

Si las condiciones de formación de los terapeutas de la familia son diferentes en los tres países escandinavos, diferente es también la difusión de la terapia. En Noruega es importante en todo el sector de la psiquiatría pública, donde Andersen ha desarrollado un rol piloto; en Suecia tiene audiencia en el campo de los servicios sociales (la mayoría de sus practicantes son asistentes sociales), mientras que en Dinamarca tiene relieve sobre todo en la psiquiatría infantil.

Pero no existe sólo Europa. Stagoll (1996) delinea la historia de la terapia familiar en Australia y Nueva Zelanda, desde los años de la formación de los primeros terapeutas familiares de la zona. La mayor parte de ellos se había formado en Estados Unidos, en el tiempo en el que el psicoanálisis era la ideología dominante. Con el regreso a Oceanía y el surgimiento de las ideas cibernéticas, la perspectiva psicoterapéutica cambia significativamente. Cuenta Stagoll de haber participado junto a Michael White en un congreso en Nueva York en 1981. En esta sede se verifica la presencia de dos grupos distintos de terapeutas que denominan WHIGS (*White, Hetero, Iconoclast and God-like*: blancos, heterosexuales, iconoclastas y divinizados) y PRIGS (más jóvenes, que hablan de física, cibernética y del cambio de paradigma).

La terapia familiar australiana, de todas formas, no parece inicialmente alinearse con ninguno de estos dos grupos: pragmática, orientada a la solución de los problemas, con un estilo informal derivado del ser antigua como vocación y de haber sido una colonia. Por otra parte, Australia tiene una población con más del 40% de personas nacidas del otro lado del mar o con padres emigrados: la familia australiana, con su historia de emigración, “nació moderna”.

A este punto, la terapia familiar australiana encuentra su especificidad en una visión conformada por la ética y por la crítica. Parece que su entero y nuevo sistema de valores sea permeable de percepciones de un golpe: la idea de las minorías toma un primer plano, se trate de la situación de las feministas o de los indígenas. Resulta por lo tanto, una terapia familiar verdaderamente alternativa, con una connotación moral fuerte y una reparación no sólo psicológica, sino también estructural y que produce un posicionamiento radical en relación a la víctima, de cualquier tipo que ésta sea. A partir de 1990, estas ideas saldrán del estrecho ámbito de Oceanía y se difundirán por el mundo.

VI.

1990 – 2000: MODERNO E POSTMODERNO

CONTEXTO

Son años de transición, después de la caída del Muro de Berlín, se extingue también la Unión Soviética, el histórico enemigo del Occidente estadounidense. Con la URSS se termina además el comunismo como ideología puesta en práctica: resisten los partidos comunistas, pero en pocos espacios, entre Cuba y Corea, y algunos movimientos de neta minoría en los principales países de Europa. China, la otra grande potencia que pretende ser comunista, mantiene la ideología de Mao solamente en su aparato de imagen, evolucionando en la práctica, en una especie de capitalismo estatal y dirigido, no muy distinto del capitalismo desarrollado, por ejemplo, por Japón y otros países del Extremo Oriente. En pocas palabras: el triunfo del sistema económico occidental, que se transforma en la única hegemonía, bajo la guía de la nación que mejor lo representa los Estados Unidos. En los años del 1900, de hecho, Estados Unidos atraviesa uno de sus periódicas y profundas transformaciones.

Ya no más expuesto a la lucha contra una ideología rival, el liberalismo más o menos moderado se vuelve en una especie de “pensamiento único” al cual es imposible revelarse. “El mercado” –cada vez más citado en todos los ámbitos posibles- se transforma en el único regulador de los destinos humanos. Los mercados locales se funden en un único mercado mundial y los estados nacionales luchan por gobernar fuerzas económicas más grandes que ellos mismos: el fenómeno de la “globalización”, violento en economías poco protegidas, como países de América Latina o de Asia, más gradual en Europa, donde las viejas garantías resisten más vigorosamente (aparte de Inglaterra, ya totalmente asimilada a la ex colonia transoceánica). El recurso Europa (continental) logra encontrar finalmente, después de casi mil años, un tipo de unificación, pero bajo la elección de una moneda única, el Euro, adoptado por casi todos los países del continente al inicio de 1999. Junto a Adam Smith, John von Neuman es el segundo gran triunfador periodo, la era de la informática. Si el 1980 había visto iniciar el camino hacia el personal computer, el 1990 ve los primeros movimientos de la hegemonía de Internet, la red que permite conexión instantánea entre

computadores de todo el mundo, con sus consecuencias, entre las cuales el correo electrónico y el comercio en la red. Los teléfonos celulares permiten de intercambiar palabras permanentemente, con quien sea y donde sea. La humanidad tiende con ello a estar más conectada, con menos momentos de privacidad, dominada por la publicidad, que permea cada momento de la vida, y por los sistemas globales de comercio. Se desarrolla, en todos los campos, una cultura empresarial, mientras las metáforas comerciales comienzan a ser masificadas.

En todo el Occidente crece el número de familias con dos padres que trabajan, reduciendo al mínimo la natalidad. Al mismo tiempo aumentan fuertemente las nuevas formas de familias, como aquellas monoparentales o reconstituidas, tanto que algunos llegan a criticar el concepto monolítico mismo de “familia”, prefiriendo hablar de una pluralidad de “familias” (Fruggeri, 1997). También las familias tradicionalmente consideradas *sui generis*, como aquellas gay o lésbicas, o bien las formas provenientes de culturas no occidentales, comienzan a ser aceptadas y, por lo tanto, a transformarse en posibles objeto de terapias (Walsh, 1993).

Las nuevas condiciones económicas tienen potentes efectos sobre la vida cotidiana. Como observa Richard Sennett (1999), aquella que se define como “flexibilidad” tiende a alentar vínculos de dependencia, tanto en los efectos negativos, como en los positivos. Al mismo tiempo los valores que hasta ahora dan sentido a la vida individual y familiar de las personas (estabilidad, solidez, cohesión, sacrificio) son incoherentes con el contexto en el cual se pide contar con una capacidad de iniciar cada vez desde cero, abandonando la narración de la propia vida como constante progreso o como una forma de soportar pacientemente la adversidad.

También disminuye la cohesión social compleja, sustituida por el refugiarse en lo “privado”, desvinculado del resto de la sociedad. El número de divorcios crece, junto a la insatisfacción por la vida de pareja. Pero no, como se pudiera imaginar, porque las personas no buscan relaciones profundas, sino justamente porque buscan todas las relaciones con una cierta profundidad en la pura y simple “intimidad”, perdiendo casi del todo una dimensión más amplia. Todas las exigencias de intimidad y afecto recaen en la familia, pero a la familia le cuesta mantener su propia solidez en este aislamiento (véase Coontz, 1992).

La influencia de un clima caótico, verdaderamente de fin de milenio, sobre la psicología y psiquiatría (y sobre todo sobre la terapia familiar) es enorme. Bajo la influencia del dominante economicismo, todas las formas de terapia tienden a ser evaluadas exclusivamente en términos de beneficio

inmediato. Las tendencias económicas, junto a los descubrimientos en el campo de la medicina y la biología, influyen sobre todo a la psiquiatría, mientras que la psicología y la terapia familiar son más sensibles a los cambios culturales, como la emergente sensibilidad postmoderna. En lo que respecta, más específicamente a la terapia familiar, en un mundo cada vez más individualista y competitivo, es difícil hacer referencia a muchos de sus valores fundantes, como el consenso, la solidaridad, la lealtad. En cierto sentido, hacer terapia individual en este contexto es más fácil (y no por nada los modelos terapéuticos prevalecientes en esta década muestran una cierta tendencia al individualismo). La terapia familiar deberá modificarse profundamente para responder a este desafío.

Psiquiatría y psicología

Se desarrolla en estos años un verdadero divorcio entre psiquiatría y psicoterapia. Al mismo tiempo, ambiciosos proyectos como el Human Genome Research Project, que busca determinar en menos de 20 años el mapa completo del gen humano, facilitan el surgimiento en la cultura occidental de un pensamiento que Nelkin y Linde (1995) definen como “esencialismo genético”:

El esencialismo genético reduce el Sí mismo a una entidad molecular, igualando los seres humanos, con toda su complejidad social, histórica y moral, a sus genes. En la cultura popular el DNA funciona, en muchos aspectos, como un equivalente del alma cristiana (Nelkin y Linde, 1995).

El proceso concuerda bastante con una sociedad de individuos en la cual las diferencias son explicadas en términos de esencia inmutable más que estar adscritos a una sociedad: los problemas son problemas privados (de origen biológica). Esto quita razón a la idea de una intervención social y psicológica. Antes de la mitad de la década, la metamorfosis ya se ha cumplido. Como la biología, también la psiquiatría biológica se transforma en una *ideología*. Si, frecuentemente en los años anteriores, las evidencias biológicas habían sido perjudicadas en favor de las hipótesis ambientalistas, ahora se perjudican todas las evidencias ambientales porque lo que se investiga es puramente biológico. Algunos importantes estudios internacionales, por ejemplo, concluyen que la palabra de los padres afectados de esquizofrenia es más predispuesta a desarrollar un disturbo cuando sucede en familias adoptivas con problemas o disfunciones comunicativas manifiestas (Wynne et al., 1976; Tienari et al., 1987). Estos

datos van a favor de la variable relacional: una vulnerabilidad hereditaria o adquirida en el periodo prenatal otorga una tendencia a transformarse en sintomatología manifiesta bajo la acción de *específicos* factores ambientalistas estresantes. Inclusive, investigaciones de este género, tienden a ser poco consideradas porque son contrarias a la ideología dominante.

