de entornos e intereses, respondieron al problema con un espíritu innovador, y así desarrollaron un nuevo sistema de terapia: el familiar. En este grupo, para mencionar a unos cuantos, estaban Ackerman en Nueva York; Bateson, Jackson, Weakland, Satir, y Haley en Palo Alto; Bowen en Topeka y Washington; Whitaker y Malone en Atlanta; Lidz en Baltimore; Schefflen y Birdwhistle en Philadelphia; Wynne y Singer en Washington y Berkeley; y Goolishian, McGregor, Serrano, y Ritchie en Galveston. Inicialmente, la mayoría de ellos no eran conscientes del trabajo de los otros, y el campo de Terapia Familiar no se convirtió en una entidad pública hasta el final de los años cincuenta en que empezaron a presentarse comunicaciones en los encuentros de la Asociación Americana de Psiquiatría y Asociación Americana Ortopsiquiátrica. El surgimiento del campo de la Terapia Familiar produjo el entusiasmo y el mismo tipo de expectativas que es característico de los primeros momentos en el desarrollo de muchas ideas nuevas. Fue el trabajo de Bateson y su grupo de investigación en comunicación y teoría cibernética el que dio a este nuevo campo de esfuerzo terapéutico el máximo de energía. Hasta que el grupo de Palo Alto publicó su trabajo sobre doble vínculo en 1956, la mayoría de el trabajo familiar inicial consistía en un empeño en hacer torpes transformaciones de las teorías psicodinámicas. La teoría del doble vínculo, basada en la interacción comunicativa, tuvo la capacidad de describir la naturaleza interaccional de los dilemas humanos, liberando al trabajo de familia de las restricciones de las teorías individualistas, así como del lenguaje de la Psicología individual. Haley (1981) ha descrito este movimiento hacia lo familiar como un “intrépido salto conceptual”.

La Terapia Familiar, sin lugar a dudas, ha cambiado de forma marcada el tipo de prácticas realizadas en el campo de la salud mental, pero de alguna manera, a lo largo del camino, ha perdido gran parte de su estado de entusiasmo inicial. Muchas de las promesas iniciales de mejora de resultados y eficiencia no se han cumplido, y en muchos aspectos, el campo no parece estar muy lejos del punto de partida situado 35 años atrás. Para algunos clínicos, parece haber una insatisfacción creciente con la Terapia Familiar. Minuchin (Minuchin et al. 1986) se pregunta, “¿cuál es el terreno que hemos conquistado?”. Dell (1985) opina que el campo de la Terapia Familiar se encuentra en una situación de estancamiento. “¿Dónde están los guerreros?” se pregunta Auerswald (1986). Nosotros por nuestra parte nos preguntamos “¿qué ocurrió con tan radiante idea novedosa, con este intrépido salto conceptual?”. ¿Es la Terapia Familiar el mejor esquema para responder a las preguntas que los terapeutas se formulan y para entender la práctica clínica? Tal vez,

en un sentido Kunhiano (Keeney, 1983), el campo se encuentra en un estadio de "ciencia normal" en el desarrollo de los paradigmas de sistemas familiares, utilizando los conceptos nuevos simplemente como medio de resolución de problemas. Pero tal vez, y este es nuestro punto de vista, el problema es más serio y persistente. Podría ser que este salto del que hablábamos no fuera tan grande después de todo y que este intrépido nuevo concepto no difiriera significativamente de la posición teórica a la que intentaba reemplazar. Desde hace algún tiempo estamos interesados en el hecho de que aparentemente los problemas psicológicos parecen aparecer, cambiar de forma, y desaparecer en la medida que el vocabulario y descripciones de los terapeutas cambian. Creemos que el nuevo reto consiste en examinar las descripciones de los terapeutas y, de esta manera, redefinir los problemas con los que trabajan. La "novedad" en el período inicial fue el hecho de definir el problema en términos familiares. ¿Es esta todavía una conceptualización útil, o acaso la esencia del problema ha cambiado a través del tiempo?. Si el problema depende del punto de vista del observador, ¿es que ha cambiado dicho observador?. Nosotros sugerimos que, a lo largo del tiempo, la definición del problema ha cambiado.

Nuestro interés principal radica en proponer diferentes hipótesis y cuestionar otros aspectos, así como en desarrollar diferentes vocabularios y descripciones acerca de los problemas. No estamos proponiendo otra teoría o modelo de Terapia Familiar, ni tampoco un conjunto de soluciones alternativas a los problemas usuales planteados en el campo de Terapia Familiar. Kunh (1962) comenta que los científicos que proponen diferentes teorías (o paradigmas) hablan diferentes lenguajes entre sí. De esta manera expresan diferentes convencimientos conceptuales que sólo son útiles y apropiados en campos diferentes. De cualquier manera, toda ciencia, disciplina, y profesión, puede sobrevivir al paradigma del cual surgió si se continúan las conversaciones y el tipo de discurso que hará posible el cambio de ideas a través del cambio de descripciones. Por lo tanto, nosotros simplemente estamos exponiendo nuestros pensamientos sobre los problemas que existen en el campo tal como los vivimos y definimos. Hacemos esto con el espíritu pionero que prevaleció durante la primera ola y con la esperanza de que nos veremos obligados a discutir sobre, y manejarnos con un conjunto de temas totalmente nuevos, en la medida que la comprensión de nuestro trabajo clínico continúa desarrollándose.

DOS DIRECCIONES: UN DILEMA DE SIGNIFICADO

En nuestra opinión, el campo de Terapia Familiar se está moviendo (continuando una discusión) a través de dos direcciones opuestas que hacen referencia a la manera de entender los sistemas humanos, los problemas que estos presentan, y la manera como les es más útil a los terapeutas entenderlos y trabajar con ellos. La primera dirección aparece como una extensión de las hipótesis fundamentales del paradigma tradicional y prevalente en las ciencias sociales. Dicha dirección deriva

el significado y la comprensión de la observación de los patrones de organización social tales como la estructura y los roles. Por ejemplo, los terapeutas de familia se han desplazado del individuo al contexto (la familia) y de la familia al contexto más amplio del sistema social. Dentro de esta perspectiva, el significado de los sistemas sociales puede conceptualizarse como derivado de la observación de patrones de organización social.

La segunda dirección, evidente en el campo familiar, se basa en la afirmación de que los sistemas sólo pueden describirse como existentes en el lenguaje y en la acción comunicativa. Desde este punto de vista, la organización y la estructura son los resultados del intercambio comunicativo y, por tanto, se hallan en cada caso determinados por el intercambio dialógico. Esta posición no busca parámetros sociales universales o normativos para describir la organización social. Por el contrario, las complejidades estocásticas etiquetadas y definidas como sistemas sociales son el resultado del esfuerzo continuo por entender lo que ocurre entre las personas que interactúan y se comunican. El significado y los sistemas sociales se generan en y a través del diálogo.

El significado derivado de patrones de organización social

Desde el punto de vista predominante, los sistemas humanos se consideran como sistemas socioculturales organizados de acuerdo a roles y estructuras, y caracterizados por tener estabilidad, jerarquía, poder y control. Esto es, los sistemas socioculturales se definen y mantienen por la organización social a través de roles y estructuras sociales. Esta teoría social general, en la cual pensamos que se han basado la mayoría de teorías psicoterapéuticas, ha sido bien descrita por Parsons (1951, 1964) en su aplicación de conceptos cibernéticos a las teorías sociales. Desde esta perspectiva Parsoniana los sistemas se consideran cibernéticamente estratificados. El orden y la estabilidad están jerárquica y teleológicamente controlados desde arriba a fin de satisfacer los requerimientos del sistema total. Para que un sistema mantenga su estabilidad, la relación entre los componentes del sistema y los procesos que se dan dentro de él (y entre los componentes y su contexto) debe ser tal que la estructura del sistema y sus componentes permanezcan invariantes. Así, la homeostasis y la permanencia del sistema son las condiciones predominantes.

Esta visión de los sistemas puede ser equiparada a una “teoría de la cebolla” (Anderson et al. 1986, Goolishian, 1985). Cada sistema es como una capa de la cebolla la cual está envuelta a su vez por otra capa. De esta manera, cada estrato de la “cebolla social” se encuentra subordinado al estrato superior y se ve controlado para permanecer al servicio del mantenimiento del orden social y la estabilidad. Cada estrato de la organización social está al servicio de la eficacia del sistema social supraordenado. Así pues, cada estrato incluye y controla a los estratos subordinados al servicio de sus propios requerimientos —el mantenimiento de la homeostasis del

orden social, la estabilidad y el equilibrio. Desde esta visión, el individuo se halla envuelto por la familia, la familia por el sistema mayor, y este a su vez por la comunidad, etc. Tal restricción impuesta de roles sociales y estructura actúa como un arnés social el cual existe independientemente de las personas, y proporciona el orden que la sociedad denomina cultura y civilización.

Esta perspectiva Parsoniana de los sistemas sociales implica que la conducta problemática, patología o desviación dentro de los componentes del sistema, representa inadecuaciones en la estructura y rol social. Estas inadecuaciones están relacionadas con los procesos de insuficiente socialización procedentes del estrato jerárquico inmediatamente supraordenado al desviante. Así pues, la génesis de los problemas se sitúa en el sistema social supraordenado al que expresa la desviación. Esta desviación se supone que es el resultado de una inadecuada socialización lo cual da lugar a una estructura y roles sociales defectuosos. Por ejemplo, conceptos del campo de la Terapia Familiar como: estructura familiar disfuncional, fronteras generacionales inadecuadas, síntomas funcionales y jerarquías inadecuadamente ordenadas, forman parte de la expresión de esta teoría social fundacional. Así, el objetivo del tratamiento (la unidad de acción social con la que trabajan los terapeutas) viene definido por estructuras y roles sociales. La función de la terapia en esta estructura es la de reparar los defectos sociales (el problema). El lenguaje descriptivo es el propio de un terapeuta experto en diagnóstico y tratamiento a través del conocimiento del sistema social y sus funciones.

