

La caja vacía

Usos de la teoría sistémica

Paolo Bertrando¹

(Traducción de Miguel A. Campillay / Marcelo Bustos B.)

¿Qué significa “enseñar la terapia sistémica”? (Se podría también preguntar: “¿Qué significa enseñar cualquier terapia?”), pero limitémonos a aquella que nos toca más de cerca). Frecuentemente se piensa que significa: “enseñar la teoría sistémica y a comportarse en terapia consecuentemente con ella”. La idea es cautivante por su simpleza, pero probablemente es demasiado simple para ser certera. Tal vez es propio de esta idea que deriva (al menos en parte) lo que se puede considerar la crisis actual, de los terapeutas sistémicos, si no es hacia la terapia, al menos lo es respecto de la teoría que los guía. Pero tratemos de profundizar más el problema...

El problema

Dicho por muchos, hoy en día, la teoría sistémica está en crisis. No buscaré en este caso, hacer un listado de las innumerables explicaciones ideadas para esta incomoda situación; me limitaré a proponer una, relativamente simple.² La teoría sistémica es casi totalmente formal, un modo de poner juntos elementos, una forma que se puede adaptar a cualquier contenido. Después de todo, fue justamente por su naturaleza que las primeras teorías de la cibernética, aquellas reunidas en la Macy Conference de 1946, consiguieron aplicar los mismos formalismos a la ingeniería de los servomecanismos, a los primeros procesadores electrónicos, al sistema nervioso, a los sistemas ecológicos, sociales y microsociales (Heims, 1991). Esta misma naturaleza, convierte a la teoría sistémica en algo a lo menos problemático para quien- como los terapeutas que a ella se avocan – desea fundar una práctica: siendo un puro y simple recipiente, que para ser utilizable en la clínica debe ser llenada de cualquier cosa.

Gregory Bateson, al importar las ideas sistémicas a la psiquiatría y luego a la psicoterapia, se rehacía, en cuanto a los contenidos, a muchos conceptos psicoanalíticos (véase Ruesch y Bateson, 1951).³ Cuando Don Jackson formó el MRI, renunció en bloque al psicoanálisis (él, a diferencia de Bateson, había sido analista) y buscó construir una teoría que contuviera sólo relaciones e interacciones: todo aquello que habría podido completar la teoría (sobretudo respecto a la dimensión interior y experiencial) lo pone en la caja negra (*black box*). Nace así una teoría sistémica, que Paul Watzlawick codificó luego en la *Pragmática de la comunicación humana* y en *Change*⁴ (Watzlawick et al., 1967, 1974), fundada sólo sobre la observación exterior (en el diseño de la teoría de la caja negra, Watzlawick y Jackson fueron probablemente

¹ Paolo Bertrando, psiquiatra y psicoterapeuta sistémico, profesor del *Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, Director de la Asociación *Episteme* de Turín. Enseña psicodinámica del desarrollo y de las relaciones familiares en la Universidad Vita-Salute San Raffaele de Milán.

Dirección para correspondencia: Paolo Bertrando, Piazza Sant'Agostino 24, 20123 Milano.

Fono: 0039 024819054; E-mail: gilbert@libero.it

² La idea surgió en una conversación con Luigi Boscolo

³ Para lo concerniente a la evolución en el tiempo de los modelos sistémicos en terapia, véase Bertrando y Toffanetti, 2000^a.

⁴ (N. del traductor: en inglés en la edición original en italiano, las cursivas son del autor)

influenciados también por el conductismo, que en aquellos años estaba iniciando su acceso al mundo de la psicoterapia).

Era una teoría ágil, elegante, simple, pero con el paso del tiempo se mostró demasiado limitada. La caja negra podía funcionar sólo en una gama relativamente limitada de los problemas y de las situaciones, requería no tomar en consideración la experiencia individual, aunque si la praxis del MRI no excluía de hecho la terapia individual ni prescribía la terapia familiar. Se trataba en cierto sentido de una terapia individual *desindividuada*: el individuo, en ella, no era el agente o el fin de una serie de *patrones* comportamentales a modificar. En muchos sentidos, luego, la teoría de la caja negra conduce a los terapeutas del MRI a alejarse lentamente del trabajo sobre problemas psiquiátricos graves, aún cuando habían estado en el origen de la fundación del propio instituto: pero ocuparse de las psicosis trabajando sólo sobre *pattern* era difícil y otros problemas parecían más fáciles de solucionar por esos medios.