En el campo terapéutico, aquello significa que están siendo favorecidas las tendencias de “no a la terapia”, sino a la “rehabilitación” de personas consideradas crónicamente e irreversiblemente enfermas, o bien al uso de las curas biológicas favoritas de esta década, los psicofármacos: una molécula antidepresiva, la Fluoxetina, es promovida como “la píldora de la felicidad”. Duncan, Miller y Sparkc (2000) notan que las casas farmacéuticas estadounidenses han gastado, en 1992, cinco mil millones de dólares, sólo en promoción. La potencia de la publicidad, junto a la fuerza de la ideología, determinan el triunfo de los psicofármacos. Las posibilidades de afirmación de la psicoterapia, en comparación, son infinitamente menores (véase Lehman, 2000).

Definitivamente operacionalizada, la psiquiatría tiende a tolerar sobre todo intervenciones terapéuticas que siguen un estrecho protocolo, replicables sin necesidad de prácticas demasiado extensas, que puedan ser delegadas a figuras institucionales aparte de los mismos psiquiatras, considerado el encargado de seguir más que nada el tema de los medicamentos, o aparte de los psicólogos, considerados demasiado costosos. La exigencia de seguir un manual de tratamiento es coherente con otra revolución que golpea la psicoterapia americana en estos años: también acá, como en cada esfera, la economía se transforma en un aspecto preponderante. En los Estados Unidos, asume la forma de *managed care*. Toman gran relieve las omnipresentes Health Management Organizations (HMO), que se vuelven en las más importantes agencias distribuidoras de tratamientos psicológicos o psiquiátricos, incluida la psicoterapia. Si, anteriormente, el control ejercido buscaba evitar tarifas francamente excesivas, ahora el acento cambia. Se busca optimizar el tratamiento integrando los diferentes momentos terapéuticos (hospitalizaciones, terapias ambulatorias, rehabilitaciones y así sucesivamente) y confiando la gestión a un *manager*, que no es un terapeuta y que responde directamente a la organización. Si algún terapeuta no responde a las recomendaciones del *case manager* queda sencillamente excluido de la posibilidad de reembolso y no le resta nada más que el privado (libre mercado). De este modo, la titularidad de las acciones terapéuticas pasa del terapeuta individual a la

HMO, que puede, por ejemplo, decidir si usar farmacoterapia o psicoterapia, o bien imponer un número máximo de sesiones, independientemente de las ideas del terapeuta (Vanderboos et al., 1992).

Esto acarrea consecuencias importantes. Las terapias de larga duración, salen de los planes de tratamiento del HMO, transformándose en no reembolsables ni siquiera por las aseguraciones privadas. Médicos y psicólogos pierden la titularidad de los propios tratamientos; ya no pueden decidir por iniciativa propia cuál será el tratamiento más indicado, sino que deben atenerse a protocolos preexistentes y después obtener la aprobación de parte de un *vase manager*. Si un problema no es tratable con intervenciones breves, como el caso de los disturbios borderline de personalidad: éste no será cubierto por las aseguraciones.

En Europa, esta tendencia conduce a una progresiva restricción de los balances sanitarios, replicando, pero a velocidad mayor, lo que había sucedido en Estados Unidos 20 años antes. No es posible probar la intervención pública en la sanidad, pero se pueden reducir dramáticamente los gastos.

La década se presenta difícil. Por muchas razones, su tema es la sobrevivencia, el modo para las terapias familiares (y para los terapeutas que la practican) es el sobrevivir en un ambiente menos favorable que nunca a la concepción misma de la terapia familiar. Diferentes caminos fueron adoptados, algunos escogieron aceptar la psiquiatría biológica tal como es y ganarse un espacio (es el caso de muchas terapias integrativas y las intervenciones psicoeducativas). Otros deciden aceptar los vínculos en relación a los gastos y hacen terapias cada vez más breves y esenciales (como las terapias orientadas a la solución). Otros incluso aceptan la imposibilidad de cambiar las personas (y los contextos) y se limitan a proporcionar una posibilidad a las personas de hablar y de ser escuchadas (es el caso de las terapias conversacionales).

Teoría

La teoría de referencia para la terapia familiar sufre en estos años una fuerte revolución, tanto que muchos manuales del periodo, como el de Nichols y Schwrtz (1998), dedican inclusive una sección separada a la terapia después de 1990, como para afirmar una radical diferencia respecto a todo lo que había sucedido antes. Y, de hecho, muchas de las metáforas sobre las cuales se había fundado la terapia familiar caen en discusión, o bien son radicalmente reformuladas. La cibernética y la teoría de los

sistemas son puestas en discusión, junto a gran parte de las teorías normativas en las cuales se fundan los modelos, como aquellos estructurales o los bowenianos. No se puede ni siquiera decir que esta es una característica solamente de la terapia familiar: también el psicoanálisis atraviesa una mutación análoga, dividiéndose en psicoanálisis tradicional y “nuevo psicoanálisis”, que tiene la pretensión científica y la metapsicología, para focalizarse sobre el *proceso* psicoanalítico (véase Eagle, 1999). Análoga –y quizás aún más radical- son las posiciones de los terapeutas familiares más críticos, que se acercan sobre todo al postmoderno y al construccionismo social.

Postmoderno

Según los creadores del término, Francois Lyotard (1979): “El postmoderno es un profundo escepticismo sobre la validez universal de cada componente narrativo singular o versión teórica de cada situación humana”. La “condición postmoderna” es hija, antes que nada, del mutado contexto tecnológico. La presencia cada vez más persuasiva de las tecnologías de “saturación social” (Gergen, 1991) termina por hacer a las personas cada vez más solicitadas y, conjuntamente, cada vez más escépticas acerca de los fundamentos de su propia vida. El continuo flujo de información y modelos de vida proveniente de diversos medios de comunicación modifica la identidad, que tiene a hacerse más difusa, múltiple, fluctuante, desunida, privada de aquel centro fuerte que había sido característico de la época moderna (Rosenau, 1992).

Las nuevas condiciones de producción, además, contribuyen a afirmar esta percepción del Sí mismo. El Sí mismo postmoderno, con todo su sentido de desordenada inestabilidad, con su falta de un centro y de una única narración coherente, se coloca perfectamente al interno de la precariedad que caracteriza la economía de la década. La flexibilidad es mejor actuada por personas que se viven como descentradas y en constante flujo (Sennett, 1999, pág 134).

Sin embargo, aunque se trata de una condición existencia que ninguno puede escapar, el postmodernismo es también una importante posición teórica, o más bien una posición cultural, a cuya evolución han contribuido diversas disciplinas: la filosofía (Lyotard, 1979; Vattimo y Rovatti, 1983), la psicología social (Gergen, 1985; Sampson, 1989; Shotter, 1989), la crítica literaria (Barthes, 1979; Derrida, 1976), el movimiento feminista

(Flax, 1990, Hare-Mustin y Maracek, 1988), la hermenéutica (Ricoeur, 1979; Gadamer, 1961) y la etnografía (Clifford y Marcus, 1986).

El postmodernismo se pone como un desafío a una serie de hipótesis sobre el conocimiento, en relación a la sociedad y a la cultura, pero también a la naturaleza del individuo y al conocimiento de la verdad. El rechazo de las grandes “metanarraciones”, los sistemas globales que explican lo existente, se extiende hasta las teorías psicológicas y terapéuticas, como el psicoanálisis, la psicología genética piagetiana, y la misma teoría de sistemas. El pensamiento postmoderno se concentra sobre aspectos “locales” y tradicionales de la comunicación, sobre las micronarrativas sin pretensiones de veracidad, absoluteza o universalidad. La “genealogía” sustituye a la historia única y progresiva (Foucault, 1966), un proceso fluido que también aquello que se encuentra disperso, marginal, alternativo. No existe una verdad que tenga valor absoluto, sino que existen verdades que tienen un valor y una validez local, al interno del propio paradigma, o mejor dicho, de la comunidad en la cual son promulgadas.

Otra importante implicación la centralidad del análisis de los juegos de poder entre actores sociales. La pretensión de universalidad de un determinado sistema de pensamiento es interpretada por los postmodernos como una maniobra en un juego de poder represivo, que tiende a anticipar otros componentes narrativos de igual dignidad. El pensamiento postmoderno es, por lo tanto, un pensamiento deconstruccionista, que busca distanciarse y declararse escéptico acerca de los conceptos como verdad, conocimiento, poder, Sí mismo y lenguaje y tiene entre sus antepasados en Kant, Husserl, Heidegger y Wittgenstein.

A la visión postmoderna, sin embargo, basada en la reflexividad y la recursividad, le cuesta evitar las paradojas, que surgen sobre todo si la idea postmoderna es leída en sentido prescriptivo, como una serie de imperativos categóricos. El hecho es que, el significado mismo del término postmoderno, no es para nada claro y definido, esto hace que su colocación histórica sea también controvertida. Algunos autores (Mecacci, 1998) sostienen que moderno y postmoderno no son dos fases cronológicas en la evolución del pensamiento, sino dos modos antitéticos, para ambos con la necesidad ver la realidad y el conocimiento: ninguno de los dos podría existir sin el otro.

Es un hecho que el terapeuta que quiera ser postmoderno se encuentra rápidamente inmerso en una serie de prescripciones paradójicas. Debe ver todas las narraciones como igualmente válidas (por lo tanto todas igualmente verdaderas –o no verdaderas, que sería lo mismo-). Pero esto

podría conducir, por ejemplo, a sostener que los problemas ligados al género o las cuestiones de violencia y de abuso son “historias como todas las otras”, por ende sujetas a su vez al relativismo. Afirmaciones similares, aún que suenen aberrantes, serían perfectamente legítimas al interior del marco postmoderno. Es necesario entonces, para los terapeutas, encontrar un encuadre que les garantice algunos puntos de referencia.