La noción del empirismo o realidad objetiva es central para una teoría de tipo social como es la teoría de los sistemas sociales. En el núcleo de esta posición empírica se tiende a una firme adhesión al modelo hipotético-deductivo de explicación, basado en un intento de acercamiento hacia la ley científica externa. De esta forma, los sistemas sociales son definidos objetivamente y existen independientemente del observador. El observador externo debe sólo investigar en qué medida el lenguaje usado para describir el sistema es adecuadamente representacional. El hecho de conocer cómo debería ser un sistema coloca al observador (al terapeuta) en la posición independiente de determinar cómo es el sistema (patología / diagnóstico) y establecer cómo debería ser (normalidad / tratamiento). Todo lo dicho anteriormente según las descripciones objetivas del terapeuta. En el campo de la Terapia Familiar existe una insatisfacción creciente con el hecho de que las ciencias sociales y la psicoterapia estén planteadas en los términos del empirismo lógico propio de las llamadas "ciencias naturales" (Andersen, 1987; Auerswald, 1985, 1987; Bateson et al. 1956; Bogdan, 1984; Cecchin et al. 1986; Dell, 1985, 1981; Doherty, 1986; Hoffman, 1981, 1985; Keeney, 1979, 1983; Méndez et al. 1986; Schwartzman, 1984; Sluzki, 1985; Watzlawick, 1982; Watzlawick et al. 1974).

A lo largo de este artículo ampliaremos la teoría del significado e interpretación como alternativa a la teoría social Parsoniana predominante; y contrastaremos

las implicaciones de dicha alternativa para la teoría y la práctica clínica.

El terreno del significado: Los sistemas humanos entendidos como sistemas lingüísticos.

Desde esta óptica (o línea de argumentación) diferente dentro del campo de la Terapia Familiar, se entienden los sistemas humanos como existentes sólo en el terreno del significado o de la realidad lingüística intersubjetiva. En el terreno del significado, los sistemas sociales son redes de comunicación las cuales se distinguen “en” y “por” el lenguaje. Es decir, existe comunicación de unos con otros y conversación entre unos y otros. Así pues, este terreno del significado es entendido como un terreno lingüístico o conversacional (Bateson, 1971; Bateson et al. 1956, Maturana, 1978; Maturana et al. 1987). “Terreno lingüístico o conversacional” es el término usado para designar la suma de las interacciones comunicacionales que se dan en el lenguaje de los participantes implicados en el diálogo o conversación. Cuando hablamos de lenguaje no focalizamos especialmente en los signos, estructura o estilo; sino que más bien nos referimos al significado lingüísticamente mediatizado y contextualmente relevante que es interactivamente generado a través de palabras y otros actos comunicativos. Este significado generado (comprensión) dentro de un contexto social particular se desarrolla a través del proceso social dinámico del diálogo y la conversación. Vivimos unos con otros, pensamos y trabajamos unos con otros, y nos amamos unos a otros. Todo esto se refleja en el lenguaje.

Nosotros preferimos usar expresiones como “lenguaje” o “estar en el lenguaje” con la finalidad de distinguir este proceso de la actual tradición psicolingüística. En el modelo psicolingüístico significado y comprensión se consideran derivados de la lógica de los signos y de los símbolos, de las estructuras gramaticales y de su uso lógico y además separados de su uso real (Miller, 1981). Desde nuestro punto de vista los humanos deben entenderse como algo más que simples sistemas procesadores de información. Nosotros somos usuarios del lenguaje. Hablamos, oímos, escribimos y utilizamos toda la variedad de expresiones y formas del lenguaje como parte propia del proceso humano de creación y afrontamiento de las realidades en que vivimos. Es a través del lenguaje que somos capaces de mantener un contacto humano significativo entre personas, y es mediante éste que compartimos la realidad. “Estar en el lenguaje” es una operación dinámica y social. No se trata de una actividad puramente lingüística. Wittgenstein (1963) utiliza el concepto de “juego de lenguaje” para connotar este carácter dinámico del mismo. Así mismo, nosotros entendemos el lenguaje como una herramienta humana a la que se le da un uso específico, y que no puede entenderse o tener significado fuera del contexto de dicho uso. Por la expresión “estar en el lenguaje”, nos referimos al proceso de creación social de las realidades intersubjetivas que compartimos de manera temporal unos con otros. Debe quedar claro que este no es un modelo totalmente

adecuado para entender la operación completa del uso que hacemos los humanos del lenguaje. “Estar en el lenguaje” es, con todo, un proceso distintivo de los humanos ya que es a través del lenguaje que somos capaces de formar las comunidades de significado cambiantes a las cuales pertenecemos y que son para nosotros las realidades intersubjetivas en las cuales existimos.

Así pues, podemos definir a los humanos como sistemas generadores de lenguaje, de significado, implicados en una actividad que es a la vez intersubjetiva y recursiva. De esta manera, la construcción del significado y la comprensión, la construcción de los sistemas humanos, es un proceso creativo, dinámico y en constante cambio. Esta visión acerca de la interrelación humana no se basa en una definición de la percepción y cognición que requiera una visión representacional u objetiva de la realidad. Por el contrario, esta posición emergente, tiene como núcleo la creencia que la realidad es una construcción social. Nosotros vivimos y tomamos parte de un mundo que definimos a través de nuestro lenguaje descriptivo en un intercambio social con los otros. Dicho de otro modo, vivimos y actuamos socialmente dentro de un “multiverso” de mundos diferentes de descripciones. Maturana y Varela (1987) parten de la posición que toda acción humana tiene lugar en el lenguaje, y además, cada acto en el lenguaje da lugar a un mundo creado con los otros. Según estos autores nosotros creamos los objetos de nuestros mundos con y a través del lenguaje. En una dirección similar, Bateson (1971) sostiene que las características mentales de un sistema son immanentes a dicho sistema como una totalidad. El conocimiento (significado) no se halla tanto en la mente de las personas como en la interacción. De esta manera Bateson cuestionó el concepto de una realidad objetiva, y también las maneras habituales en que los terapeutas otorgan sentido al mundo. Desafió nuestras observaciones, haciéndonos ver que resulta más familiar y cómodo seleccionar lo que confirma nuestras creencias preexistentes. Bateson (1971) denominó a esta nueva manera de pensar sobre las ideas: “ecología de la mente”, o bien “ecología de las ideas”.

La conceptualización de la realidad como un multiverso de significados, creado en intercambio social dinámico e interacción a través de la conversación, se distancia de preocupaciones sobre asuntos tales como las verdades únicas, y nos acerca hacia un multiverso que incluye una gran diversidad de versiones conflictivas acerca del mundo (Goodman, 1978). Dentro de esta estructura no existen entidades “reales” externas, tan sólo personas que se comunican y generan lenguaje. Existe únicamente un proceso de constante evolución de la realidad del uso del lenguaje. De esta manera, no hay “hechos” que deban ser conocidos, ni sistemas que deban ser “entendidos”, ni tampoco patrones ni regularidades que deban ser “descubiertas”. Este posicionamiento exige dejar de lado la visión de la humanidad como “conocedora” de las esencias de la naturaleza. Esta visión se sustituye por otra correspondiente a una humanidad en continua conversación.

La conversación —el lenguaje y los actos comunicativos— es simplemente

parte del esfuerzo hermenéutico para llegar a un entendimiento con quienes estamos en contacto. Dicho de otro modo, el lenguaje no refleja la naturaleza (Rorty, 1972); sino que crea las naturalezas que nosotros conocemos. El significado y la comprensión no existen previamente a las expresiones del lenguaje. En este contexto, la comprensión no significa que siempre se llegue a entender a la otra persona, sino por el contrario, que sólo somos capaces de entender lo que la otra persona está diciendo a través del diálogo. Esta comprensión siempre se da en un contexto determinado y nunca se mantiene fija a lo largo del tiempo. En este sentido la comprensión siempre es un proceso “en marcha” y nunca llega a estar acabado del todo. Solamente podemos comprender las descripciones y las explicaciones. No podemos entender los acontecimientos porque, desde este punto de vista, nunca existe un acontecimiento único que pueda ser descrito, ni ningún entendimiento llega a abarcar todas las potencialidades infinitas del significado.

En este artículo proponemos desarrollar algunas de las implicaciones teóricas de esta posición para el campo de la terapia.

LOS SISTEMAS DEL LENGUAJE Y LA TERAPIA

El énfasis en este aspecto crea una alternativa a la idea de que los roles sociales y la estructura existen en algún tipo de realidad empírica y reificada. Sitúa el lenguaje y la comunicación como básicas en el comportamiento social. De esta manera, la organización social es más el producto de la comunicación social que un producto de la organización. Esta es una posición distinta de la defendida por Haley (1981) quien establece que sólo un cambio en la jerarquía podrá cambiar la comunicación. A nuestro entender la comunicación y el discurso son los que definen la realidad social y la realidad es un producto del diálogo cambiante. Esta visión es parecida a la de Maturana y Varela (1987) quienes sostienen que no existe intercambio de información (o información transmitida) en la comunicación. Por contra, sostienen que las personas hablan y escuchan según la manera como están estructuradas y no según la organización social en la que están implicadas. En una línea parecida Braten (1984) define los sistemas socioculturales como “sistemas procesadores de significado compuestos por participantes interactuantes que mantienen y transforman su identidad y la de su red social mediante una comprensión más o menos compartida tanto de ellos como del mundo” (p. 193). Más adelante afirma que esta comprensión compartida no es ni objetiva ni subjetiva, sino intersubjetiva, y que genera la complementariedad sujeto-objeto (p. 195). Braten se refiere a esto como un cruce dialógico de perspectivas, las cuales, advierte, pueden quedar reducidas a una perspectiva monológica bajo determinadas condiciones. En una mono-perspectiva cesa el desarrollo de nuevo significado pues de entre todos los posibles conjuntos de ideas se toma uno como el dominante, llegando a hacerse invariante. De todas maneras, se debe ser cauteloso a la hora de identificar directamente una mono-perspectiva con problemas; es decir, no se debe pensar que

una mono-perspectiva será siempre problemática ya que en realidad puede serlo o no.