Cuando inició su recorrido hacia una terapia sistémica, tornando a enfrentar los complejos problemas de la anorexia y de la esquizofrenia, el grupo original de Milán poco a poco se liberó del dogma de la caja negra: restringiéndose a ella, las hipótesis e intervenciones que convirtieron en famoso al grupo habrían sido impensables. Sin decirlo jamás en voz alta, incluso declarando el propio “purismo sistémico”, los terapeutas de Milán recurrieron al psicoanálisis, además de a miles de otras ideas, incluyendo el clásico buen sentido común. Así, la pureza del modelo estaba resguardada, pero al precio de hacer resbalar en aquello que había sido definido como lo “no dicho” de muchos elementos que hacen eficaz la terapia (Boscolo y Bertrando, 1996). Gran parte de los sorprendentes resultados del grupo eran posibles sólo gracias al particular recorrido epigenético de sus componentes, que, al momento de la creación del modelo, eran todos psiquiatras y psicoanalistas ricos en experiencia existencial y profesional.

Aquello que era “dicho”, en el modelo de Milán, sobretudo en la versión de Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin (véase Boscolo et al., 1987),⁵ era casi igualmente formal que la teoría de la caja negra. Salvador Minuchin dijo una vez que ella era sólo “una teoría general relacionada a una teoría de la técnica, pero que no contenía ninguna teoría clínica” (Boscolo, comunicación personal). Mientras Minuchin pensase probablemente en una teoría normativa como la suya (Minuchin, 1974), la observación no era falta de sentido. La teoría milanese siempre se conformaba sólo con describir procesos, pero descansaba siempre en que el ingenio y la esperanza singular del terapeuta las llenarían de *contenidos*. Era aquello que había hecho el grupo original, sumado a lo hecho, con el entusiasmo propio de los innovadores, por sus primeros discípulos.

Pero en los últimos años, el recorrido humano y profesional de los terapeutas que vienen a formarse en el modelo de Milán se transformó en algo cada vez más distinto tanto de lo que fueron los maestros, como de lo que fueron los primeros alumnos. Si la primera generación (al menos de los alumnos italianos) estaba compuesta principalmente de clínicos relativamente ya expertos, formados al menos en otro modelo terapéutico, los alumnos más jóvenes se aproximaban a la formación sistémica sin ninguna experiencia previa (ni teórica ni práctica) de terapia. Para estos últimos,

⁵ Aquella precedente y aquella que Mara Selvini Palazzoli elaboró después eran diferentes, mucho más normativas (cfr. Selvini Palazzoli et al., 1975, 1988).

faltaba aquel conjunto de aprendizajes precedentes y de experiencia que había permitido a sus antecesores a superar, en la práctica, los límites de la teoría.

Así, para muchos terapeutas neófitos, la caja negra de Palo Alto se convertía en una caja vacía (*empty box*). Al mismo tiempo, fueron sometidos a una creciente presión para entrar dentro de aquella caja: la demanda que recibían eran frecuentemente de terapia individual, mientras en los contextos laborales se adoptaban modelos integrados, en los cuales la terapia familiar no era más que la modalidad de tratamiento escogida— y a veces ni siquiera contemplada. El terapeuta sistémico se siente así limitado, incómodo, en especial cuando debe hacer algo distinto que ordenar las relaciones. Por ejemplo, cuando trabaja con individuos, o con problemas psiquiátricos graves, cuando en realidad termina siendo un puro y simple técnico de la familia. Porque un modelo preferentemente formal funciona muy bien cuando se trata de ver familias, de trabajar sobre las relaciones visibles a la hora del encuentro terapéutico, menos cuando se debe entrar en el mundo interno y en la intimidad (algunas veces insidiosa) de un encuentro de a dos. El sumergirse en la teoría sistémica ahora lleva a arriesgarse a dirigirla hacia una terapia vacía, en que inexorablemente falta algo. Salir de la teoría conduce a un mal encubierto eclecticismo, en el que el vacío es llenado con una bulímica adquisición de fragmentos de teorías (y técnicas, experiencias y prácticas) ajenas. Parece de cualquier modo imposible para ellos, llenar el vacío de la caja.

Los intentos de solución, de parte del terapeuta sistémico, son de varios géneros:

1. Adherir completamente a otra teoría, también porque diversas teorías han asimilado mucho de la teoría sistémica y así transformada en algo fácilmente practicable por un terapeuta sistémico (o ex sistémico): pensando en un terapeuta cognitivo como Guidano (1991), o a investigadores del área analítica como Daniel Stern (1995);
2. Limitarse a ser técnico familiar, y ojalá aprender — como más — psicoanálisis o terapia cognitiva para las labores que no contemplan la familia (como decir, ser sistémico en la mañana y cognitivo por la tarde);
3. Buscar contaminación e integraciones varias — que parece lo mismo, pero no lo es: se trata de construirse una práctica nueva, que implica una nueva teoría, en vez de sustituirla o hacerla convivir con otras;
4. Adherir a la terapia postmoderna, narrativa o conversacional que sea, o bien aceptar el vacío teórico como elemento constitutivo del propio pensamiento y de la propia práctica; es lo que Lynn Hoffman (1998) define “poner a parte a los modelos” en la terapia. En esta óptica, el vacío y el eclecticismo del postmoderno deriva de la carencia de la teoría clínica y no de una pura evolución conceptual;
5. Buscar envolver el modelo sistémico. Esto no significa reducir o eliminar el vacío de la caja, más bien revelar que, si se mira de otro modo, la caja sistémica no ha estado jamás vacía.