Construccionismo social

Gergen (1999) considera el postmoderno como *pars destruens* de una visión del mundo que encuentra su *pars costruens* en el construccionismo social, una perspectiva epistemológica que asume importancia en los estados Unidos al rededor del 1990. En la óptica construccionista, los significados y la identidad nacen en un contexto desde el principio relacional; el Sí mismo crece al interno de los intercambios y de las conversaciones en las cuales estamos insertos y la identidad y el resultado de las narraciones que al interno de tales *danzas* conversacionales cada uno de nosotros escribe. Frecuentemente confundido (por los terapeutas) con el constructivismo (véase Hoffman, 1990) el construccionismo se diferencia por un menor mentalismo y una mayor importancia atribuida a la interacción.

Similitudes y diferencias entre constructivismo y construccionismo

Similitudes

- El saber es una construcción de la mente
- El conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente de nosotros
- Aquello que se observa no es una entidad en sí misma y separada de quien observa (dualismo sujeto/objeto)

Diferencias

- Para el constructivismo la mente y la realidad construida reside en el sujeto, mientras que para el construccionismo reside en las relaciones sociales y en la construcción de significado a través del lenguaje.
- Para el constructivismo mente y realidad parecen ser todavía ligadas a una “ontología” lingüística que le denomina como entidad; para el construccionismo participan de las diferentes formas de relaciones.

En otros términos, mientras el constructivismo pone el acento sobre el observador y sus constructos mentales, el construccionismo social pone en primer plano la idea de relación, vista como expresión no de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje y de significado

Constructivismos y construccionismos

- *Constructivismo radical*: perspectiva con profundas raíces en la filosofía racionalista, que subraya el modo en el cual la mente individual construye aquella que considera la realidad. Entre los exponentes, estudiosos como Calude Lévi-Straus, Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld.
- *Constructivismo*: versión más moderada en la cual la mente construye la realidad, pero dentro de una relación más sistemática con el mundo externo. Entre los representantes, Jean Piaget y George Kelly.
- *Constructivismo social*: sostiene que, si la mente construye la realidad en su relación con el mundo, el proceso mental es significativamente informado por las influencias de las relaciones sociales. Los trabajos de Lev Vygotsky y Jerome Bruner son un ejemplo de ello, mientras que los de Srge Moscovici sobre las representaciones sociales dan mayor importancia a las convenciones sociales.
- *Construccionismo social*: el acento está sobre el discurso como vehículo a través del cual el sujeto se articula con el mundo, y sobre el modo a través del cual el discurso opera en las relaciones sociales. Entre sus exponentes, Kenneth Gergen y John Shoter.
- *Construccionismo sociológico*: subraya sobre todo el modo según el cual la comprensión del Sí mismo y del mundo es influenciada por el poder que ejerce las estructuras sociales (como la escuela, la ciencia, el gobierno) sobre las personas. Un ejemplo de ellos son los trabajos de Henri Giroux y Nikolas Rose.

El construccionismo sostiene la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad o una voz interna. Cada idea, cada concepto nace sólo en función del intercambio social, mediado por el lenguaje. De este modo, el construccionismo social se pone como una teoría fuertemente logocéntrica. Gergen por ejemplo escribe:

Los patrones de acción son típicamente interceptados como modalidades de discurso. Decir: “Me importas mucho” implica que de ello seguirá un particular esquema de acción (por ejemplo mantener el contacto, apoyo) y otros serán excluidos (por ejemplo, evitación, comentarios hostiles). Así, si deseamos cambiar los esquemas de acción, un modo significativo de hacerlo es alterar las formas de discurso –el modo según el cual los eventos son descritos, explicados o interpretados(Gergen, 1999, pág. 115) .

A esto le sigue un modo consecuente de concebir el cambio diametralmente opuesto a aquello sostenido por los terapeutas de orientación cibernética de las décadas precedentes. Para ellos, cambiando el patrón de acción se podía cambiar el modo de pensar y de hablar. Los terapeutas que se adscriben al construccionismo invierten el acento, creando la terapia más centrada sobre el lenguaje en toda la historia de la terapia familiar. Las raíces cibernéticas, con sus residuos neopositivistas, es de esta forma abandonada a favor de una posición que se orienta a la crítica literaria y a la hermenéutica, o sea a la interpretación textual (“el vuelco interpretativo”). Tarea del terapeuta será la creación ilimitada de nuevo sentido (de nuevas historias) teniendo abierta una conversación (Anderson y Goolishian, 1992). De este modo, el acento pasa desde el *contexto* de Bateson al *texto* de Derrida, que se transforma en la metáfora fundamental de las nuevas orientaciones.

En definitiva, según la aproximación construccionista, la terapia debe ser generadora de múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre la cual se apoya la identidad de los clientes. El terapeuta es cada vez menos protagonista. Siendo el sabe socialmente construido, de hecho, no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pueda “descubrir”: la narrativa surgirá de la conversación sin que el terapeuta sea el autor.

El terapeuta construccionista está mucho más atento a la política de poder en el cual su trabajo se inserta. Según Ian Hacking (1999), el construccionismo social implica siempre un cierto grado de crítica política del existente, que puede ir desde la simple ironía a una versión reformista, hasta la rebelión y a la revolución: el “nacimiento silencioso” del construccionismo, después de todo, es indicado por Gergen justamente en los críticos años 1960. cada vez que un construccionista se ocupa de un fenómeno, es descontado que el fenómeno del cual se habla (la identidad, el género, la psicopatología) es de cierta forma indeseable y debería ser suspendido, o al menos superado. La terapia construccionista, así, mira a la sustitución de algunas ideas sujetas al discurso social.

Sin embargo, desde el momento en que en el ámbito anglosajón, del cual provienen tantos innovadores de la terapia familiar del periodo, es imposible pensar a cambios sociales y políticos que pongan en discusión las reglas de la economía, la única posibilidad es obtener cambios ni siquiera a nivel microsociales, sino incluso sencillamente a nivel lingüístico: se puede leer, en este enfoque, el rendirse ante la imposibilidad de obtener cambios sustanciales. Es como si, parafraseando a Marx, se dijera: “hasta ahora los terapeutas se han ocupado de cambiar las familias y no el mundo: ahora se trata de describirlas”. Veremos en el curso de este capítulo como la crítica construccionista ha sido llevada a una serie de fenómenos característicos de la terapia, según el esquema presentado en esta tabla:

Puntos claves de las terapias construccionistas	
1.	El sistema no es una realidad de hecho autónoma e independiente, sino una <i>realidad de significado</i> producida, entre otras cosas, por el acto cognoscitivo del terapeuta.
2.	La metáfora hermenéutica de la historia y de la <i>vida como un texto</i> (el mapa o sistema de Bateson con un agregado de la dimensión del tiempo) es un instrumento cognoscitivo eficaz para describir la vida.
3.	La verdad objetiva deja el espacio a un multiverso o pluralidad de las ideas.
4.	La idea de la familia como sistema homeostático deja el campo a la visión de sistemas sociales generativos, en los cuales los estados de desequilibrio son útiles y normales.
5.	La familia es vista como un sistema social organizador de problemas que serán después mediados a través del lenguaje.
6.	La <i>mutua construcción de lo real</i> (clientes-terapeutas) es la metodología de base para la terapia.
7.	Nace una perspectiva “horizontal” en la cual el terapeuta comparte la responsabilidad con el cliente, suplantando la idea de terapia jerárquica con un terapeuta/experto.

Modelos

El postmodernismo, al final de cuentas, es un desafío a la sobrevivencia de la terapia familiar, así como lo es también las mutaciones de las condiciones económicas que circundan y determinan la actividad de los terapeutas. De esta manera, podemos leer las variadas formas de terapia surgidas o consolidadas en el transcurso de la década como un modo de responde a la ansiedad generada por la ausencia de fundamentos derivada

de la concepción postmoderna. Los diversos modelos de terapia familiar responden al desafío de manera diferente.

El primero –y por muchos motivos el más fácil– consiste en el encerrarse en su propio modelo, no cuidando de ningún modo el cambio al postmodernismo. Se comportan de este modo gran parte de las terapias que se han consolidado definitivamente y han alcanzado un punto máximo de evolución. Como veremos, esta es una característica constante para los estudios y las figuras “históricas” del periodo. Refleja probablemente la asimilación cumplida de ciertas ideas al interior del campo de las terapias familiar. Esto vale en primer lugar para la diferentes escuelas de matriz psicoanalítica (mientras algunos terapeutas eclécticos redescubren conceptos psicoanalíticos, pero utilizados con cierta desenvoltura: véase Larner, 2000).

Lo mismo sucede a las escuelas intergeneracionales consolidadas. Los conceptos de la terapia boweniana y de la escuela contextual, son ya un patrimonio común, sobre todo, después que Nagy y Ullrich (1981) por un lado, Kerr y Bowen (1988) por el otro, han ofrecido una sistematización, casi definitiva, de sus respectivas ideas. También los terapeutas menos rigurosamente intergeneracionales, como Andolfi, parecen sobre todo intencionados a moderar el rigor teórico y a hacer más transmisible los conceptos base de su práctica (Andolfi, 2000, comunicación personal). El hecho es que las terapias intergeneracionales se rehacen a una especie de *historia natural* de la familia, que lo hace inevitablemente “modernista”: las generaciones *deben* ser importantes y la herencia pasada *debe* ser considerada una realidad. Así, los terapeutas amantes del postmodernismo van más allá, pero sin renunciar a muchos conceptos elaborados por Bowen, Nagy o Framo. Desenvueltos en la apropiación de las ideas o de las técnicas, los postmodernos se limitan a rechazar la globalidad de las teorías y aquellas intergeneracionales para que no escapen a su *bricolage*.