Los sistemas sociales humanos precisan de la unión lingüística de sus componentes, de manera que puedan funcionar entre ellos como observadores dentro del lenguaje. De este modo los sistemas sociales están en un cambio constante que es producto de las realidades sociales comunicadas y a la vez se basan en las incertidumbres que se dan en el diálogo y el discurso y que proceden de nuestros esfuerzos continuos por llegar a un acuerdo. Dicho de otra forma, el lenguaje es el substrato a través del cual se forman las estructuras y roles sociales.

Cuando aplicamos este concepto a la clínica, a veces es difícil tener presente que los sistemas con que trabajamos existen sólo en nuestras descripciones. A su vez, tales descripciones, sean de la orientación teórica que sean, existen también sólo en el lenguaje. Los sistemas con que nosotros, como terapeutas, trabajamos son los relatos que van desarrollándose a lo largo de la conversación terapéutica. Son el producto de campos lingüísticos que están en interacción. Los sistemas, por tanto, no existen en una realidad social externa o determinada unilateralmente, sino que existen en las interacciones a través del lenguaje y en la narrativa teórica y metafórica de nuestras teorías.

LOS SISTEMAS TERAPEUTICOS COMO SISTEMAS ORGANIZADORES/DESINTEGRADORES DE PROBLEMAS

Al fijar el objetivo del tratamiento como dirigido a sistemas de acción social, definidos por las bases de la interacción comunicativa, se hace necesario mirar más allá de los sistemas predefinidos sobre las bases de la definición social y dirigir nuestra atención hacia los que están en contacto lingüístico activo. El sistema a tratar incluye a todos aquellos que participan de un mismo contexto donde se comparte un lenguaje común para referirse a un problema determinado. Tal sistema puede ser menor que una familia, como una familia, mayor que una familia o incluso formado por individuos que comparten una relación poco habitual. El objetivo del tratamiento son aquellas personas que se encuentran en el contexto problemático, aquellas personas que comparten un determinado lenguaje para referirse a lo que ellos definen como el problema, las personas que constituyen el sistema social. El lenguaje que se usa en el ámbito de un problema es el que distingue al sistema, y no el sistema quien distingue al problema. Dicho de otro modo, no son los sistemas los que crean los problemas, sino que es el hecho de hablar del problema lo que constituye el sistema. Nosotros nos referimos a los sistemas según nuestra definición como sistemas organizadores/desintegradores del problema. En torno al hecho de usar un lenguaje compartido para referirse a los temas que conciernen y alarman a los componentes del sistema se organiza un sistema de acción social.

Debido a su existencia en el lenguaje, los sistemas creadores del problema no tienen en cuenta los límites propios de las estructuras y roles sociales. Desde esta

perspectiva el objeto del tratamiento ya no se define como individual, familiar, sistema mayor, etc. No es que digamos que no vemos en nuestras consultas a individuos o familias. Si no que, cuando lo hacemos, los conceptualizamos en términos de redes de comunicación (con sus participantes relacionados) y de intercambios dialógicos que son los que definen el problema; nunca los conceptualizamos en términos de estructuras sociales predeterminadas. No obstante, con el concepto de sistema organizador del problema no queremos referirnos ni establecer otro tipo de patología objetivizada, sino que queremos significar una definición diferente de los parámetros de los sistemas.

Los problemas son un tipo de significado co-desarrollado que existe en la comunicación dialógica continua. En el diálogo se están generando nuevos significados en constante evolución. Los “problemas” no existen indefinidamente, por tanto, con el tiempo, todos los problemas llegarán a resolverse. Todo problema incluye un mayor o menor número de personas implicadas y lleva consigo un significado continuamente cambiante que depende de quién está en comunicación relevante con quién en un momento dado. Los actores de un sistema-problema cambiarán a través del tiempo, y tal como la conversación va cambiando irá cambiando también la definición del problema que les preocupa. Esto significa que los problemas y los sistemas por ellos organizados no son entidades fijas que perduren a lo largo del tiempo hasta que sean resueltos. Tanto los problemas como los sistemas organizadores del problema cambian tan rápido y a menudo como el resto de relatos alrededor de los cuales organizamos el significado y el intercambio social.

Convivimos en un mundo de narraciones conversacionales, y nos entendemos a nosotros mismos y a los otros a través de historias y auto-descripciones cambiantes. De acuerdo con Wittgenstein (1963), nos gustaría señalar que el significado (las narraciones co-creadas y redes temáticas mediante las cuales organizamos y nos definimos a nosotros mismos y a los otros) se deriva del uso intersubjetivo y comunicativo que se hace del lenguaje. El significado y los problemas no son simples derivados de la estructura formal y la definición. Tal como Hoffman (1985) ha indicado, nosotros ya no pensamos en los problemas como existentes “dentro” de la familia, o en cualquier otra unidad espacial o socialmente definida. Los problemas se hallan en las mentes intersubjetivas de todos quienes están en un intercambio activo de comunicación y así, cambian continuamente.

ALGUNAS IMPLICACIONES PARA LA TEORIA CLINICA

La manera cómo pensamos sobre la terapia es de primordial importancia para nuestra actuación como terapeutas. El conceptualizar a los sistemas humanos como existentes en el terreno lingüístico (el mundo del significado, la comprensión y la narrativa) supone un reto mayor a las teorías y prácticas basadas en la sociología Parsoniana. Muchas de las implicaciones que tienen los conceptos sobre sistemas

de lenguaje para la terapia son bastante contradictorias respecto a las prácticas clínicas basadas en una teoría social según la cual el significado se asigna a la interacción, y en la cual los sistemas y las ideas se objetivan según las bases de la estructura social. Nuestro intento no consiste en dejar de lado o quitar importancia a la Teoría y Terapia Familiar actuales, sino más bien sugerimos que algunos de los conceptos aceptados en la teoría y práctica tradicional reducen nuestras habilidades creativas a la hora de pensar y trabajar eficazmente.

Intentaremos explicar cómo la idea sobre los sistemas humanos como sistemas de lenguaje y significado, puede transferirse al sistema terapéutico alrededor de las nociones interconectadas de: terapia y cambio, rol terapéutico y definición del problema.

Terapia y cambio

El filósofo Gadamer a menudo cita una frase de Hans Lipps (1938) quien establece que todo relato lingüístico encierra un “círculo de lo inexpresado”. Gadamer (1975) llama a esto “la infinitud de lo no dicho”. Esto significa que ningún relato comunicativo ni palabra son completos, claros o unívocos. Todos ellos van acompañados de significados inexpresados y posibles interpretaciones nuevas que requieren articulación y expresión. Con esto no quiere dar por supuesto que el relato lingüístico original sea necesarimanete deficiente, sino más bien, que cualquier acción comunicativa es una fuente infinita de posibles expresiones y significados nuevos. De esta manera, el tema general y el contenido de cualquier diálogo y discurso se hallan abiertos a un cambio evolutivo en el significado. A través de este proceso de investigación en lo “no dicho” se obtiene un conocimiento del sistema. Como afirma Gadamer, la característica de toda conversación dialógica es que los participantes se abren a los otros participantes, aceptando su punto de vista como merecedor de consideración en algún aspecto. Es mediante este proceso que nosotros, en el lenguaje, podemos entrar unos dentro de otros de manera que no estamos entendiendo al individuo en sí, sino a lo que él está diciendo. Es pues esta característica del diálogo la que hace posible y continuo el cambio. Nosotros pensamos que la terapia es un proceso de expansión y expresión de “aquello que no se ha dicho” —esto es, el desarrollo a través del diálogo de nuevos temas y narraciones, y realmente, la creación de nuevas historias. La terapia utiliza y necesita de los infinitos recursos de lo “no dicho todavía” en las narraciones alrededor de las cuales nos organizamos en nuestra conducta hacia los otros. Este recurso se halla en el “círculo de lo no expresado”, y para conseguir un cambio se requiere acción comunicativa, diálogo y discurso.

Tal recurso para el cambio —lo “no dicho todavía”— no se halla “en” el inconsciente ni en ninguna otra estructura psíquica. Tampoco se halla “en” las células o la estructura biológica, ni “en” una estructura social como puede ser la familia. Este recurso está en “el círculo de lo no expresado”. La capacidad para

generar cambio radica en la habilidad que podemos tener para “estar en el lenguaje” unos con los otros, y dentro del lenguaje, desarrollar siempre: temas, narraciones e historias nuevas. A través de este proceso co-creamos y co-desarrollamos las realidades sistémicas alrededor de las cuales obtenemos significados unos de otros, y a través de las cuales reorganizamos continuamente nuestra vida mutua y nuestras auto-descripciones. Como hemos dicho antes, el cambio requiere acción comunicativa, diálogo y discurso. Lo que se requiere para la terapia es el mantenimiento de una conversación de manera que la lógica del contenido de un sistema-problema sea persistentemente explorada a través de preguntas. En el proceso de llevar a cabo esta exploración surgirán otras descripciones y significados que no son etiquetados en el lenguaje como “problema”. Este es el proceso propio del cambio. La terapia es una actividad lingüística en la cual el hecho de mantener una conversación sobre un problema es un proceso de desarrollo de nuevos significados y comprensiones. La meta de la terapia es llegar a participar en una conversación que consiga ir aflojando las rigideces e ir abriéndose a la explicación sincera. A través de la conversación terapéutica los significados y conductas prefijadas (el sentido que la gente otorga a las cosas y a sus acciones) son ampliados, ligeramente variados y cambiados. Este es pues el resultado que se le pide a la terapia.