Mis ideas son posibles de ubicar en el último de estos caminos. Quiero ahora precisar cuál es mi discurso, en qué modo propongo superar este impasse.

La teoría como *fuzzy set*⁶

Muchos equívocos a propósito del rol de la teoría en la práctica clínica están ligados a los significados que se dan al término “teoría”. Frecuentemente es usado en modo a lo menos casual, sin preguntarse exactamente cuál es su significado. Cuando es más conciente, el uso que se hace de él es análogo a aquello que un físico o un químico harían del término “teoría” en sus respectivos campos. Como si una teoría terapéutica fuese formalmente idéntica, por ejemplo, a una teoría física.

Veamos qué sucede cuando tácitamente consideramos nuestra teoría terapéutica como un conjunto clásico booleano⁷, es decir un conjunto de elementos que pertenecen exclusivamente a aquella teoría, bien distinguibles de los elementos que no le pertenecen. Un terapeuta que siga la teoría deberá, en este caso, ser un terapeuta que usa, de una u otra manera, muchos o todos los elementos de la propia teoría y ningún elemento de otras⁸. Ahora, por sentido común, tal género de terapeuta no existe (y, si existe, sería mejor aconsejarle cambiar de oficio): existe, al máximo, terapeutas que buscan adherir totalmente a la propia teoría, o bien terapeutas que se convencen de haber adherido a la perfección. Pero, de hecho, hoy es también muy difícil para los terapeutas – independientemente del credo profesado – considerarse puristas teóricos. Veamos ahora cómo se puede describir mejor la relación entre terapeuta y teoría.

Cualquier teoría terapéutica de aquellas que comúnmente aplicamos, digamos la teoría sistémica usada en aquello que es conocido como “modelo de Milán”, contiene una serie de afirmaciones sobre: cómo considerar la psicología, las relaciones humanas, la personalidad y las organizaciones en general (una teoría general); cómo considerar la estructura y el sentido de la teoría misma y su relación con la “realidad” – cualquiera sea el sentido de esta última palabra (una “epistemología”); cómo considerar los problemas de los clientes y sus eventuales patologías, poniéndolas en relación con la teoría general (una teoría clínica); qué medios usar para resolver cuales problemas y porqué (una teoría de la técnica); más allá de toda una serie de preceptos menos formalizantes a los que se da comúnmente el nombre de “clínica” o “práctica clínica”.

Para complicar ulteriormente la cosa, muchos elementos de una y otra parte de la teoría son comunes también a otras teorías, como la psicoanalítica o la cognitiva. En definitiva, los elementos del conjunto cambian de una versión a la otra de la teoría, más aun cuando las diversas versiones son obra de la misma persona. Tomamos el caso del psicoanálisis y nos limitamos a la elaboración teórica de su fundador, Sigmund Freud (las vicisitudes de la teoría psicoanalítica post-freudiana son tan complicadas que es casi insensato considerar el psicoanálisis como una entidad unitaria: ver Tagle, 1984, 1999; Jervis, 1999). La teoría originaria de Freud, aquella del *Proyecto de una psicología científica* (1895), con sus referencias neurológicas, está marcada de un mecanismo que se atenúa – aunque sin desaparecer – en las versiones sucesivas, como aquella del

⁶ Nota del traductor: Fuzzy set se encuentra en inglés en el original. La expresión es traducida al español como subconjunto difuso, teoría matemática que se desarrolló a partir de 1965 para cubrir aquellos espacios de incertidumbre del conocimiento humano y la visión subjetiva.

⁷ Nota del traductor: booleano es un término inherente a la teoría matemática de Boole en que los datos toman valores binarios de verdadero o falso.

⁸ Un aparente ejemplo del género podría ser el grupo originario de Milán, en el primer periodo de “pureza sistémica”: pero como es descrito en el artículo/narración de Carmine Saccu que aparece más adelante en este número la cosa no estaba propiamente así.

séptimo capítulo de *La interpretación de los sueños* (1899)⁹, en que se integró como una visión y una técnica hermenéutica. La teoría se estructura completamente en los escritos sobre metapsicología (1915-17). Pero es modificada profundamente en *Más allá del principio del placer* (1920), donde aparece un instinto de muerte completamente nuevo, que hace necesaria una reorganización que es un verdadero y propio vuelco de muchas partes de la teoría. Con la segunda tópica de *El yo y el ello* (1923), la teoría evoluciona en un modo aun más determinante, introduciendo inéditas metáforas estructurales. Luego *Inhibición, síntoma y angustia* (1925) modifica profundamente la teoría de la ansiedad, que había sido un fundamento de todas las formulaciones precedentes.