Deja de evolucionar en este periodo, también la lección de los grandes profetas de la terapia estratégica. Las novedades ya no llegan del MRI o del Instituto de Haley, definitivamente apropiado de Cloé Madanes. También para ellos se puede considerar concluido el proceso de asimilación. Huellas de su praxis (o al menos de su teoría) residen en todas las variaciones de las terapias sistémicas o estratégicas, aunque si generalmente la deuda no es reconocida o bien es negada: los terapeutas narrativos en parte ignoran el pasado sistémico de White, y aún más el (reciente) pasado estratégico de Epston (Epston, 1989).

Es así como gran parte de las escuelas que habían hecho la historia de la terapia familiar entran en un estado de inactividad. No todas: la segunda reacción de frente al desafío postmoderno consiste en el oponerse activamente, a través de un regreso a certezas modernistas y modos de pensar “científicos”. Es el caso de todos los terapeutas comportamentales, incluso también de aquellos autores que, al interior de modelos consolidados, se rehacen a las teorías del cognitivismo, además de que sus miembros practican la psicoeducación. Sin embargo, existen versiones más sofisticadas y complejas de esta aproximación. Por ejemplo, las diferentes terapias, en gran parte inéditas o de todas formas innovativas, que recuperan la teoría exquisitamente modernista del Apego, encontrando en cúmulo de datos experimentales de Bowlby y de sus seguidores, una fuerte legitimación para una práctica familiar intergeneracional nueva.

Más interesantes, en una perspectiva histórica, son las vías del postmodernismo que aceptan y hacen propias los muchos dilemas. La primera vía consiste en el desinteresarse por la naturaleza y la historia de los problemas, conduciendo directamente a los clientes a un futuro que no les contemple. Es la terapia centrada en las soluciones, actualización de la terapia estratégica que encuentra numerosos seguidores, sobre todo en la América hambrienta de terapias breves. La segunda concentra la atención sobre la condición “desaventajada” de parte de los clientes y sobre la amplificación de sus historias y de sus conocimientos: se trata de la terapia narrativa, que adquiere una preeminencia en la primera mitad de la década, llevando por primera vez a la luz, naciones hasta ahora marginadas como Australia y Nueva Zelanda. La tercera vía, prevee la democratización del equipo terapéutico, haciendo a los clientes partícipes de todo el trabajo terapéutico. Es el *reflecting team*, que de una simple técnica evoluciona rápidamente hacia una completa visión de la terapia. La última, es la aceptación total del punto de vista del cliente, minimizando la intervención del terapeuta: es el camino que toman las terapias conversacionales, en particular aquellas que prevén para el terapeuta una posición de “no saber”. Es una verdadera proliferación de terapias que, aún habiendo nacido, todas desde la tradición sistémica o estratégica, se califican como distintas: postmodernas, narrativas, conversacionales o constructivas, según el término de Maichael Hoyt (1998).

Otra vía para escapar de las insidiosas premisas del postmodernismo es confiar al tema de la integración. En esta visión, la idea integrativa no tiene más solamente el valor pragmático de los años anteriores, sino que adquiere uno teórico: si no más aceptables las grandes metanarrativas (aquellas que

justificaban el purismo teórico), entonces es posible mezclar cada modelo con otro sin preocuparse excesivamente de la coherencia. Se podría decir que, sobre el noble ejemplo de Minuchin citado en el capítulo anterior, muchos clásicos jefes de escuelas se alían con esta tendencia, que no por nada Broderick y Schrader (1991) habían considerado emergente para esta década. La verdadera frontera de la integración en terapia es aquella de la contaminación entre terapias familiares (en sentido estricto) y consultoría sanitaria, médica y hospitalaria. Aquí la instrucción inicial había sucedido pocos años antes de Lyman Wynne, autor de un importante libro sobre la consultoría sistémica (Wynne et al., 1986), mientras Don Bloch había fundado, en 1981, la revista *Family Systemz Medicine*. En sus ideas se basan Cleveland Shields y Susan McDaniels, con una serie de importantes artículos, la creación de una red para la consultoría familiar en medicina, y sobre todo el ponderoso manual *Integrating Family therapy*, editado por la American Psychological Association (Mikesell et al., 1995).

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS E INTERGENERACIONALES

Terapia del Apego

Después de haber influenciado de paso la génesis de todas las terapias familiares, el trabajo de John Bowlby favorece, a través de la Tavistock Clinic, todas las peculiares formas británicas de terapia, pragmáticas y eclécticas.¹ No obstante Bowlby mismo considera su propio trabajo comentario al psicoanálisis, muchos otros comenzaron a verlo como alternativo. En particular la mole de datos experimentales producidos por Mary Main, Patricia Crittenden, Amry Ainsworth, Margaret Rither y Jeremy Holmes, activa el interés de los psicólogos académicos y, a través de ellos, de los terapeutas cognitivos, en la búsqueda de una teoría del desarrollo alternativa a la freudiana. Es por esto que al Apego se dirigen también los terapeutas familiares más escépticos de frente al postmodernismo, en particular aquellos de orientación intergeneracional: una persona que ha tenido una buena relación de Apego con sus padres logrará a transmitir la propia seguridad a sus hijos; mientras, si el Apego ha sido inseguro, ambivalente o negativo, será ésta la forma de las relaciones que entablará con sus hijos, que a su vez desarrollarán un análogo estilo relacional y así sucesivamente a través de generaciones. Tomando los

¹ Para una síntesis, véase Holmes (1993).

movimientos de estas adquisiciones, los nuevos terapeutas familiares del Apego contaminan las ideas de Bowlby y las investigaciones de sus seguidores más ortodoxos con ideas que provienen de la tradición de la terapia familiar, obteniendo algo de inédito.

John Byng-Hall

“La familia es una imagen cultural construida a partir de individuos reales, y también, a veces, de antepasados míticos” (Bertaux y Thompson, 1993, pág. 2). La familia no es tanto el lugar donde se transmite una cultura, sino que es una cultura misma; un conjunto de historias y mitos, que se transmiten a través de generaciones, moduladas de manera diferente según el contacto con la cultura dominante y también según los deseos y las conveniencias de cada generación. La idea de que la familia consista sobre todo en una transmisión de cultura ha de todas formas coexistido con las principales corrientes, recibiendo diferentes definiciones: mito familiar (Ferreira, 1961), paradigma familiar (Reiss, 1981), hasta la definición de copión familiar (*Family script*), propuesta por John Byng-Hall (1988), un terapeuta nacido y crecido en la Tavistock Clinic.

El mito, pariente próximo de la concepción de Byng-Hall, es una historia que pierde, en el tiempo, su historicidad, para transformarse en una suerte de paradigma que se repropone en precisas situaciones familiares. Al mismo tiempo, define la familia como una máxima aráldica, no necesariamente positiva: el mito es un lamento fundante de la identidad del grupo. Como las fábulas según Propp (1928), los mitos familiares se organizan según pocos elementos simples y basilares de las transacciones humanas: pérdida, separación, abandono, individuación, nutrición y privación. No sólo: los mitos tienden a confiar *roles*, en el sentido teatral del término, a los miembros de la familia. El mito termina por crear una especie de copión que los miembros de la familia están obligados a actuar: resalta la cohesión, pero debe ser preservado con el costo de las eventuales elecciones o autonomías individuales (véase también Andolfi y Angelo (1987).

A Byng-Hall se le delegó la tarea de integrar las teorías del mito familiar con las del Apego. En esto ha sido sin dudas facilitado del hecho de haber un rico mito familiar al cual evocar, un mito que ha relatado más de una vez: la historia del Admirable Byng, que funda sus raíces en la gloria de la marina Británica (aparece, apenas revelado, en el *Candido* de Voltaire).

Aquí está el efecto del mito (del copión) del admirable Byng sobre su lejano descendiente:

El admirable Byng era uno de nuestros antepasados. Lo enviaron, poco armado, a socorrer Minorca, que había sido asediada por los franceses. Cuando llegó, la flota francesa era tan impactante que hizo la cosa más razonable, o sea, mantenerse fuera de la mira de sus cañones. Disparar algunos golpes y regresar. Desafortunadamente fue después juzgado como cobarde y fusilado sobre su propio puesto de comando. [...] Con sorpresa, descubrí que esta historia, que había considerado una simple curiosidad, se legaba de manera muy convincente a muchas áreas de mi vida. [...] Sucesivamente, me preocupé de las relaciones “demasiado cercanas/demasiado distantes”, en las cuales no existe una posición cómoda, ya que se es bastante lejos como para evitar el miedo de acercarse demasiado, entonces se está demasiado lejos. En la leyenda, esto era su dilema Byng. (Byng.Hall, 1988, pág. 169 – 171).

Así un mito familiar, reenviado a través de generaciones en generaciones, puede influenciar no sólo la vida de un terapeuta, sino inclusive sus teorías. El copión familiar se puede definir como el conjunto de las expectativas, de parte de la familia, del modo en el cual los roles deben ser representantes en los varios contextos. Si el terapeuta revela la naturaleza recíproca del vínculo de Apego que se realiza a través de la codificación del copión, la familia puede encontrar conjuntamente maneras alternativas para desarrollar los mejores vínculos de Apego.