El paso de la conversación ordinaria a la conversación terapéutica

La conversación y el diálogo siempre se apoyan en un frágil conjunto de condiciones. Estas incluyen aspectos tales como el respeto mutuo y la comprensión, una disposición para escuchar y poner a prueba las opiniones propias y los prejuicios, y una búsqueda mutua de la veracidad de aquello que se está diciendo. El significado que se deriva de la conversación siempre depende de un número determinado de temas que van apareciendo; entre ellos se encuentran:

- El momento en que se da la conversación
- La relación que mantienen los participantes entre ellos
- Lo que cada uno sabe sobre la situación y las intenciones de los otros
- Lo que los participantes esperan conseguir
- Las convenciones sociales y culturales aplicables
- Los siempre cambiantes significados que los participantes anticipan

Debido a esta fluidez, el significado y la comprensión en el diálogo y la conversación suponen siempre una actividad interpretativa que está en continuo flujo y cambio. No existen interpretaciones prefijadas y únicas en cuanto a corrección en un determinado contexto, que sirvan para guiar la conversación. Todo significado, comprensión e interpretación, son inherentemente negociables y tanteables. De igual manera no existen significados fijos que puedan transmitirse en una conversación. Todos los participantes de una conversación aportan mundos totalmente diferentes, y están dando continuamente forma a estos mundos en el proceso del diálogo. Para conseguir este proceso de dar nueva forma se necesita de

la intimidad de la conversación —que permanezcamos en un contacto continuo a través del lenguaje unos con otros. Entendidos de esta forma, el lenguaje y la conversación son siempre una actividad dinámica social, y el significado es siempre, en cierta medida, indeterminado.

La conversación terapéutica básicamente no es distinta de cualquier otra. Esto es, en su núcleo existe el proceso básico de personas que intentan entenderse unas a otras. En una conversación terapéutica, el terapeuta está en contacto continuo con todos los miembros del sistema organizador del problema. Es en esta conversación cambiante, y en la continua exploración de la lógica de las diversas descripciones que se hacen del sistema-problema que co-desarrollamos lo “no dicho todavía”. Los miembros del sistema-problema conectan la lógica de este de diferentes maneras y con diferentes valores, y aunque todos deben tener la oportunidad de desarrollar su discurso y cambiar, cada uno lo debe hacer a su propio ritmo y según su propia manera. En el diálogo nada permanece igual. El cambio en terapia no es otra cosa que el cambio de significado que se deriva del diálogo y la conversación.

Desde el contacto inicial y a lo largo del curso de las entrevistas, el terapeuta debe hacer opciones y tomar decisiones sobre aquello de lo que va a hablar. Lo que se dice no sale simplemente de la nada. El terapeuta, igual que cualquier persona en un intercambio conversacional, siempre está buscando significado y sintetizando creativamente la información, la comprensión, y el significado. En este proceso el terapeuta va obteniendo pistas y utilizando claves que le ofrecen los clientes. ¿De qué modo un terapeuta elige que es lo que va a responder y de qué manera lo va a hacer?, ¿Cómo sabe un terapeuta qué preguntas formular?. A continuación presentamos algunos elementos generales e interrelacionados, básicos para la conversación terapéutica.

1- El terapeuta lleva adelante la investigación dentro de los parámetros del sistema tal como son descritos por los clientes. Esto se debe hacer de manera que dé lugar a una ampliación de alternativas hacia nuevos significados. Estos nuevos significados deben ser tales que respeten a todos los miembros del sistema organizador del problema, incluido el terapeuta. Para conseguir este fin el terapeuta debe permanecer próximo a la comprensión del momento preciso, trabajar dentro de este momento, y poco a poco ir saliéndose de los parámetros. Tal como Bateson (1971) ha indicado, crear un clima familiar al principio permite crear un clima adecuado para introducir con posterioridad la novedad.

2- El terapeuta maneja múltiples y contradictorias ideas simultáneamente. Debe demostrar un interés y entusiasmo equiparable hacia todas las ideas que aparecen. El terapeuta debe tomar en serio cualquier cosa que se diga, y considerar igualmente la plausibilidad de todo lo expuesto. Para conseguir este fin, el terapeuta debe preguntar sin juzgar la “veracidad” o “falsedad” de ningún punto de vista. Estas acciones dan la oportunidad de ir llevando la entrevista hacia un cuestionamiento mutuo de las ideas familiares y así, hacia una ampliación, variación y creación

sintética de nuevas narraciones, interpretaciones y significado.

3- El terapeuta tiende más a un lenguaje cooperativo que no co-operativo. Toma en serio cualquier cosa que se diga sin importar lo sorprendente, trivial o peculiar que pueda ser. En el proceso de preguntar debe mostrar respeto hacia lo dicho y nunca emitir un juicio. Actuar de esta manera posibilita una movilidad lingüística y desplaza la entrevista más hacia una conversación colaborativa que no hacia una confrontación, competición, polarización e inmovilidad.

4- El terapeuta aprende, comprende y conversa en el lenguaje del cliente, pues dicho lenguaje es la metáfora para las experiencias de este. Las palabras, lenguaje, y significados del cliente son aquello que tiene vigencia y está ocurriendo en su vida. Así, en la conversación terapéutica es esencial que el terapeuta vaya obteniendo comprensión a través de la metáfora de la experiencia del cliente.

5- El terapeuta es un oyente respetuoso que no entiende de forma excesivamente rápida. Cuanto más rápidamente entienda a la gente menos oportunidades se dejan para el diálogo y más posibilidades para los malos entendidos. Una comprensión demasiado rápida conlleva el riesgo de bloquear el desarrollo de nuevo significado (nuevo discurso) tanto para el terapeuta como para el cliente.

6- El terapeuta hace preguntas de manera que las respuestas requieran nuevas preguntas. Esto es, el terapeuta desarrolla el arte de hacer preguntas que no se centran en descubrir información y recoger datos. Así, las preguntas no se consideran intervenciones, búsqueda de respuestas pre-seleccionadas, ni corroboración de hipótesis. Las preguntas son las herramientas que tiene el terapeuta en la conversación terapéutica. Tienen que ir dirigidas y basadas en los puntos de vista de los clientes de manera que la conversación se oriente hacia conseguir la máxima producción de: nueva información, comprensión, significado e interpretación. Esto requiere que el terapeuta tome cada cosa en serio, tenga buena memoria, y encuentre la manera de recoger pequeños fragmentos que han aparecido y los refleje más tarde hacia el final de la entrevista o en otras posteriores. Todo esto forma parte del proceso de desarrollo de nuevas conexiones. Es a través de este proceso de mantener múltiples conversaciones simultáneamente por el que a través del tiempo empezarán a emerger nuevas ideas y a encontrarse conexiones de unas con otras. En nuestras preguntas se desarrolla la habilidad de "creación de mundos". Las preguntas de los terapeutas pueden ser consideradas como trampolines de cuestionamiento mutuo y discusión.

7- El terapeuta asume la responsabilidad de crear un contexto conversacional que permita la colaboración mutua en el proceso de definición del problema. No define el problema ni tampoco conduce la conversación hacia una definición del problema que prejudicativamente considere la más útil. Tampoco intenta dirigir la discusión hacia un consenso (o síntesis) de la definición del problema. En lugar de esto el terapeuta facilita una elaboración de las múltiples realidades que existen sobre el problema procurando conseguir al máximo la creación de nuevo significado.

8- El terapeuta mantiene una conversación dialógica con él mismo. Esto significa que debe desarrollar la habilidad de manejar múltiples puntos de vista incluso cuando el otro participante es él mismo. Esto es necesario para que una idea o un grupo de ideas no llegue a monopolizar el pensamiento. Todas las visiones e ideas del terapeuta deben ser tentativas, y están sujetas a cambio a través de la conversación. Dicho de otro modo, el terapeuta está preparado para negociar y cambiar sus puntos de vista igual que cualquier otro miembro del sistema-problema. Esto no significa que el terapeuta no pueda tener pre-concepciones, opiniones y juicios. De hecho las pueden tener y las tienen. En una conversación terapéutica estas son oportunidades para iniciar el diálogo, y deben ser presentadas de tal manera que la conversación sea continuada y no cerrada.

Pensamos que todos estos elementos combinados con los elementos ordinarios de una conversación darán lugar a lo que se llama conversación terapéutica. Se puede decir que una conversación terapéutica es una conversación abierta en la que el foco se dirige a hacer aparecer nueva comprensión de los problemas y los temas presentados. La terapia y la conversación terapéutica requieren un mantenimiento de la conversación de manera que la lógica del contenido del sistema-problema sea explorada de manera persistente a través de las preguntas. En el proceso de llevar a cabo esta exploración aparecerán otros significados y descripciones que ya no serán etiquetados en el lenguaje como un "problema". Dicho de otra manera, el proceso terapéutico consiste en ir elaborando y mantener la conversación hasta que el problema desaparezca. No se trata de que el problema sea elaborado y fijado debido a la intervención terapéutica, sino más bien que el problema, a través del lenguaje y la conversación vaya adquiriendo nuevo significado, interpretación y comprensión. No se puede decir que la conversación terapéutica sea un proceso de encontrar soluciones. No se encuentra la solución, sino que el problema llega a disolverse. Tanto la terapia como la conversación terapéutica son procesos en los que el cambio de lenguaje y de significado de la definición del problema sustituyen a la resolución del problema, y así, a la resolución del sistema organizador del problema.