Así la teoría freudiana (de la cual aquí he solamente esbozado las etapas más relevantes) es una teoría en devenir, en la que sus diversas versiones, aunque en una estratificación epigenética, entran fácilmente en contradicción entre ellas. Los aprendices de ésta la utilizan una y otra vez en múltiples sesiones, sin preocuparse demasiado de seguir su evolución cronológica: por ejemplo, pocos, incluso entre los más fieles freudianos, han aceptado la idea del instinto de muerte, pero esto no les ha impedido aceptar otras formulaciones que Freud había legado indisolublemente a aquel concepto.

Si intentamos considerar el modelo de Milán, la cosa no es tan distinta: la teoría primitiva del grupo original de Milán, constituido por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata (Selvini Palazzoli et al., 1975) no es idéntica a aquella que los propios autores han adoptado pocos años más tarde (Selvini Palazzoli et al., 1980^a, 1980b): la primera parte presupone un realismo ingenuo, un conductismo implícito y una visión estratégica que son diferentes de la segunda parte, ya radicada en el pensamiento de Bateson, que es más problemática, compleja y, al menos en parte, introspectiva. Aún más diferente es la teoría de Boscolo, Cecchin et al. (1987) es distinta, con su acento sobre una visión integralmente constructivista de la relaciones humanas y de la terapia, que luego se ramifica en forma divergente con las teorías desarrolladas separadamente, en conjunto con otros colaboradores de Boscolo (Boscolo y Bertrando, 1993, 1996) y Cecchin (1987: Cecchin et al., 1993, 1997). Volviendo a ellos, muchos alumnos de la escuela de Milán han creado versiones de la teoría, diferentes entre ellas y también de todas las de sus maestros (véase por ejemplo Fruggeri et al., 1995; Ugazio, 1998; Bianciardi y Bertrando, 2002), a así sucesivamente.

Pero, al mismo tiempo, todas estas teorías presentan una semejanza, que resulta evidente si se confronta el conjunto de estas teorías con aquellas construidas por el nuevo grupo fundado por Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al., 1988, 1998); a pesar de haber evolucionado desde un mismo tronco común, estas últimas teorías reivindican un realismo estructural muy lejano de la sensibilidad constructivista y postmoderna que caracteriza a las otras. Al volverse tan vertiginosa la complejidad, el terapeuta en su subjetividad no usa nunca todos los elementos correspondientes a la teoría que utiliza de referencia, sino que sólo algunos y, a veces, los integra con elementos de otras teorías.

⁹ N. del T.: La fecha asignada corresponde al autor. Se sabe que el texto aludido estuvo terminado ya en 1899, pero la fecha de edición fue 1900, por el deseo de Freud de que inaugurara el siglo con esta obra que supuso sería de gran importancia para su teoría.

Es evidente que, en un contexto similar, la idea de la teoría terapéutica como conjunto clásico no es sostenible. La teoría terapéutica recuerda, a lo más, un juego lingüístico (en el sentido de Wittgenstein, 1953), o sea un *fuzzy set* (literalmente, “conjunto esfumado”). Queremos explorar aquí las posibles implicaciones de considerar una teoría terapéutica como *fuzzy set*.