Técnicamente, las adquisiciones de Byng-Hall se concretan en un estilo ecléctico, de marca británica, que se inspira, además de las ideas bowlbianas en la praxis psicoanalítica, también en Minuchin y Selvini Palazzoli. El trabajo de Byng-Hall, digno continuador de la tradición pragmática inglesa de Skynner, al interior de la Tavistock Clinic de Londres es tan apreciado se transforma en director justamente en esta década.

Jeri Doane y Diana Diamond

Jeri Doane nace investigadora, con el grupo de Michael Goldstein en la UCLA, para el cual construye una medida análoga de la emotividad expresa, pero desarrollada durante la interacción cara a cara entre los miembros de una familia, el *affective style* (Doane et al., 1981).

Tranferiéndose a Yale en 1987, inicia a interesarse cada vez más en la terapia, primero que nada en esquizofrénicos (tal como determina la tradición psicoeducativa), pasando después a familias de jóvenes diagnosticados como borderline, con los cuales el trabajo psicoeducativo es

más difícil. Para responder a estas interrogativas, pone en acto una investigación. Doane lo hace junto a la colega Diana Diamond, que se interesa desde hace tiempo en el Apego y que ha construido una evaluación del mismo a través de el *Five Minute Speech Sample*. El resultado de la investigación (véase Diamond y Doane, 1994) es una inédita tipología familiar que tiene en cuenta no sólo la expresión emotiva, sino además los patrones de Apego entre los padres e hijos y entre los padres y sus padres, introduciendo así por primera vez en este género de investigaciones un patrón trigeneracional. La tipología prevee tres tipos de familias: familias de baja intensidad, que corresponden a familias de baja intensidad emotiva expresa, familias de alta intensidad, que corresponden a aquellas de alta emotividad expresa y familias desconectadas, en las cuales, independientemente de la emotividad expresa, se evidencia un disturbo de los patrones de Apego intergeneracional.

Las concepciones de Doane e Diamond tiende a integrar tres dimensiones diferentes: la psicopatología considerada independiente de las transacciones familiares y de probable matriz biológica; el Apego, considerado el fundamento de la intimidad familiar; la emotividad expresa y la capacidad de problem-solving conjunta, consideradas un punto maduro de desarrollo familiar. Referencia base es el modelo epigenético de las transacciones familiares propuestas por Lyman Wynne (1984).

Resultado operativo de su trabajo es una intervención a más estadios: para las familias a baja intensidad será suficiente un trabajo consulencial e informativo; para aquellas de alta intensidad se necesitará una fuerte psicoeducación, con el objetivo de reducir la alta emotividad expresa; a las familias desconectadas está destinada una intervención más profunda, del todo terapéutica, que mira a construir, antes que reconstruir, los vínculos de Apego dañados o inexistentes. A los pacientes, a los portadores del problema, está de todas formas reservado una intervención individual, generalmente farmacológica. Vale la pena recordar, de todas formas, al menos una de sus técnicas, la “entrevista intergeneracional”: se convoca al hijo problemático junto a uno sólo de sus padres y el terapeuta entrevista al padre haciéndole relatar la historia de su relación con la familia de origen. El hijo es, en esta sesión, sólo un espectador, de esta forma puede desarrollar cierta solidaridad y empatía con el padre, que no es solamente la persona fría y desinteresada de la cual el hijo ha siempre hablado, sino una persona que había sufrido sus dificultades en la vida. Es también un modo para ayudar a las personas a relatarse las unas a las otras, como quizás no lo

habían hecho nunca antes (a testimonio de la ubicación igualitaria en estos años, de la visión narrativa).

TERAPIAS ESTRATEGICAS Y SISTEMICAS

Terapia estratégica

*Steve De Shazer*²

Es probable que , entre todos los terapeutas de la última generación, el más pronto a reconocer la deuda con los maestros sea Steve De Shazer, que se pone junto a ellos como continuador y como fundador de una nueva teoría y técnica, definida “terapia orientada a las soluciones” (De Shazer, 1985, 1988, 1991). El modelo deriva por filiación directa de aquel del MRI, pero lleva al extremo límite el acento sobre los recursos de los clientes y el interés hacia el lenguaje, manteniendo al mismo tiempo los requisitos de practicidad, simplicidad y brevedad.

Clínico con muchas lecturas y poca práctica, alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, en los años en torno al 1970, De Shazer recuerda la influencia de un maestro modesto y retirado, John Weakland, cuya claridad y simpleza ayudan a De Shazer a delinear la propia practica psicoterapéutica. Vecino de casa de Watzlawick, De Shazer trabaja por un cierto periodo en el MRI, pero inicia a ser mayormente fascinado por los infinitos casos clínicos de Milton Erickson, y descubre algo fundamentalmente diferente del trabajo preciso y geométrico del MRI, la idea de inducir voluntariamente confusión, en vez de claridad:

Armado de pocas y simples ideas, que no conviene buscar la claridad donde no está, y de todas formas quizás no es el caso de forzar demasiado a los clientes, De Shazer se transfiere en el *midwest* americano, y en Milwaukee, en 1982, constituye su propio Brief family Therapy Center (BFTC). Reúne a su alrededor un grupo pequeño, en el cual Wally Gingerich es un metodólogo e investigador, Alex Molnar un sociólogo con intereses antropológicos, mientras que Insoo Kim Berg es la terapeuta por excelencia del grupo y será quien inspirará gran parte de las adquisiciones técnicas del Centro.

El trabajo de éste Centro conduce a De Shazer a buscar un modo de conciliar las tendencias manipulativas de las terapias estratégicas con la

idea que de verdad “los clientes saben más”. En esta perspectiva, pierde progresivamente importancia la idea de hacer hipótesis acerca de lo que sucede, para pasar a una pura y sencilla observación, según los antiguos dictámenes de Weakland. En definitiva, De Shazer llega a la idea fundamental de toda su terapia: que el proceso terapéutico no es diagnóstico, sino puramente curativo. Dicho de otra manera, que es importante no determinar los problemas, sino sencillamente encontrar soluciones, que no necesariamente deben tener una estrecha relación con los problemas.

El resultado perseguido es obtenido, indagando cuidadosamente los eventos positivos en la vida de los clientes: el cliente descubre así que *esta ya haciendo algo* positivo o deseable, recuperando así el control sobre sus mismos actos (Cade y O’Hanlon, 1993). De este modo, la terapia estratégica encuentra una confluencia (en principio completamente inconciente) con la investigación de los *unique outcomes* en la terapia narrativa de White y Eptson (1989). Al mismo tiempo, la preeminencia de la indagación pragmática de las soluciones respecto a aquella ideológica de las causas, es un signo de la terapia estratégica desde los primeros años del trabajo de Haley y Watzlawick.

Al rededor de 1990 la terapia orientada a las soluciones está ya finalizada, expuesta por De Shazer en una serie de netísimos libros, todos escritos con un estilo impecable, ricos de casos clínicos y sobre todo *breves*, con gran fama entre los lectores, ya poco disponibles a grandes síntesis sistemáticas (véase De Shazer, 1982, 1985, 1988). Lo que no significa que el modelo no tenga sus presupuestos fundamentales:

Conceptos básicos de la terapia orientada a las soluciones

- Los problemas derivan del modo en el cual las personas actúan y reaccionan, no son sólo de origen “patológico”;
- No es necesario llegar a las raíces de un problema para encontrar una solución; podría además no existir ninguna “raíz”;
- Es importante comprender la visión que tiene el cliente de cuánto le sucede, mucho más que crearse una, basada en las nociones del terapeuta;
- Las personas tienen en sí, todos los recursos necesarios para dar solución a sus problemas; el terapeuta tiene sencillamente la función de facilitador;
- No es necesario que el facilitador sepa alguna cosa del problema presentado;
- Para que se dé el cambio, es necesario y suficiente que el cliente se comporte de modo diferente o vea las cosas de manera diferente.

² Para las notas biográficas y todas las citas entre comillas de De Shazer, salvo aquellas indicadas, véase Norman (1994).

La terapia orientada a las soluciones participa de manera casi paritaria de la tradición estratégica (los clientes tienen en sí los recursos, el cambio es leíble de manera puramente comportamental) y de las nuevas terapias narrativas y conversacionales (se requiere entender el punto de vista del cliente, el terapeuta no tiene un saber privilegiado). Después de 1990, de Shazer acentúa aún más esta posición con otros dos libros (De Shazer, 1991, 1994), en los cuales exagera su interés hacia el lenguaje: revela que, para él, el “sistema” ha siempre sido un sistema lingüístico y que las palabras son el elemento más importante de la transacción terapéutica. Como buen conocedor de Erickson, no ignora la importancia de los elementos no verbales, pero “todo el resto es sencillamente parte del contexto de las palabras, no un código secreto a interpretar”.

Probablemente, la máxima de la terapia orientada a la solución es la “pregunta del milagro”, que entró en la rutina del centro de Milwaukee desde 1983 (De Shazer, 1985): “La pregunta del milagro nació cuando un día Insoo dijo: ‘si suponemos... supongamos que sucediera un milagro...?’ y así echó a andar todo el resto”. Generalmente, es una pregunta útil para la primera entrevista, de tal manera de ayudar al terapeuta y al cliente a entender que género de soluciones pueden ser adaptadas para ellos. Las versiones como la pregunta del milagro es sintetizada por De Shazer, de esta manera:

Imagine que en la noche sucede un milagro y que mientras usted duerme, el problema que lo trajo hasta acá se resuelve: ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente? ¿Qué cosa vería en la mañana siguiente que es diferente y que le dice que fue un milagro? ¿Cómo lo notaría su mujer (o su marido)? (De Shazer, 1991, pág. 113).