El rol del terapeuta

La posición y habilidades requeridas del terapeuta desde esta perspectiva de psicoterapia y cambio son dobles: (a) el terapeuta debe ser un observador participante, y (b) el terapeuta es un participante que conduce la conversación.

Observador participante

El sistema-problema se considera como una especie de sistema observador (Foerster, 1981) y todos sus miembros se consideran como observadores participantes. Dado que el terapeuta es miembro del sistema problema y un observador participante, se encuentra en una posición no jerárquica y de igualdad respecto a los otros miembros. Como observador participante, el terapeuta no es considerado un

elemento “meta” del sistema y se convierte en un miembro más del sistema-problema en el momento que empieza a hablar con cualquiera de sus miembros.

Esta posición terapéutica es colaboradora. Es una posición de mutualidad, modestia y respeto hacia la gente y sus ideas. El terapeuta se encuentra “allí” en calidad de aprendiz, cooperador, persona que intenta comprender y que trabaja dentro del sistema de significado del cliente. Las ideas de los clientes, sus historias y relatos son las únicas herramientas disponibles que tenemos para mantenernos tanto los terapeutas como nuestros clientes, flexibles y abiertos al desarrollo de nueva comprensión y significado. Dicho de otra forma, esta postura terapéutica ofrece la posibilidad de llevar la terapia hacia un proceso en el cual todos los participantes (incluido el terapeuta) puedan estar abiertos al cambio sin temor a que su significado e integridad se sientan desafiados.

En esta estructura, el terapeuta no interviene con un mapa exhaustivo de teoría psicológica y social sobre la naturaleza humana y sus dificultades; un mapa en el cual ajustar los datos clínicos y con ellos al cliente. En realidad, son terapeuta y cliente quienes crean dichos mapas juntos -las realidades terapéuticas. Desde el contacto inicial y a través de la relación terapéutica, terapeuta y cliente se encuentran en una relación de colaboración creando descripciones e historias. Es como si las terapias “a través de la palabra”, al igual que ocurre en la vida misma, ofrecieran la posibilidad de desarrollar y explorar nuevas descripciones, temas y argumentos alrededor de los cuales nos organizamos nosotros y nuestra relación con los demás.

Dicho de otra forma, y utilizando la metáfora del espejo de Rorty (1979), el terapeuta no es simplemente un espejo que refleja de forma más precisa representaciones de la realidad para beneficio del cliente. La terapia no es un proceso de pulir el espejo en el cual el terapeuta inspecciona, repara y pule espejos defectuosos de manera que el cliente pueda obtener representaciones más afinadas del mundo psicológico “real”.

Conductor participante de la conversación.

El terapeuta es un artista experto en la conversación, un arquitecto del diálogo cuya principal habilidad consiste en crear y mantener una conversación dialógica. Esto implica el haber de crear un espacio y facilitar una conversación de manera que permanezca en el terreno del diálogo. En tal proceso se maximiza la oportunidad de fomentar la comunicación en vistas al “problema”; aparecen nuevas descripciones, se generan nuevos significados, y en consecuencia se dan nuevas organizaciones sociales alrededor de diferentes narraciones. Este espacio de diálogo puede ser equiparado a la imaginaria “Quinta Provincia” que aparece en la mitología Irlandesa, y según la cual miembros de las cuatro provincias “se encontraban atrapados en telas de araña de conflicto y competición de las cuales parecía no haber salida” y debían encontrarse para resolver tal posición (McCarthy et al. 1988, p.189). A fin de describir esta Quinta Provincia, McCarthy y Byrne (1988) citan a Hederman y Kearney (1982):

“Era un lugar donde incluso las cosas más ordinarias podían verse desde una perspectiva inusual. Debía ser una tierra neutral donde las cosas pudieran separarse de todo tipo de conexiones parciales y prejuicios, y mostrarse a ellas mismas tal como realmente son...Esta provincia, este lugar, este centro no es ningún lugar geográfico ni posición política, sino más bien como una disposición” (pp. 10-11)

Como participante conductor de la conversación el terapeuta es sólo “una parte de un sistema interactivo circular” (Bateson, 1971, p.361). El terapeuta no controla la entrevista influyendo para que la conversación vaya hacia una dirección determinada en el sentido de los contenidos o los resultados. Tampoco no es responsable de la dirección del cambio. Sólo es responsable de crear un espacio en el cual pueda darse una conversación dialógica y de instigar continuamente la conversación en un sentido dialógico. Braten (1984, 1987) describe tal proceso como intersubjetivo. Con esto quiere indicar que se trata de un diálogo en el cual todos los participantes pueden dar lugar a la creatividad y toma de consciencia de unos respecto a los otros.

Así pues, la creación de un espacio y la facilitación de una conversación dialógica son centrales en la posición del terapeuta descrita anteriormente. Tal posición es más que un simple postura de neutralidad. Se trata de una posición de multi-parcialidad, que tiene en cuenta todas las partes y trabaja desde todos los puntos de vista simultáneamente. Como terapeutas todos poseemos valores, sesgos y prejuicios; y todos tenemos opiniones sobre la gente y sobre cómo todos deberíamos o no dirigirnos en la vida. Tales prejuicios simplemente están allí. No podemos ser “tabulas rasas”. Nosotros vemos estos prejuicios como oportunidades. Pensamos que son energía que instiga la curiosidad e impulsa a explorar otras ideas. Ser capaz de mantenerse en una posición multi-parcial requiere que estemos dispuestos a arriesgar opiniones y significados alternativos (Glaserfeld, 1986). Así pues, los terapeutas deben ser capaces de abandonar antiguos significados al igual que lo deben ser nuestros clientes. Solamente arriesgándonos al cambio seremos capaces de entrar en la conversación mutua y el diálogo que permite desarrollar nueva comprensión.

En tal proceso el terapeuta también cambia. Para nosotros, esta disposición a arriesgarse y a experimentar cambios es la esencia de la ética terapéutica. Sostenemos, incluso, que la única persona a la que el terapeuta cambia en su consulta es a sí mismo. Señalamos esta posición para que sirva de contraste con las dos visiones de la ética predominantes. La primera de ellas requiere que el terapeuta tome una postura firme y actúe basándose en su ética. Por ejemplo, la idea de “autorizar” a los clientes es una posición que corresponde a este punto de vista. El segundo punto de vista requiere que la ética del terapeuta quede totalmente protegida y que él actúe como una “tabula rasa” sin tomar posición.

Nosotros, como terapeutas estamos continuamente tomando postura; nunca

estamos libres de valores y siempre nos comportamos siguiendo nuestras ideas. Nuestros prejuicios, de cualquier manera, nunca se imponen a nuestros clientes. Lo que ocurre realmente es que cliente y terapeuta están en un continuo diálogo en el cual manifiestan y ponen en práctica sus ideologías, valores, y puntos de vista. Estar en un diálogo significa intentar comprender a los otros e implicarse a uno mismo en la co-evolución de significado y comprensión. Esto supone una apertura hacia la “verdad”, la lógica y la validez de ideologías, valores y puntos de vista de nuestros clientes, así como nuestra disposición para negociar la validez de las nuestras propias.

Para nosotros, esto es neutralidad, y ésta no significa el no tomar una posición, sino más bien un continuo desarrollo de posturas interpretativas nuevas como resultado de un acto comunicativo dialógico que da lugar a realidades cambiantes. Por lo tanto la conversación terapéutica y este tipo de neutralidad requieren una disposición para cuestionar los prejuicios propios y tomar en serio las llamadas de validación que aparecen de nuestros clientes (Glaserfeld, 1986), y de esta manera, arriesgarse a ver nuestros puntos de vista expuestos, desafiados y cambiados. Lo que debe quedar claro es que la integridad de las personas nunca será desafiada.

Diagnóstico y definición del problema

El uso de diagnóstico y categorías diagnósticas disfruta de una larga historia en el campo de la salud mental. Para mucha gente el diagnóstico es considerado como central para el campo de la psicoterapia. A menudo escuchamos preguntas del tipo: ¿“Cómo tratas la esquizofrenia”?, o ¿“Cómo tratas los casos de abuso sexual”?. La teoría y las hipótesis Parsonianas subyacentes a este tipo de preguntas son que existe algún tipo de problema en algún patrón común asociado con categorías particulares de problemas, relacionados con algún tipo de estructura social. Como clínicos hemos sido entrenados para conocer cómo son tales patrones y estructuras. Hemos sido enseñados a reconocerlos y diagnosticarlos. Pero en nuestra opinión, al final nos quedamos solos con nuestras propias descripciones y explicaciones del problema. Es decir, el terapeuta llega a un diagnóstico, basado en sus observaciones privadas y experiencias sobre la conducta del cliente. Tales observaciones privadas son los llamados criterios objetivos que el terapeuta intenta adaptar a un diagnóstico o mapa normativo. De esta manera, como observador y persona perceptiva que es, el terapeuta parece actuar más bien como “un recipiente pasivo e integrador de la información disponible” (Auerswald, 1986). Desde este ampliamente extendido y tradicional punto de vista, el terapeuta posee un status especial de experto que tiene acceso a la información y conocimiento del cliente (Méndez et al., 1986; Rorty, 1979).

Esta noción de diagnóstico tan familiar lleva implícita la idea de que existe un problema objetivo, y que el terapeuta puede llegar a su descripción objetiva. Esta descripción incluye cuestiones referentes a ¿qué es lo que funciona mal? (por

ejemplo, la utilización de nombres como patología, defecto o déficit); ¿qué es un sistema normal? (persona saludable, familia, o sistema más amplio); y ¿qué tipo de acciones deben llevarse a cabo para curar el problema? (¿qué tipo de estrategias o intervenciones conseguirán llevar el sistema desde lo patológico a lo saludable?). Las descripciones objetivas o diagnósticos según esta perspectiva Parsoniana son lineales e intervencionistas. Esta postura tradicional caracteriza a la mayoría de psicoterapias, ya estén orientadas al individuo, al grupo, a la familia, o al sistema más amplio.