La teoría del *fuzzy set* ha sido introducida por Zadem (1965) justamente para superar la rigidez de la lógica y de la teoría de conjuntos booleanos. Un *fuzzy set* puede tener elementos comunes con otros conjuntos sin entrar en contradicción interna: el principio de verdad/falsedad es sustituido por un principio de pertenencia. Cada elemento del conjunto tiene un grado de pertenencia al conjunto mismo que varía entre cero (no pertenencia) y uno (total pertenencia). Por consiguiente, el principio de verdad de la lógica clásica ya no es válido. Un elemento puede ser al mismo tiempo A o no A: *tertium datur* (Pizzaleo, 2000). En un *fuzzy set*, además, las explicaciones y las categorías son multi-temáticas: “La pertenencia a la misma clase no ocurre sobre la base de un criterio único, sino de todos los criterios implicados, como en una cuerda formada de tantos hilos en que ninguno es tan largo como la cuerda misma” (Vineis, 1999, p.12) El concepto de *fuzzy set* ha sido aplicado por Paolo Vineis al análisis de la noción de “enfermedad” en medicina, un campo límite en que emergen problemas muy parecidos a aquellos que hemos encontrado en psicoterapia. Una enfermedad puede ser considerada un *fuzzy set* que admite explicaciones múltiples, lo que significa que para una enfermedad puede existir una pluralidad de causas y que al mismo tiempo una sola causa puede ser suficiente, o un conjunto de ellas puede resultar insuficiente, pero es imposible determinar una única causa para todos los casos de esta enfermedad. Por ejemplo, el tumor al pulmón “es causado” por el humo del cigarrillo, pero el humo no es suficiente para causarlo, y desde otro punto de vista, hay casos de tumor pulmonar que no dependen del humo. Estas teorías no son solamente generalizaciones empíricas (haber observado diferentes casos en que hay un vínculo entre el humo del tabaco y el desarrollo de tumores), sino que conectan diversos niveles de la realidad: en el caso específico, conocimientos químicos y biológicos sobre los procesos de cancerogénesis, biología del ADN, estudios epidemiológicos, y así sucesivamente. Su validez deriva de un conjunto de observaciones, generalizaciones y experimentos de diversa naturaleza, más allá que de su insensibilidad en algunos *a priori* aceptados comúnmente por la ciencia del periodo, como la teoría genética basada en el ADN (Vineis, 1999).

En nuestro campo, podríamos decir que el mismo concepto de “psicoterapia” es considerable como un *fuzzy set*, que consiste en un conjunto de elementos que en cierto modo giran en torno al núcleo conceptual “terapia hecha con las palabras y que concierne a la psiquis”, pero no necesariamente está presente en todas las terapias: algunas las contienen todos, otras la mayor parte, otras una parte menor. A fin de cuentas, todas las terapias muestran entre ellas una “semejanza de familia” (se asemejan, como se asemejan, por ejemplo, los distintos miembros de una misma familia), pero son además imposibles de reducir a uno o a pocos principios comunes universales.¹⁰ A su vez, cada teoría terapéutica puede ser considerada un *fuzzy set* con características propias. Los elementos singulares de cada una de las teorías no tienen una pertenencia exclusiva a ella, sino más bien un grado de pertenencia mayor o menor. Por ejemplo, un concepto como el de “conflicto inconsciente” tiene una fuerte

¹⁰ Un razonamiento de este tipo ha sido propuesto por de Shazer (1991) a propósito de las diversas terapias familiares, llegando al mismo resultado. El primero en usar el término “semejanza de familia”, en este sentido ha sido el Wittgenstein de Investigaciones Filosóficas (Wittgenstein, 1993).

pertenecía con la teoría psicoanalítica, pero mantiene una pertenencia, aunque débil, con la teoría sistémica de Milán (aunque el inconsciente batesoniano al que se refiere la teoría milanese no es del todo idéntico al inconsciente freudiano y postfreudiano), sin que por esto disminuya la coherencia de las dos teorías; por otro lado, el conflicto inconsciente no tiene derecho de ciudadanía en la teoría conductista, ni en aquella sistémica estratégica del MRI, al interior de las cuales simplemente no tiene sentido. Un concepto como “Súper-yo” tiene una pertenencia fuertísima con la teoría analítica y muy débil con la sistémica; para la dupla de conceptos simetría/complementariedad vale lo opuesto. Desde este punto de vista, también la cotidiana lucha de los terapeutas con las teorías, por hacerlas calzar en el propio quehacer laboral, adquiere, sino es otro, un sentido mayor.

Así el *fuzzy set* de la teoría terapéutica sistémica de Milán es reconstruible haciendo referencia a las principales publicaciones del grupo de Milán, además del enorme número de publicaciones de los autores que hacen referencia directa al modelo, y también – en la medida de lo posible – a las muchas nociones transmitidas directamente en el curso de la formación, como una especie de tradición oral¹¹. El conjunto de estas publicaciones y tradiciones constituye la teoría del modelo sistémico de Milán, y juntos constituyen el horizonte teórico de los terapeutas milaneses (donde con “milaneses” quiero decir los terapeutas que se convierten declaradamente al modelo).

Si aceptamos la idea que un modelo terapéutico es un *fuzzy set*, debemos también aceptar que lo que se puede escribir y prescribir en un manual sea solamente una aproximación muy reducida de aquello que ocurre en la práctica de la terapia (de cualquier terapia, incluyendo aquella que mayormente apoya el uso de los manuales). La terapia conducida según los manuales es un “algo” que recuerda indudablemente la terapia, pero que no es la que practican la mayoría de los terapeutas.