La pregunta milagrosa evidencia el aspecto quizás más relevante de la terapia orientada a las soluciones, su horizonte temporal. El acento en el presente, típico de todas las terapias breves estratégicas, es sustituido por un definido acento sobre el futuro, tanto que las preguntas de De Shazer, también más allá de la pregunta del milagro, tienden a hacer uso de un prevalentemente del tiempo futuro. El terapeuta opera de manera que el cliente construya directamente los posibles escenarios futuros de su vida.

Fiel a premisas de la terapia breve, De Shazer mantiene la canónica duración máxima de 10 sesiones, que frecuentemente es abreviada. En sus libros, ricos de investigaciones sobre resultados conducidos en modo no académico, pero según modalidades del MRI, refiere que la duración media de sus terapias es de cerca 4,6 sesiones (De Shazer, 1991). Pero De Shazer e

Insoo Berg son algo más que terapeutas que se limitan a aplicar algunos presupuestos técnicos. Su trabajo en terapia se presenta como algo más sutil. A través de una conducción discreta, pero brillante, los momentos privados de problemas en la vida de los clientes son acogidos y amplificados con grande ingenio, extrayendo a los clientes mismos del problema. Así, a medida que la entrevista procede, el problema se hace cada vez menos presente. La pregunta del milagro no es más que el elemento visible de una terapia construida según principios bastante coherentes. Por cuánto De Shazer es el máximo heredero del MRI, el procedimiento de sus terapias llega a ser el perfecto recíproco de aquella que Weakland o Haley: el punto central, en cambio de ser la definición del problema, es la disolución de la noción misma de problema.

Es fácil, a este punto, sintetizar los motivos del gran interés suscitado por este modelo. Es simple, no pretende una formación larga y compleja, promete resultados en breve tiempo, independientemente de la diagnosis, en un modo en el cual la brevedad se transformó en sinónimo de terapia apetecible. Permite también de evadir del incómodo problema de la dicotomía salud/enfermedad y de las definiciones cada vez más médicas y sanitarias de los problemas posibles de terapia. No es casual, entonces, que De Shazer se transforme en una de los máximos maestros de la terapia del periodo, junto a Michael White White y Harry Goolishian.

Terapia sistémica

*El modelo de Milán*³

La última ocasión que ve reunidos a los cuatro componentes del grupo original de Milán es probablemente un seminario milanés de 1996 de Doane y Diamond, que presentan en Italia su modelo de terapia intergeneracional. Sentados en primera fila, pusieron a las dos estadounidenses a un verdadero bombardeo de objeciones, en su mejor estilo. Cuando en 1998, Boscolo y Cecchin celebraron los 25 años del Centro, estaba Giuliana Prata pero no estaba Mara Selvini Palazzoli, que se había retirado en 1998 y muere en Junio de 1999.

En estos años de trabajo del grupo de Selvini Palazzoli se desarrolla en la dirección de una investigación que parte de una doble observación: por un lado la situación relacional de las familias en tratamiento conduce a la

³ Las notas son extraídas de dos entrevistas de los autores con Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

patología de uno de los miembros, por otra existe la necesidad de definir los síntomas de manera precisa para poder trabajar con las familias de manera predictiva. Este hecho introduce en el trabajo de grupo la diagnosis, desde hace tiempo desterrada en el ámbito de la terapia sistémica y revela la necesidad de una actividad pronóstica hasta este momento subordinada. Es curioso que en la década de la terapia postmoderna y de la atención a la historia y al texto que trae el cliente a la sesión, la escuela selviniana se ponga en controtendencia neta y reabre la nosografía tradicional.

Es también cierto que la diagnosis redescubierta y leída como un proceso de defensa en relación de una situación familiar patológica, que las personas sintomáticas responden en términos defensivos a un contexto dañado, pero queda el hecho de que la exigencia de definir aquello que es sano y aquello que es considerado enfermo, el bien y el mal de la relación es ahora conectado a una perspectiva psiquiátrica tradicional. El cliente, aquí, no es el experto: la competencia, el lenguaje adecuado, la clasificación que hace ña persona miembro de un grupo diagnóstico, pertenecen al terapeuta. La ausencia de los problemas regresan en primer plano: nacen así los trabajos que tratan a la familia del tóxico dependiente, del psicótico, de la anoréxica y de la bulímica (Cirillo et al., 1996; Selvini Palazzoli et al., 1998^a, 1998b).

Del grupo original de Millán, Luigi Boscolo es el alma clínica, la persona que en los años ha centrado su cliente y sobre su cura. La mayor parte de sus energías. Es el mundo de las pasiones y de las emociones que Boscolo explora en estos años:

El cambio más importante para nosotros también desde el punto de vista técnico, fue el uso de las emociones, o sea el descubrimiento, de las emociones y de su importancia. Me convencí que la toma de conciencia no es suficiente para llegar eventualmente a un cambio, sino que son necesarias las emociones. Y las emociones pueden ser puestas también en relación al discurso de la empatía, soy la empatía. El terapeuta vive emociones y las pone a disposición del paciente para permitirle pensar que cosa se puede sentir. (Boscolo, 200, comunicación personal).

Anteriormente, la teorización de Milán había dado precedencia a lo que Bateson (1936-1958) habría definido el *eidós* (el mundo cognitivo) de los clientes, mientras que ahora pasa en primer plano el *ethos* (el mundo de las emociones). Mejor dicho, las emociones vuelven al primer plano, desde el momento en que ya lo habían estado al tiempo de la formación psicoanalítica de Boscolo, para después resbalar en aquello que sucesivamente los mismos autores (Boscolo y Bertrando, 1996) definirá “lo

no dicho”. El vuelco se realiza, en una aumentada atención para todo aquello que no es verbal, por los aspectos una vez más ligados al contexto, más que al texto. También para Boscolo, el futuro es una recuperación del pasado, transformado y transfigurado en un equilibrio absolutamente único y original: el pasado de psicoanalista (al cual Boscolo no ha renunciado jamás, ni ha jamás negado) regresa con una conciencia profunda de las nuevas instancias, puestas al servicio de la experiencia personal y de la propia historia. Pero no sólo: el modelo elaborado por Boscolo se transforma en un modelo absolutamente idóneo también para la psicoterapia individual (Boscolo y Bertrando, 1996):

Por lo que nos respecta, nosotros, en el diálogo terapéutico, amamos usar la metáfora de las “voces internas” que cada uno tiene dentro de sí y que derivan de la interacción de las relaciones con las personas más significativas de vuestra vida. Podemos así hacer hipótesis sobre las voces internas del cliente y sobre sus características [...] Esta perspectiva no conciente de crear en el diálogo una dialéctica hecha por un trío: terapeuta, cliente y voces internas (Boscolo y Bertrando, 1996, pág.15).

Cecchin, por su parte, dedica estos años a reelaborar la idea de la neutralidad, que lo había ya llevado a desarrollar la idea de curiosidad (Cecchin, 1987). Poco después, Cecchin evoluciona el término curiosidad en irreverencia:

La irreverencia [...] es una posición que refleja un estado mental del terapeuta, que lo libera permitiéndole de actuar sin ser víctima de la ilusión del control. La posición de irreverencia sistémica permite al terapeuta de incluir ideas que podrían, a primera vista, parecer contradictorias (Cecchin et al., 1993, pág. 9).

Con el concepto de irreverencia (que en seguida evolucionará aún más en una investigación sobre los prejuicios del terapeuta: Cecchin et al., 1997) Cecchin busca resolver a su modo los dilemas del postmodernismo, situándose en una posición que escapa, por una parte a la condición del terapeuta experto, y, por otra, a la (posible) desesperada impotencia del terapeuta no experto. Su trabajo pretende la posibilidad de que el terapeuta sea más creativo y disponible a la formulación de hipótesis ligadas al contexto, en vez que a la creación de interpretaciones conectadas con ideas fuertes y estructuradas. Se trata de considerar las experiencias comunicadas como una de las posibles verdades y de aceptar plenamente las diversidades de las personas, sin buscar modificar nada, al menos como programa

terapéutico inicial, aunque su al mismo tiempo el terapeuta es activo en la búsqueda de un sentido nuevo a eventos e ideas. La paradoja de esta posición está en el afirmar que no se debe tomar demasiado seriamente una autoridad, cualquiera que ésta sea, incluso aquella terapéutica, privándola mínimamente de su autoridad, pero sin renunciar por esto a hacer terapia.

TERAPIAS E INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES

Intervenciones psicoeducativas

La psicoeducación tiene un destino cargado de contrastes, a los cuales acompañan visciditudes multiformes de sus creadores. El primero de todos, Robert Liberman, se transforma en el rehabilitador preferido por las casas farmacéuticas, con sus paquetes comportamentales así bien adaptados a la convivencia con los fármacos: un camino similar tiene Ian Fallon, que en estos años es una especie de peregrino de la psicoeducación comportamental, desplazándose entre Inglaterra, Nueva Zelanda e Italia. Julian Leff queda sobre la escena sobre todo como un apreciado conferencista. Prosigue el trabajo del grupo de Pittsburg a obra de Gerry Hogarty, el más fiel a la psicoeducación tradicional, junto al inglés Nick-tarrier. También el grupo de la UCLA está disperso. Queda Michael Goldstein que continua con la consuetud generosidad su propio trabajo, ocupándose sobre todo de familias con disturbos bipolares. Al inicio de 1997, muere también él, víctima de un tumor. Desaparece así, uno de los clínicos más entusiastas y sabios del entero campo psicoeducativo, el hombre que había ideado la primera intervención que (retrospectivamente) podía aspirar a este nombre.