Un ligero cambio desde la estructura social al terreno lingüístico, como una manera de describir y entender problemas, nos aleja de la noción de objetividad empírica y lenguaje representacional. De todas formas, no es fácil olvidar la noción de que existe una realidad externa, de que realmente existen datos que esperan ser descubiertos. Tampoco es fácil abandonar la noción de que nuestros mundos no reflejan ni representan tal realidad. Golann (1987) por ejemplo, se queja de que el actual desplazamiento hacia el relativismo (constructivismo) en la teoría familiar se aleja demasiado rápidamente de la representación de estructura familiar. Parte de esta preocupación parece estar fundamentada en una especie de miedo nihilista. ¿Cómo sabremos que hacer si abandonamos nuestras posturas empíricas y ponemos en cuestión los procesos de diagnóstico familiar?. No podemos eludir la conclusión de que nuestras técnicas diagnósticas tradicionales están basadas en una categorización de comunalidades compartidas entre problemas y estructuras sociales relacionadas. Esta no nos parece una descripción adecuada para trabajar con sistemas que hemos definido como existentes únicamente en las arenas movedizas del lenguaje, significado y narración. Nuestro punto de vista sostiene que cada observación, cada descripción de problema, cada comprensión y cada tratamiento son únicos y exclusivos de las realidades comunicantes en las que participamos. Y estas realidades están en continuo flujo y nunca son las mismas. Uno de los primeros en desafiar las nociones de objetividad y dualismo referentes al diagnóstico en Terapia Familiar fue Bateson (1971). Retó a los terapeutas a abandonar muchas de sus típicas actividades diagnósticas. Otros científicos sociales fuera del campo de Terapia Familiar también han mostrado esta preocupación acerca de las descripciones objetivas y el dualismo (Foerster, 1981; Gergen, 1982, 1985; Glasersfeld, 1986). Gergen (1982), por ejemplo, ofrece una ilustración espléndida del dilema de lo que él llama identificación conductual-diagnóstico. Empieza con el simple dilema: “si veo a mis buenos amigos Ross y Laura acercarse uno hacia el otro en una reunión social, y Ross al acercarse momentáneamente toca el pelo de Laura, ¿qué es lo que yo habré observado precisamente?” A lo largo de una argumentación sobre información en un contexto retrospectivo (la secuencia de acontecimientos que se dan antes de la acción en cuestión) y en un contexto emergente (los acontecimientos relevantes que tienen lugar a continuación de la acción en cuestión), Gergen lleva al lector a una búsqueda de la respuesta desglosada en sucesivos pasos, los cuales

conducen a tres proposiciones: (a) la identificación de cualquier acción dada está sujeta a revisión infinita; (b) el punto de partida para cualquier identificación depende de una red de interpretaciones interdependientes y continuamente modificables; y (c) cualquier acción dada está sujeta a múltiples identificaciones, la superioridad relativa de las cuales es problemática. Jones (1986), en una línea parecida, sugiere que a menudo encontramos aquello que esperamos encontrar en nuestra búsqueda psicológica (nosotros añadiríamos: en nuestra búsqueda diagnóstica). Afirma que tal auto-confirmación es el producto de un procesamiento de la información hecho de manera selectiva, y, lo que es más importante todavía, el resultado de nuestras expectativas que nos llevan a actuar de manera que se confirmen nuestras teorías.

Por ejemplo, no debe sorprendernos que cuando se pide a los terapeutas de familia que representen (con role-play) una familia cualquiera, casi sin excepción alguna inventan una familia que ejemplifique la posición teórica de la Terapia Familiar estructural. ¿Existen realmente estas familias, o son los terapeutas que las crean con sus expectativas teóricas?. Nosotros particularmente nos inclinamos por la última alternativa. Esto, a nuestro parecer, ejemplifica la idea de que las conductas observables en la propia sala de terapia (identificación conductual) no aportan mucha información al terapeuta, ni tampoco es cierto que tener más información sea necesariamente mejor. En consecuencia, estamos obligados a mantener la duda e incertidumbre acerca de lo que nosotros observamos, y a mostrar más interés en los múltiples significados que tienen las experiencias y observaciones de las personas. En nuestra teoría de los sistemas organizadores de problemas, el diagnóstico es poco más que hablar con nuestros clientes sobre los problemas tal como ellos los han identificado.

La mayoría de terapeutas estarían de acuerdo en que los valores y sesgos de los clientes influyen en lo que ellos observan, y que además, sus procesamientos de la información son selectivos. Ahora bien, no tantos suscribirían la idea de que sus expectativas (teorías descriptivas) pueden determinar la conducta del cliente y toda la información que es “supuestamente” descubierta. Nuestra tendencia como terapeutas es infra-valorar la participación activa que tenemos en la confirmación conductual de nuestras hipótesis y diagnósticos predeterminados. Igualmente importante es el hecho de que los clientes aportan sesgos y valores propios que influyen en sus expectativas sobre el terapeuta y la terapia. Es a través de estos sesgos que filtran las acciones de los terapeutas encontrando confirmación de sus propias expectativas. A nuestro parecer, la información que presentan los clientes, así como aquella que se desarrolla en el proceso de terapia, es un producto del intercambio social. Giddens (1977) se refirió a este proceso de confirmación mutua y evolución a través del lenguaje, como la “doble hermenéutica” de las ciencias sociales. La clave de la definición del problema o del diagnóstico no radica en la observación del terapeuta, sino que es más una cuestión de conversación y acuerdo

comunicativo. Esto es, terapeutas y clientes participan conjuntamente en la determinación del diagnóstico o lo que nosotros preferimos llamar, la definición del problema.

El “diagnóstico”, según este punto de vista, es poco más que una conversación continuada con todos los miembros que comparten la misma preocupación. Esta preocupación no lleva necesariamente a un consenso; más bien, raramente se consigue un consenso acerca de la naturaleza del problema. El diagnóstico tiene lugar en una conversación que produce constantemente significado e historias cambiantes y en evolución. En consecuencia, los problemas, sus descripciones, y aquellos que los describen y definen están en un flujo de cambio continuo. Las conversaciones que entablamos, gracias a nuestro esfuerzo por vivir en acuerdo unos con otros, son como historias y relatos de cuento. Son capaces de revisión y re-interpretación infinitas. Los problemas, según esta metáfora lingüística, pueden ser conceptualizados como “fragmentos de significado” en una lucha cuya consistencia cambia continuamente a través del diálogo.

Definición colaborativa del problema

Al habernos alejado de la idea de que los terapeutas poseen un conocimiento experto que les permite diagnosticar la realidad ontológica de un sistema o definir el problema, nos acercamos a una definición colaborativa del problema que empieza con nuestra curiosidad por conocer: ¿por qué se preocupan estas personas?, ¿quien está preocupado?, y ¿quienes son los actores que dan lugar al sistema comunicativo?. Para nosotros, un problema es una dificultad respecto a algo o alguien (acompañada de preocupación o alarma) que tiene una persona e intenta hacer algo para solucionarlo. Un problema sólo existe si hay acción comunicativa —quejas o preocupaciones. Sólo existe si es descrito y entendido por la gente en forma de comunicación alarmada o preocupada entre unos y otros. Es una toma de postura lingüística por parte de alguien. Si no existe queja o preocupación expresada mediante el lenguaje no existe el problema. Es por esto que nosotros empezamos el proceso terapéutico hablando en los términos de la definición que hace el cliente del problema. Queremos conocer todas las versiones de todos los miembros del sistema-problema de acuerdo a lo que ellos piensan que es el problema -sus diagnósticos, sus hipótesis y sus teorías. Al hablar sobre el problema, terapeuta y cliente están construyendo aquellos problemas que serán trabajados en la terapia. No es el terapeuta quien define el problema, ni tampoco dirige la conversación hacia una definición que de forma predeterminada él juzgue que es la más útil. Al tomar parte de la conversación terapéutica, el terapeuta pasa a ser un miembro del sistema-problema, y como tal pasa a ser tan activamente responsable de la co-construcción de la definición del problema y sus soluciones como lo son los clientes.

Nuestra responsabilidad como terapeutas, como participantes que dirigen la conversación terapéutica, radica en la creación de un contexto conversacional que

permita llegar a una definición del problema. Este es un proceso mutuo en el que el terapeuta no es el director. Esta visión es parecida a la que tiene Kelly (1955) respecto al rol del terapeuta, al que considera como una persona que guía al cliente hacia la elaboración de su propia visión del problema. Kelly creía que este era un paso crucial en los intentos del terapeuta por entender el sistema de construcciones del cliente. Es totalmente imposible entender (diagnosticar) a nadie. Lo único a que podemos aspirar es a entender lo que los otros nos dicen de sí mismos. Según Kelly, las construcciones personales son socialmente construidas, mapas orientativos alrededor de los cuales se organizan las conductas. Nuestro punto de vista es que estos “mapas” son intersubjetivos e incluyen al terapeuta.

Las descripciones de los problemas deben permitir que se pueda trabajar con ellas. Con esto no queremos decir que se deba hacer una selección hacia una meta o dirección determinada, sino que el proceso de elaborar la descripción debe tender a la apertura frente a la cerrazón, a la movilización en lugar del inmovilismo. Para poder trabajar con ellas, las definiciones del problema deben ser comprensibles y tener significado para todos los miembros que participan en el sistema. Las descripciones de los problemas deben permitir que se mantengan las posiciones de respeto mutuo. La elaboración de los problemas se debe hacer de manera que cada persona en el sistema-problema (incluido el terapeuta) pueda participar en el significado cambiante. Dicho de otra forma, se debe crear una realidad terapéutica que sea “psicológicamente segura” para todos. Sólo a través de la a veces lenta co-evolución de significado y comprensión se puede conseguir esto. Igualmente, lo que puede ser útil para trabajar para un terapeuta concreto puede perfectamente no serlo para otro.