Nadie posee la teoría terapéutica, porque nadie puede poseerla. La teoría terapéutica es un conjunto no sólo difuso, sino también, por su misma naturaleza, fluido y en constante evolución. Se puede decir que cada terapeuta sistémico se crea la versión propia de la teoría sistémica, que es válida tanto como cualquier otra, con tal que participe en alguna medida del corpus sistémico. Luego, en su práctica cada terapeuta escoge elementos de diferentes *fuzzy set* terapéuticos, construyéndose el propio, que se convierte en su estilo terapéutico. Su adhesión a la teoría deriva en conjunto con el número y grado de pertenencia de los elementos que toma de un cierto modelo; por ejemplo, nosotros somos terapeutas sistémicos que no hacemos más preguntas circulares, aun cuando las preguntas circulares son consideradas uno de los elementos más fuertes y característicos del modelo de Milán (Boscolo y Bertrando, 1993). Se puede decir que un terapeuta no es “sistémico” o “no sistémico”, “milanés” o “no milanés”, sino que es “más o menos sistémico o milanés”, aun si esto es difícil de aceptar para los defensores del purismo teórico.¹²

¹¹ El rol de similares tradiciones orales en la transmisión de la teoría psicoterapéutica comienza apenas a ser estudiado, por ahora en pocos casos. Para lo relativo a Freud, véase Roazen (1975, 1995) y Mahony (1986)

¹² Todo esto, se entiende, no vale sólo para los terapeutas sistémicos, pero en esta ocasión no entraré en otros campos.

Para referir a un ejemplo concreto del proceso, Debby Schwarz Hirschhorn (1999) pidió a una colega evaluar las videgrabaciones de una de sus terapias, para verificar, entre otras cosas, qué teoría, modelo o componentes de modelos fueron seguidos. La colega

Vio en el registro componentes de diversas teorías: Milán, porque permanecí neutral; Mental Research Institute, porque hice preguntas acerca de patrones relacionales; lenguaje, porque hice fluir la conversación, en gran medida sin empujarla en una dirección u otra; orientada a la solución según O'Hanlon, porque distribuí el síntoma al interior de la familia; y narrativa, porque intenté reescribir la historia de los puntos de vista que los miembros de la familia tienen de sí mismos. Reconoció además que mi interés por los patrones no es estrictamente MRI, porque no intentó romper el ciclo interaccional, y que el elemento milanés es pequeño, porque mis preguntas no son circulares (Schwarz Hirschhorn, 1999, p.35)¹³.

El uso de las teorías

Si la teoría terapéutica es un *fuzzy set*, se justifica el hecho [consolidado] que la relación entre el terapeuta y su teoría sea mucho más que lineal. Reflexionamos sobre el rol que le damos a la teoría, no cuando hacemos terapia sino cuando pensamos al respecto. En general, pensamos como si hubiese un vínculo simple, lineal, entre nuestra teoría de referencia y nuestra práctica clínica. La teoría dictaría la práctica, según aquello que Schön (1983) define como “el modelo de la racionalidad técnica”. Con ello, la práctica profesional ocupa el punto más bajo de una jerarquía en cuyo ápice está la ciencia de base que dicta los principios generales del campo. La conexión entre la ciencia de base y la práctica profesional es la ciencia aplicada, que lleva desde la investigación pura de la ciencia de base las técnicas de diagnóstico y las soluciones a los problemas usadas concretamente por los profesionales.

Que las disciplinas que se ocupan de la cura están en busca de legitimidad a través de la ciencia está confirmado, después de todo, bajo ciertas vicisitudes léxicas. La medicina que, en tanto académica, se convierte en “biomedicina” [como si existiera una medicina no biológica]. O bien la psiquiatría que se hace parte del caldo de cultivo de las “neurociencias” o de las “ciencias del comportamiento”. Cada vez más, la ciencia es una fuente de legitimidad para los profesionales.

Siempre siguiendo a Schön, es una herencia del positivismo, de una época y una doctrina en la que la ciencia y el progreso tienen asumida una función salvadora comparable a aquella de las religiones –en la cual tomaron forma gran parte de las universidades actuales– con sus programas que dividen así, cuidadosamente, la ciencia de base de aquella aplicada. Un ejemplo típico es la medicina, donde sea, está constituida por dos ciclos de estudio, preclínico [basado en química, bioquímica,

¹³ Las referencias bibliográficas atribuidas por los autores a los cinco modelos citados son, respectivamente: Selvini Palazzoli et al. (1978); Fisco et al. (1982); Goolishian y Anderson (1992); O'Hanlon y Wilk (1987); Epston et al. (1992).

anatomía, fisiología] y clínico [diagnóstico y terapia]. Sin embargo, no estamos enfocando la investigación sino a la profesión médica en concreto, ni siquiera en la medicina los límites entre “arte” y “ciencia” son así de claros como se quisiera. Una y otra vez, en la historia de la medicina la cualidad curativa de cierto fármaco o de cierta práctica estaba bien evidenciada antes que se encontrara una explicación científica. El efecto *placebo* no es exclusivo de la psiquiatría o de la psicoterapia, testimonio de ello es la importancia de todas aquellas variables relacionales que una visión técnica de la cura quisiera reducir o anular. El hecho es que, incluso en medicina, la ciencia razona en términos de poblaciones, y por consiguiente de estadísticas; pero el médico debe operar con un paciente particular con el cual las estadísticas de poblaciones son insuficientes, a veces incluso engañosas (Vineis, 1999).