La psicoeducación, de todas formas, no es obstaculizada de la dispersión de esta primera generación y continua a ser objeto de una serie de estudios clínicos (Dixon et al., 2000). El panorama es de continua expansión del método, que conquista naciones insospechadas de entusiasmos hacia los tratamientos familiares, como China (Mingyuan et al., 1993) e India (Shankar, 1994). El fenómeno es fácilmente explicable: el carácter fuertemente tecnológico de la psicoeducación no requiere (como en el caso de las terapias familiares) una sociedad y una psiquiatría sofisticada y abierta a la psicología, pero la hace aplicable también a áreas cerradas a la psicoterapia.

En 1998, el Shizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT) publica una serie de recomendaciones para el tratamiento de la

esquizofrenia, en las cuales es atribuida gran importancia a las intervenciones psicosociales sobre la familia, con tal de que éstas sean fieles a la ortodoxa psicoeducativa, tanto que se recomienda que: “las terapias familiares basadas sobre la premisa que las disfunciones familiares son la etiología del disturbo esquizofrénico del paciente, *non* deberían ser usadas” (Lehman et al., 1998, pág. 8). Treinta años son pasados desde la muerte de Don Jackson, pero parecen muchos más: las intervenciones psicoeducativas se transforman en el tratamiento psiquiátrico familiar por excelencia, pero su aplicación en la psiquiatría de todos los días es un punto doliente. Se descubre que sólo una minoría de los pacientes psiquiátricos que viven en contacto con la familia recibe la psicoeducación (no más del 30% según Lehman et al., 1998). Es necesario agregar que también los mismos beneficiarios de la psicoeducación generalmente tienen dificultad a aceptarla: no obstante los esfuerzos de connotarla como una intervención que no reproche a las familias, muchos familiares la perciben de todas formas como tal (Solomon, 1996). La psicoeducación, así, es atacada de más partes. Surgen cuatro reacciones hacia la psicoeducación, cada uno profesado y practicado por un grupo bien distinto según sus intereses y sus convicciones:

1. Ortodoxa: proseguir con las intervenciones de matriz comportamental usados en los primeros diez años de psicoeducación;
2. Evolución: modificar los instrumentos de la psicoeducación, haciéndola más similar, en los hechos, a una verdadera terapia familiar;
3. Negación: juzgar como superflua a la psicoeducación, posible de ser sustituida con una simple consultoría sobre los *verdaderos* tratamientos (farmacológicos) disponibles;
4. Superación: sustituir la psicoeducación con formas más o menos complejas de auto-ayuda.

La primera posición es característica de cuánto se habían construido un propio modelo en los primeros años de la psicoeducación: Lieberman, Falloon y William McFarlane. Falloon, en particular, pone en pie un modelo de intervención en la cual la psicoeducación no está más en el hospital o en la clínica, pero directamente bajo la responsabilidad de los médicos de base, a los cuales es atribuida la tarea de individuar –después de un oportuno tratamiento- pacientes y familias problemáticas, que son más tarde tomadas a cargo de un equipo móvil, compuesta por enfermeros y algún psiquiatra (Falloon, 1998). William McFarlane en estos años se transforma en el propulsor de la psicoeducación en los Estados Unidos.

Alumno, en su tiempo de Minuchin, de Laqueur, McFarlane (1991; McFarlane et al, 1995) enriquece el modelo psicoeducativo de Pittsburgh con la introducción de grupos multifamiliares, ampliando así la posibilidad de intervención, además de obtener un formato menos costoso.

La segunda reacción es la de Leff, que mezcla con cierta desventaja las intervenciones de control social puro (por ejemplo separar los pacientes de las familias de alta emotividad expresa) e intervenciones extraídas del repertorio de las mejores terapias (por ejemplo una versión moderada de la connotación positiva de todos los comportamientos familiares). Aquí la distinción entre terapia familiar y psicoeducación se esfuma, aunque con connotaciones diferentes. Según Michael Goldstein (1995), la psicoeducación “pura” e independiente de la terapia es sobre todo una ilusión: tarde o temprano es necesario hacer uso de una habilidad terapéutica también para hacer psicoeducación, de otra forma se hace una mala psicoeducación. Este género de psicoeducación, más dialéctica, abierta a las técnicas de las terapias sistémicas y relacionales, es usado provechosamente en el tratamiento de disturbos bipolares (Goldstein y Miklowitz, 1997).

La propuesta más radical es aquella proveniente de los psiquiatras de estrecha orientación biológica. Según ellos, sería eliminable la psicoeducación y sustituible por una simple consultoría específica no profesional para las familias (una especie de manual de las instrucciones para las terapias farmacológicas). El objetivo sería sencillamente aumentar la *compliance* de los pacientes hacia la farmacoterapia, vista como el único *verdadero* tratamiento de los graves problemas psiquiátricos (Hemsley y Murray, 2000).

Según los representantes organizados de los familiares de los enfermos psiquiátricos, en definitiva, se debiera suprimir el prefijo “psico” y limitarse a una sencilla “educación” (en el sentido anglosajón del término “instrucción”) de los familiares, que tendría de esta forma a su disposición los instrumentos para ocuparse del enfermo (Solomon, 1996). Esta posición está radicada en la sensación, muy frecuente entre los familiares de los enfermos psiquiátricos, de ser estigmatizados por la presencia misma de intervenciones sobre la familia (sensación favorecida por las afirmaciones relativamente paradójales de una cierta psicoeducación: “Nosotros sostenemos que la esquizofrenia es una enfermedad biológica y *por ende* trabajamos sobre ustedes, familiares”).

Sin embargo, desde el momento en que el malestar familiar no desaparece, de todas formas es necesario encontrar otros caminos para

enfrentarlo. Después de cuarenta años de terapia familiar, la existencia de algo como el malestar de las familias, que exige una forma de “cura”, es finalmente aceptado y difundido: las raíces de la psicoeducación y de la terapia familiar no son de por sí eliminables de la ideología farmacéutica. Los representantes de los familiares y sucesivamente los pacientes mismos reunidos en asociación, le dan un mayor valor a las técnicas de auto-ayuda (Clerici, 1999). De este modo, con una convergencia paradójica, también los representantes de los familiares, que inauguran las terapias familiares del “no saber”, llegan cercanos a ésta teoría, en el contestar el rol de expertos (“presuntos saberes”) de cada género de terapia. Lo que no es casual, si se considera que una de las probables causas de la llegada de las terapias postmodernas es justamente la crisis de los saberes profesionales. Se podría entonces decir que el público de las terapias, en estos años, comparte un escepticismo fundamental hacia las competencias mágicamente aceptadas de los terapeutas.

TERAPIAS POSTMODERNAS

Terapias narrativas

Junto al postmodernismo y al construccionismo social, el otro concepto emergente de la terapia familiar de la década es el concepto de narrativa. La narrativa es ya, en estos años, una clave importante en los desarrollos de las ciencias humanas (Mitchell, 1981; Polkinghorne, 1988; Ricoeur, 1981), de la antropología (geertz, 1973), de la psicología (Bruner, 1986, 1990; Gergen, 1982), del psicoanálisis (Schafer, 1981; Spence, 1983). En la terapia familiar el modelo más coherente y enriquecido de terapia narrativa no vive elaboraciones de clínicos muy conocidos, sino de la periférica y marginal Oceanía.

White y Epton: la terapia como narración.

Michael White

La situación personal y profesional de Michael White se desarrolla en Australia del Sur, en Adelaida. En su juventud, White es proyectista de instalaciones eléctricas y mecánicas. En 1967 inicia su carrera en el mundo de las personas como asistente social. En esta fase, su interés por la aproximación sistémica y la psicoterapia hace referencia a los modelos sistémicos estratégicos en ese tiempo en boga, en particular aquel del MRI.

Según Zimmerman y Dickerson, es Karl Tomm quien lo dirige en el profundizar específicamente los trabajos de Bateson, que lo inician en la semántica de la comunicación y en la construcción de significados (véase White, 1985). Desde 1980 estudia las ideas de Michael Foucault sobre la relación entre conocimiento y poder (Foucault, 1975, 1976, 1980), junto a los de Erving Goffman y Jacques Derrida. Esta formación le consiente de desarrollar una vasta reflexión sobre los procesos de desinstitucionalización del conocimiento y del poder del conocimiento experto, que resurgirán en los modelos teóricos y en las metodologías del *re-authoring*. Al rededor de 1990, se abre al construccionismo social, estudiando los trabajos de Gergen y Davis (1985). Es además influenciado también por la psicología narrativa de Bruner (1986, 1990).

Clínicamente, pone a prueba las ideas de Foucault trabajando con niños con encupresis, que tienen historias embarazantes y repelentes, generalmente estigmatizados por sus propios padre. En su vida, Michael aprende a investigar los “resultados únicos” que pueden darles una idea de éxito; es en relación a éstos que comienza a crear un modo de separar a la persona del problema, creando el lema “la persona no es el problema, el problema es el problema”. La idea consiste en el personalizar la encupresis de forma de *sneaky poo*: el síntoma se *externaliza*, se separa de la persona para transformarse en algo que persona (y la familia) puede enfrentar y eventualmente vencer (véase White, 1992). Pero es necesario un movimiento más radical, que Michael encontrará cuando logrará pensar en el objetivar las experiencias de las personas en formas de *historias*, que, como tales, pueden ser reescritas según el deseo de los clientes, que se transformarán en sus autores.

Las primeras contribuciones orgánicas a la teoría y a la práctica de la terapia como si se tratara de un texto llegarán más tarde, con *The process of questioning: A therapy of literary merit?* (1988), y *Literate Means to therapeutic Ends* (1989) escrito junto a Epston.