Problema frente a problemas

Cuando la gente está luchando unos con otros no es de extrañar que tengan opiniones diversas que dan lugar a descripciones diferentes del “problema”. El punto de vista del sistema organizador del problema no implica que exista “un” problema que sea una definición consensuada que refleje una patología objetivada. Los problemas son acontecimientos lingüísticos sobre los cuales existen a menudo interpretaciones conflictivas. Esto tampoco implica que el terapeuta y el cliente trabajen en terapia para llegar a una definición consensuada del problema. Puede haber tantas definiciones del problema diferentes como miembros haya en el sistema organizador del problema.

Las definiciones del problema, al igual que la pertenencia a un sistema, son fluidas. Así, el diagnóstico no consiste en llegar a un acuerdo mutuo sobre qué es el problema. El diagnóstico es la parte inicial del contacto terapéutico donde se identifican los miembros (red comunicativa) del sistema-problema, y empieza un diálogo sobre sus múltiples visiones de cuál es la naturaleza del problema, sus descripciones, y los significados que el problema tiene para ellos. Esto puede

hacerse de muy diversas formas, y a menudo no es necesario que los miembros del sistema-problema estén presentes todos simultáneamente en la sala de terapia. En muchos casos, como en el de los representantes de servicios sociales, la conversación terapéutica tiene lugar fuera de la consulta del terapeuta. Estas decisiones se toman sobre la base de la necesidad de poder mantener la conversación terapéutica para co-desarrollar un nuevo significado. Se van tomando sesión por sesión y en ellas participan tanto el terapeuta como los clientes según se considere quién necesita entablar conversación con quién y cuándo. Estas decisiones clínicas no se basan en teorías predeterminadas referentes a estructuras sociales relevantes para entender y tratar patología. Tampoco se basan en hipótesis predeterminadas que se consideren más útiles para solucionar el problema del cliente.

Desde esta perspectiva, los procesos de diagnóstico tradicionales y las categorías son de escasa utilidad ya que el problema no es otra cosa que lo que las personas implicadas en el sistema de acción comunicativa consideran que es problema. Los problemas no existen en las categorías o comunales. Son nuestros clientes quienes determinan qué es el problema y no los terapeutas. Así, el peso del diagnóstico se desplaza del terapeuta al cliente. En otras palabras, el primer paso para una definición colaborativa del problema consiste en captar el punto de vista del cliente. Las etiquetas preestablecidas que se usan a menudo para entender nuestro trabajo no contribuyen a la definición colaborativa del problema, y además, suelen describir y crear problemas con los que no podemos trabajar (por ejemplo, esquizofrenia, delincuencia juvenil, negativismo). Nunca resulta útil crear una definición de problema que impida el desarrollo de nuevo significado o cambio conversacional. La inmovilidad lingüística resultante se convierte únicamente en un monólogo. Cuando se da esta conversación monológica, esto es, cuando una idea o grupo de ideas dominan, la comprensión nueva co-creada, la narración nueva compartida, y el cambio mutuo se hacen cada vez más imposibles.

Resulta fácil encontrarse buscando “verdades”, caer en monólogos que olvidan ciertos puntos de vista o que sostienen otros que ponen en riesgo la movilidad lingüística —ya sean nuestros puntos de vista, los de nuestros clientes, o los de nuestros colegas. Por ejemplo, en nuestra experiencia, los equipos, establecidos para mantener la apertura en terapia, pueden convertir a ésta en un proceso cerrado con sus descripciones. Los equipos que buscan el consenso a menudo arriesgan alternativas minimizadoras tanto de su parte como de sus clientes, y corren el peligro de actuar bajo el supuesto que el equipo conoce las hipótesis o diagnósticos más correctos. En contraposición a este tipo de proceder, Andersen (1987) describe lo que él y sus colegas llaman el “equipo de reflexión”. Consiste en un proceso donde un equipo observa detrás de un espejo unidireccional y luego comparte totalmente sus reflexiones con la familia y el terapeuta como una manera de abrir la conversación y de desarrollar nuevo significado. En la manera como trabaja el equipo de reflexión, el foco se centra más en las historias y el desarrollo de ideas que en la

formulación de hipótesis o diagnósticos. Durante la entrevista, el equipo que está detrás del espejo intercambia su lugar con la familia y el terapeuta. Mediante la conversación el equipo de reflexión comparte sus ideas con la familia y el terapeuta. Posteriormente, familia y terapeuta tienen una conversación acerca de la conversación que han tenido con el equipo. Este procedimiento se repite varias veces durante el curso de una sesión. Los equipos de reflexión y sus clientes desarrollan ideas y nuevos significados unos con otros. Al hacerlo entran en el terreno de la conversación, colaborando unos con otros y participando en el desarrollo de nuevas descripciones, comprensiones y relatos. Un equipo de tal naturaleza abierta, de diálogo, fácilmente evita los esfuerzos diagnósticos, las competiciones, y las maniobras de poder descritas por Hoffman (1987). A la vez permite la oportunidad de definir el problema, y así, permite que la terapia sea un proceso colaborativo, de revisión y variado.

RESUMEN

Hace 35 ó 40 años existía un gran optimismo respecto a la Terapia Familiar que hoy en día parece algo exagerado. El punto de vista dominante de los pioneros era que la Terapia Familiar podía ser el cambio paradigmático que aportaría respuestas definitivas a los problemas de la salud mental con los que se enfrentaban los clínicos. La idea dominante era que la teoría sobre Terapia Familiar estaba desarrollándose tan rápidamente que era sólo cuestión de tiempo el que un duro trabajo e investigación sistemática pudieran generar un cuerpo de ciencia integrado y una aplicación clínica que solucionaran los grandes interrogantes en el campo de la psicoterapia. Hoy en día, los terapeutas y teóricos familiares son más cautos respecto a lo que se va a conseguir durante los próximos 30 años (Mills, 1987; Minuchin et al. 1986; Wynne, 1987). Mientras que el optimismo no se ha perdido del todo, el tono general es más moderado, y existe una considerable explicitación de la necesidad de integración, e incluso se dan algunos contrapuntos escépticos sobre si la Terapia Familiar realmente funciona. Según nuestra opinión, la Terapia Familiar basada en la teoría social que tiene sus raíces en la sociología Parsoniana, presenta limitaciones teóricas y prácticas. La sociología Parsoniana es un modelo teórico muy ligado a un punto de vista objetivo de las ciencias humanas, el cual diferencia claramente el observador del observado. Se trata de un modelo que define la organización social sobre las bases de los roles y estructuras sociales, y que define los problemas (patología) como producto de defectos en la estructura. Nosotros pensamos que sería útil abandonar este modelo de ciencia social y centrarnos más en la hermenéutica y el significado. El modelo propuesto desplaza el mundo de la terapia desde el mundo de las estructuras sociales patológicas al mundo del significado. Tanto el significado como la comprensión son desarrollados por personas en conversación y en sus intentos comunes de entender a otras personas y cosas, las palabras y acciones de los otros. De esta manera, el significado y la comprensión son

considerados intersubjetivos. Este modelo propuesto significa un paso de la ciencia de las estructuras sociales a la semiótica. Es un salto hacia el mundo de la conversación y el diálogo.

Sería una exageración obvia y un error el querer asumir que el reino entero de la conducta y crecimiento humano, la ciencia psicológica, quedan explicados bajo la rúbrica del diálogo y la conversación. No obstante, la actividad psicoterapéutica, la “cura por la palabra”, requiere el diálogo y tiene lugar en la conversación. Tal proceso debe estar basado en la comprensión mutua, el respeto, la disposición para oír y escuchar, y una actitud abierta que se demuestra por la búsqueda de la “corrección” de lo que se dice más que por su “patología”. Esta es la esencia de la conversación terapéutica. Nuestro punto de vista se basa directamente en la proposición, según la cual la quintaesencia de lo que somos y llegaremos a ser es de naturaleza dialógica. La habilidad del terapeuta se basa en, y viene definida por, la capacidad de arriesgarse a participar en el diálogo y la conversación y arriesgarse al cambio. La competencia del terapeuta radica en promover una atmósfera donde todo el mundo tenga la oportunidad de un intercambio dialógico. Cuando se consigue, los clientes demuestran su propia y característica destreza en relación a sus vidas, sus problemas y sus realidades sociales.

Al tomar esta nueva dirección creemos que es útil distinguir nuestro trabajo clínico y los sistemas con los que trabajamos en base a marcadores lingüísticos y comunicativos. Entendemos al ser humano como un sistema generador de significado. Como una red cambiante de ideas interactivas y acciones correlacionadas. De esta manera, la unidad social con la que trabajamos en terapia está constituida por aquellos que comparten un lenguaje sobre lo que para ellos es un problema. Tales sistemas se caracterizan más por acciones comunicativas que por conceptos predefinidos y arbitrarios de estructura social. Nosotros llamamos a estos sistemas organizadores-desintegradores de problemas.

Desde este punto de vista, el proceso de terapia se convierte en la creación de un espacio o contexto que posibilita la comunicación dialógica. En tal espacio de comunicación, los participantes del sistema organizador/desintegrador de problemas se ven implicados en el proceso de desarrollo de nuevos significados y comprensiones —explorar lo no expresado. Desde este punto de vista, la terapia no es más que una oportunidad para explorar nueva conversación, nuevo lenguaje y nuevas realidades, compatibles con nuestra tendencia humana a atribuir significado a nuestra experiencia mutua.