Una división similar del trabajo existe también en la psicoterapia, incluso en la sistémica. También aquí hay una teoría general frecuentemente prestada desde otros campos (Bertrando y Toffanetti, 2000a), como la ingeniería y la biología; y está la práctica, que debería corresponder a la aplicación. Si seguimos a Schön, esto es simplemente imposible, por el carácter mismo de la práctica [en este caso, clínica]. En la práctica, a diferencia de la investigación, las condiciones para “resolver” los problemas son puestas cada vez, siguiendo la singularidad de los casos (Schön, 1983):

Cuando los objetivos son estables y claros, la decisión respecto de cómo actuar puede presentarse como un problema instrumental. Pero cuando los límites son confusos y conflictivos, no existe todavía ningún problema a resolver. Un conflicto de límites no puede ser resuelto mediante el uso de técnicas derivadas de la investigación aplicada. Más bien es a través del proceso no técnico del encuadre [framing] de la situación problemática, que podemos organizar y aclarar ya sea los límites a alcanzar, o bien los posibles medios para alcanzarlos (p. 41) [...].

Vamos ahora a buscar una epistemología de la práctica implícita en los procesos artísticos, intuitivos, que algunos profesionales llevan a las situaciones de incertidumbre, inestabilidad, unicidad y conflicto de valores (p. 49).

Según Schön, el terapeuta puede ser considerado un profesional que está en condiciones de resolver situaciones no estandarizadas, sino únicas, que cada vez van requiriendo una reorganización [en ciertos casos casi radical, en otros, más típicos, marginal] del campo de indagación y de trabajo. Su modo de cuestionar la situación y de interactuar con ella no es, por cierto, impuesto desde la teoría –aunque sí delimitado por ésta. Es en la práctica, en la interacción vivida y participada con los clientes, donde emerge la cualidad del ser del terapeuta. En este sentido, la teoría le sirve como un ancla útil, una serie de coordinaciones, pero que no “dicta” directamente sus movimientos en el diálogo con la situación.

Este proceso es muy diferente del que se da en una “ciencia aplicada”. En lugar de reconocer en el nuevo caso una situación exactamente idéntica a otra previa, en la que puede aplicarse un instrumento ya existente, útil para todos los ejemplos de aquel tipo de situación, el profesional produce aquello que Schön llama una “metáfora generativa”,

un pensamiento no lógico en el que la semejanza entre la situación nueva y aquella ya experimentada es metafórica: es advertida, intuita, pero no necesariamente explicitada.

Un buen terapeuta, en pocas palabras, es un terapeuta que no sigue [literalmente] al libro. En el análisis de Schön, para entender cómo operan los profesionales [terapeutas incluidos] es importante explicitar aquello que está implícito: las categorías, las ideas psicopatológicas, la redundancia observada, la “sapiencia tácita” procedural que cada profesional – por ende, también cada terapeuta sistémico – pone en su trabajo¹⁴. Lynn Hoffman (1998) entiende las ideas de Schön en el sentido que la profundización del saber tácito debiera ser *la única* llave de lectura de la terapia; de que esta exhortación es a abandonar los modelos. Pero el mismo Schön no es así de extremista. Desde su punto de vista, se puede, a lo más, encontrar una relación de tres: el profesional, la teoría y la situación en examen. El saber tácito del profesional consiste en poner el propio vagaje teórico [y la experiencia madurada en el tiempo] en *diálogo* con la situación. El profesional encuentra soluciones únicas a situaciones únicas sin desatender la teoría, sino *usándola* a la luz de la experiencia.

Enseñar [el uso de] una teoría clínica

¿En qué consiste la enseñanza de una teoría terapéutica? Intentemos dar vuelta la pregunta: ¿Qué estamos haciendo cuando enseñamos una teoría terapéutica, digamos, otra vez, la teoría sistémica? Usualmente, a primera vista, nos comportamos como si enseñáramos un conjunto limitado de proposiciones y de reglas. Y, generalmente, quien aprende adora creer la misma cosa: poder entrar a una teoría que explica absolutamente todo lo que sucede en la terapia, y que provea claras directivas sobre cómo afrontar los problemas que se presenten. Sin embargo, dado que es claro para todos [y aquellos que no lo saben lo aprenden pronto] que las teorías terapéuticas no funcionan así, el aprendizaje de la teoría sistémica se hace problemático y se crea la división entre la “teoría” y la “práctica” terapéutica, donde la teoría se convierte en una serie de cuestiones abstractas y a lo menos aburridas, mientras el hambre teórica de los terapeutas en formación tiende a ser sustituida por el desencanto y el deseo de “aprender cualquier cosa práctica” – que lleva fácilmente a una posición hoffmaniana, aunque no usada con la misma elegante lucidez de Hoffman.