Los sistemas con los que trabajamos pueden entenderse como existentes en el lenguaje y así, los problemas que la gente tiene pueden verse también como existentes en el lenguaje. El objetivo de la terapia es participar en el proceso de desarrollo de intercambio conversacional en el cual se disuelvan los problemas, y de esta manera se disuelvan también los sistemas organizadores del problema.

El camino en nuestra búsqueda para entender y trabajar con sistemas humanos

y los problemas que estos presentan de la manera más eficaz, nos ha llevado a desarrollar estas ideas. Son ideas en evolución, que en este momento concreto, nos parecen plausibles. De todas formas, pensamos que a lo largo del tiempo y a través de nuevas conversaciones estas ideas también se verán modificadas. Nuestro optimismo inicial respecto a la Terapia Familiar ha evolucionado hacia una visión más cauta debido a la acumulación de conocimiento integrado que se ha dado en psicoterapia y que ha demostrado que las cosas son más difíciles de lo que parecían al principio.

Finalmente, queremos recordar que ninguna teoría psicoterapéutica se ha rechazado nunca por aportación de evidencia y datos claros en su contra.

A partir de nuestra práctica inicial con Terapia Familiar en escuelas médicas, institutos privados de Terapia Familiar y agencias públicas, nuestro trabajo con poblaciones difíciles que no responden a las técnicas de tratamiento comunes, nos ha hecho reflexionar sobre la inadecuación de las descripciones teóricas y sobre las limitaciones de nuestra experiencia práctica. Así mismo, este trabajo ha influido sobre nuestra actual teoría clínica en desarrollo, haciendo que pasemos de una conceptualización de los sistemas humanos en términos de sistemas sociales definidos por la organización social (en forma de roles y estructuras) hacia una conceptualización de ellos en términos de sistemas diferenciados por distintivos lingüísticos y comunicativos. De esta manera, a nuestro parecer, la unidad social con la que trabajamos en terapia es un sistema lingüístico que se caracteriza por incluir a aquellos miembros que utilizan un lenguaje común para hablar sobre un problema determinado, y no por conceptos arbitrarios y predeterminados de organización social. Nosotros denominamos al sistema terapéutico "sistema organizador/desintegrador del problema".

Traducción: Mayte Tudela

Nota Editorial: Este artículo apareció en *Family Process* 27: 371-393, 1988, con el título "Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- ANDERSEN, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26: 415-428.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H., PULLIAM, G. & WINDERMAN, L. (1986). The Galveston Family Institute: Some personal and historical perspectives. In D. Efron (ed.), *Journeys: Expansions of the strategic*

- and systemic therapies. New York: Brunner/Mazel.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H. & WINDERMAN, L. (1986). Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5: 1-14.
- AUERSWALD, E.H. (1985). Thinking about thinking in family therapy. *Family Process*, 24: 1-12.
- AUERSWALD, E.H. (1986). Family therapy as a movement: Epistemological barriers to ontological freedom. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5 (4): 14-19.
- AUERSWALD, E.H. (1987). Epistemological confusion in family therapy and research. *Family Process*, 26: 317-330.
- BATESON, G. (1971). The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. *Psychiatry* 34: 1-18.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1: 251-264.
- BOGDAN, J.L. (1984). Family organization as an ecology of ideas: An alternative to the reification of family systems. *Family Processes*, 23: 375-388.
- BRATEN, S. (1984). The third position. Beyond artificial and autopoietic reduction. In F. Geyer & J. van der Zouwen (eds.), *Sociocybernetic paradoxes: Observation, control and evolution of self-steering systems*. London: Sage Publications.
- BRATEN, S. (1987). Paradigms of autonomy: Dialogical or monological? In G. Teubner (ed.), *Autopoiesis in law and society*. New York: EUI Publications.
- CECCHIN, G. (1986). Neutrality revisited. Plenary address, annual meeting of the Texas Association for Marriage and Family Therapy, Dallas TX.
- DELL, P.F. (1982). Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21: 21-41.
- DELL, P.F. (1982). On the way to clinical epistemology. *Family Process*, 21: 407-414.
- DELL, P.F. (1984). An institute of theory Paper presented at the 42nd annual meeting of the American Association for Marriage and Family Therapy, San Diego CA.
- DELL, P.F. (1985). Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11: 1-21.
- DELL, P.F. (1986). On the need for conversation in the family therapy field. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12: 25-29.
- DELL, P.F. & GOOLISHIAN, H. (1981). Order through fluctuation: An evolutionary epistemology for human systems. *Australian Journal of Family Therapy*, 21: 75-184.
- DOHERTHY, W.J. (1986). Quanta, quarks, and families: implications of quantum physics for family research. *Family Process*, 25: 249-264.
- FOERSTER, H. von (1981). *Observing systems*. Seaside CA: Intersystems Publications.
- GADAMER, H. (1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.
- GERGEN, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.
- GERGEN, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40: 266-275.
- GERGEN, K. (1985). Social constructionist theory: Context and implications. In K. Gergen & K. Davis (eds.). *The social construction of the person*. New York: Springer-Verlag.
- GIDDENS, A. *Studies in social and political theory*. New York: Basic Books.
- GLASERSFELD, E. von. (1986). Steps in the construction of "others" and reality: A study in self-regulation. In R. Trappl (ed.9, *Power, autonomy, utopia: New directions toward complex systems*. New York: Plenum Press.
- GOLANN, S. (1987). On description of family therapy. *Family Process*, 26: 331-340.
- GOODMAN, N. (1978). *Ways of worldmaking*. Indianapolis IN: Hackett Publishing Co.
- GOOLISHIAN, H.A. (1985). Beyond family therapy: Some implications from systems theory. Invited address presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Division 43; San Francisco CA.
- GOOLISHIAN, H.A. & ANDERSON, H. (1987). Language systems and therapy: An evolving idea. *Journal of Psychotherapy*, 24: 529-538.
- HALEY, J. (1981). *Reflections on therapy and other essays*. Washington DC: The Family Therapy Institute.
- HARGENS, J. (1987). Beyond beyond: An interview with Harold A. Goolishian. *Journal of systemic Therapy*, 5: 105-111.
- HEDERMAN, M.P. & KEARNEY, R. (eds.). (1982). *The crane bag: book of Irish studies*. Dublin: The Blackwater Press.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York:

Basic Books.

- HOFFMAN, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second-order" family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3: 381-396.
- HOFFMAN, L. (1987). Family therapy revisited: A look at some new ideas in the field. (Unpublished manuscript available from author, P.O. Box 400, North Amherst MA 01059)
- JACKSON, D.D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly*, 31 (Suppl., Pt. 1): 79-90.
- JONES, E.E. (1986). Interpreting interpersonal behavior: the effects of expectancies. *Science* 234: 41-46.
- KEENEY, B.P. (1979). Ecosystemic epistemology: an alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18: 117-129.
- KEENEY, B.P. (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford Press.
- KELLY, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 & 2). New York: W.W. Norton.
- KUHN, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- LIPPS, H. (1938). *Untersuchungen zu einer hermeneutischen logik*. Frankfurt: Klosterman.
- MATURANA, H.R. (1978). Biology of language: The epistemology of reality. In G.A. Miller & E. Lenneberg (eds.), *Psychology and biology of language and thought*. New York: Academic Press.
- MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of understanding*. Boston: New Science Library.
- MCCARTHY, I.C. & BYRNE, N.O. (1988). Mis-taken love: Conversations on the problem of incest in an Irish context. *Family Process*, 27: 181-199.
- MÉNDEZ, C.L. CODDOU, F. & MATURANA, H.R. (1986). The bringing forth of pathology: An essay to be read aloud by two. Unpublished manuscript.
- MILLS, D. (1987). What do family therapists have to learn from other sciences? *American Family Therapy Association Newsletter*, 30: 23-25.
- MILLER, G.A. (1981). *Language and speech*. San Francisco: Freeman.
- MINUCHIN, S. (1986). Foreword. In L.C. Wynne, S.H. McDaniel, & T.T. Weber (eds.), *Systems consultation: A new perspective for family therapy*. New York: Guilford Press.
- PARSONS, T. (1951). *The social system*. Glencoe IL: Free Press.
- PARSONS, T. (1954). *essays in sociological theory* (rev. ed.). New York: Free Press.
- PARSONS, T. (1960). *Structure and process in modern societies*. New York: Free Press.
- PARSONS, T. (1964). A functional theory of change. In A. Etzioni & E. Etzioni (eds.), *Social change*. New York: Basic Books.
- RORTY, R. (1972). The world well lost. *Journal of Philosophy*, 69: 649-665.
- RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- SCHWARTZMAN, J. (1984). Family theory and the scientific method. *Family Process*, 23: 223-236.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction* (translated by E.V. Burt). New York: Jason Aronson.
- SLUZKI, C.E. (1985). Families, networks, and other strange shapes. *American Family Therapy Association Newsletter*, 19 (Spring): 1-2.
- SZASZ, T. (1987). Freud under analysis. *Nova*. Television program, Station WGBH, Boston.
- WATZLAWICK, P. (1982). Hermetic pragmaesthetics or unkempt thoughts about an issue of *Family Process*. *Family Process*, 21: 401-403.
- WATZLAWICK, P. (ed.) (1984). *The invented reality*. New York: W.W. Norton.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. & FISCH, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W.W. Norton.
- WITTGENSTEIN, L. (1963). *Philosophical investigations* (translated by G. Anscombe). New York: Macmillan.
- WYNNE, L.C. (1987). AFTA, AAMFT & Family Therapy: Where are they going? *American Family Therapy Association Newsletter*, 30 (Winter): 7-10.