Lo dicho hasta aquí tiene consecuencias diversas. Si la teoría es un *fuzzy set*, y el terapeuta interactúa con ella para construir su práctica, significa que lo que se puede enseñar, cuanto mucho, es un modo de *entrar en relación* [epistemológica] con ése *fuzzy set* que es una teoría. O, mejor aún, un modo de *manejar* la teoría [las teorías]. Se trata de enseñar el uso clínico de una teoría terapéutica en el momento de actuar en la práctica, para así facilitar la emergencia de la relación de tres: terapeuta, teoría y clientes.¹⁵

¹⁴ Esta “sapiencia tácita” (Polanyi, 1966) es muy similar a aquella que Schön (1983) define como “reflexión-en-acción”

¹⁵ Para un ejemplo sobre cómo el diálogo a tres voces entre la persona del terapeuta [o de los terapeutas], la persona del cliente [o de los clientes] y la teoría terapéutica lleva a la generación de hipótesis sistémicas, véase Bertrando y Toffanetti (2000)

Esto significa que la formación sistémica [aunque esta propuesta puede valer también para alguna otra formación en terapia] es una formación sobre el uso, sobre el diálogo con la teoría. Esto no exime – como muchos creen – del conocimiento acerca de la teoría, sino que va más allá. La teoría provee un horizonte, el límite de las posibilidades exploradas por el terapeuta que la usa; así también provee conjuntamente un repertorio de conocimientos y de movimientos. El horizonte permite al terapeuta considerarse parte de una tradición y de una orientación, el repertorio califica las cosas que hace como conectadas [en grado variable] con el modelo sistémico.¹⁶

Aunque esta puede parecer una puntualización banal, incluso superflua, a una compleja tradición formativa, las consecuencias no son sólo secundarias. Se desprende que:

1. El rol de la teoría en la formación no es secundario. Es inconcebible proponer una formación que se limite a la práctica y no indague los componentes teóricos de la terapia sistémica.
2. La teoría no es, sin embargo, concebible como una “guía” para la práctica terapéutica. La formación no puede excluir un entrenamiento en la reflexión en acción, es decir, al conjunto de conocimientos implícitos que permiten a cada terapeuta entrar en contacto con las propias referencias teóricas y usarlas en el propio diálogo con las situaciones terapéuticas.
3. También el rol de las otras teorías [aquellas con las que no nos identificamos, o que se sobreponen sólo en una mínima medida con el *fuzzy set* de la teoría sistémica] es considerable. El terapeuta debiera estar en condiciones de dialogar también con ellas, pero sin perder identidad.
4. De todas maneras conviene que al principio el terapeuta en formación se conciba a sí mismo como un “purista sistémico”, pero no en el sentido de considerar a la propia teoría como verdad: es en el sentido de buscar justamente en *aquel fuzzy set* los elementos necesarios para resolver sus problemas. A continuación, el método debiera permitirle el dialogar con *otros fuzzy set* teóricos [que es lo que tiende a ocurrirle a la gran parte de los terapeutas].

Creo que es superfluo, en este punto, extenderse sobre sus opciones formativas concretas. Las técnicas de formación con las cuales conseguir resultados similares son, sino infinitas, bastante numerosas. Lo importante es recuperar, en la formación, un sentido de la utilidad de la teoría sistémica y de su valor todavía en un mundo en el que es imposible considerarla como un faro que guía al terapeuta en cada una de sus elecciones. En el mundo posmoderno, cada elección terapéutica debe ser considerada como una elección que ocupa al terapeuta en primera persona, y no puede ser justificada por algún libro ni por algún manual: el terapeuta [sistémico o no] que opere en nuestro mundo de teorías débiles y elecciones fuertes es un terapeuta que continuamente hace elecciones éticas (Bianciardi y Bertrando, 2002). Pero aún para tal terapeuta hay un horizonte teórico y una idea del por qué ha elegido y acepta ese horizonte, lo que se convierte en un modo de reasignarle sentido al propio trabajo.

¹⁶ Para un ejemplo de cómo la visión y técnica sistémica se concretan en intervenciones específicas, véase Bertrando [en imprenta].