David Epston

La primera formación académica de David Epston es en sociología de la medicina: en seguida profundiza los estudios de antropología de la cual reconoce la importancia en el definir su modo de hacer terapia (véase Eptson, 1989). Epston afirma que la antropología y los estudios etnográficos y transculturales son metodologías muy cercanas a la práctica terapéutica. El pensamiento antropológico lo influencia sobre todo en tres áreas fundamentales:

- En la comprensión relativista de la fenomenología de las “pequeñas culturas familiares” y de la singular identidad, metodología muy querida por los antropólogos;
- En el rechazo del pseudo-cientificismo de la psiquiatría ortodoxa, en la cual el objeto estudiado es separado del sujeto observador, lo que produce la degradación de aquella particular cultura familiar;
- En la conceptualización del cambio, y por lo tanto del cambio terapéutico, según una perspectiva transcultural, siguiendo la metáfora de la transición y del pasaje.

Epston pone de esta forma a la psicoterapia fuera del modelo médico y de la metáfora de la *enfermedad*. La psicoterapia es un instrumento que facilita el *paso*, el terapeuta es un entrenador de la familia y el individuo, y les ayuda a encontrar los pasajes justos a través de sus propias evoluciones existenciales, en el respeto de la identidad de cada pequeña cultura familiar. La terapia se transforma en una forma de *re-gradation* (un ritual opuesto al “ritual de degradación” de Goffman, 1961). Para Epston la terapia debe saber restituir el *valor* a la llamada patología mental (*re-gradation*), recuperando una *retórica noble* que busca la adaptación y el completar las personas y los sistemas humanos, disolviendo la lejana dicotomía epistemológica entre objeto y sujeto de conocimiento, recuperando así, el concepto de *redes de pasajes* (van Gennepe, 1909) como fundamento de cada intervención terapéutica.

Probablemente la mayor contribución de Epston a la terapia narrativa es el uso de *medios literarios con fines terapéuticos* (White y Epston, 1989), que en su caso significa sobre todo, escribir cartas:

No me lo enseñaron durante mi formación, ni tampoco había visto a otros terapeutas hacerlo, pero me encontré de pronto escribiendo cartas a la familia con mi primer cliente después de la primera sesión. Me parecía algo muy natural, como la extensión de la conversación que habíamos tenido [...] La familia quedó sorprendida y gratificada al recibir la carta y la leímos juntos al inicio de la siguiente sesión para darle un punto de partida [...] después de esta primera carta he escrito miles: la gran mayoría de mis clientes ha recibido una después de cada sesión (Eptson, 1994, pág. 32).

He aquí un ejemplo de cómo inicia una de las largas cartas de Epston (en este caso una de las primeras, dirigida a Mónica, una de sus clientes que se transformará después en una muy importante en la evolución de su modelo terapéutico):

Querida Mónica,

Estoy escribiendo una síntesis de nuestros encuentros, como habíamos acordado. Lo hago por una serie de buenas razones: primero que nada veo que relatarme, a mi que soy virtualmente un extraño, la historia de su vida –que se ha revelado una historia de aprovechamiento- de alguna manera la libera de esta misma. Relatar una historia de su vida, la transforma en una historia que se puede dejar de lado y se hace más fácil crear un futuro nuevo elaborado por usted. En segundo lugar es necesario que su historia se documentada, así usted no la pierde y queda de cualquier manera disponible para otros que podrían querer inspirarse... (Epston, 1986, en Epston, 1989, pág. 129).

El uso de las cartas, aunque si bien es cierto tiene una correlación pragmática, anotar lo que los clientes dicen en el transcurso de las terapias, de modo tal como parar preparar mejor la escritura de las cartas, conduce a Epston a un paso más allá: releer con los clientes lo que apenas ha sido dicho en el curso de la terapia (una especie de regreso tecnológico respecto al uso de la videoregistración predilecta de todos los terapeutas desde 1960). La escritura enlentece las acciones del terapeuta (Epston, 1994). De este modo teoría y praxis entran en un círculo virtuoso. La teoría que sostiene problema y persona son entidades separadas está de alguna forma generada y reforzada del mismo hecho de objetivar el problema en un papel. Esta misma praxis contribuye a consolidar una de las metáforas más fuertes de la década: la terapia como un texto.

La Terapia de White y Epston

Adoptando como referencia a Foucault, sobre todo el del periodo de *Vigilar y castigar* (1975), White concibe la terapia como una operación política. La política cotidiana de la terapia, al momento de su ingreso en escena, ha sido subvalorada por los terapeutas, excepto por las feministas: White redescubre, sin saberlo, el análisis de la posición política del terapeuta perseguida por los de la antipsiquiatría de años antes, pero con una diferencia no menor: las consecuencias de su análisis y de su trabajo son todas microsociales, no políticas. Para White es suficiente desmitificar los discursos de poder frente a los individuos y a la presencia de sus familias para obtener un resultado *político*.

La terapia según White y Epston sigue una serie de pasajes lógicamente concatenados: el dominio del conocimiento es un dominio de poder; el conocimiento separado de las condiciones y de los contextos de su producción es un instrumento de poder, será por tanto deconstruido y

reportado a los orígenes de su institucionalización. Una identidad construida sobre un conocimiento separado de las condiciones y de los contextos de su producción lleva a la exclusión y a la marginalización.

Los individuos cuentan su vida y a través de esta narración la estructuran y les dan un significado. Generalmente una historia que representa una narración parcial de una experiencia de vida compleja, se hace *dominante* (análoga al “discurso dominante” de Foucault, 1975) y genera la identidad que el sujeto se atribuye: la persona se relatada por la cultura y por los otros significativos, de modo que termina por ser represivo de su “autenticidad”. Aquella que está inhibida es la autodeterminación de los significados: la persona relata a sí misma la historia dominante que relatan los otros. No resulta difícil reencontrar aquí la ideología liberacionista que da forma a la mayoría de las terapias familiares desde los inicios.

El paso sucesivo a la constitución de una historia dominante y al surgimiento del malestar, es la subjetivización del problema, que lo transforma en una problema personal. Respecto a la objetivización, que es un proceso pasivo, la subjetivización es un proceso activo a través del cual se produce una estandarización de las propias acciones respecto a las normas sociales, de tal manera que el individuo se vuelve un cuerpo dócil, que opera sin respeto y miramientos en relación a sus propios deseos.

El procedimiento terapéutico de la *objetivización del problema* es la traducción metodológica de la necesidad teórica de atribuir las raíces del problema llevado a las condiciones culturales e históricas que se suponen como sus causas. Objetivar el problema significa mostrarlo como un *producto* de procesos de institucionalización de tipo cultural, social e histórico. El individuo está inmerso en “danzas” y discursos sociales, que lo llevan a desarrollar algunos de sus potenciales variaciones del Sí mismo y a dejar atrás otras. *El problema es visto como oprimente y nocivo para la integridad del sistema, nunca como “útil” a su funcionamiento*: Hacer sentir a las personas “agredidas” por un problema que viene desde fuera, puede ayudarles a reencontrarse, llevándolo a hacer fuerzas entre ellos y con otros por recuperar poder y confianza en la posibilidad de vencer, derrotando al problema.

La *externalización del síntoma* es la correlación técnica del proceso de objetivización del problema, que muestra al sujeto el poder y la influencia que el problema tiene sobre su vida. De este modo, el cliente se separa de la historia dominante y del problema y comienza a tomar confianza y percepción de su poder personal, a preguntarse que desea verdaderamente.

El trabajo del terapeuta es un trabajo de “no experto”: no da soluciones, se realiza sobre la definición y el mejoramiento del poder personal y de la identidad del individuo, en función de la rebelión a las características culturales (y por lo tanto personales) por causa de la historia dominante.

Consecuencia de esta posición es el uso de las preguntas, con una mínima intervención de reformulación y estrategización de parte del terapeuta. Llevando al extremo las consecuencias de la praxis de los terapeutas de Milán, el australiano cataloga infinitas preguntas (véase Epston y White, 1992). Como Anderser (y Bowen y Weakland de las generaciones anteriores) White muestra más un modo de pensar que una técnica espectacular. Difícilmente desilusiona a sus alumnos y seguidores porque su personalidad terapéutica, con toda su delicadeza, está caracterizada por una fuerte energía.

En su artículo *The process of questioning: A therapy of literary merit?* (1988), White define cinco etapas del proceso terapéutico:

Hacer *preguntas de conjunción*, para conocer a las personas que se han presentado en terapia como separados del problema y para definir sus competencias.

Hacer *preguntas relativas al problema* y a la experiencia del cliente con ello, poniendo atención a la externalización del problema, hablándole como si se trata de una cosa que es separado del cliente y de su vida.

Hacer *preguntas con influencia relativa*, que tienen el fin de externalizar el problema, o sea de llevar a los miembros de la familia a vivir el problema como *externo* a ellos como personas. Algo externo que influencia fuertemente sus vidas.

Hacer *preguntas que buscan revelar los “resultados únicos”*, es decir que buscan episodios en los cuales el problema se ha revelado incapaz de influenciar la vida de las personas de la familia. Los resultados únicos son aquellos episodios de vida que contradicen (pasado real) la descripción saturada del problema (la historia dominante) o que no puede ser previsto de la lectura de la historia dominante (futuro imaginario).

Construcciones de historias alternativas, que tienen el objetivo de construir un nuevo paisaje de la conciencia, sobre la base de los resultados únicos presentes en el paisaje de las acciones.

Una vez exteriorizado y objetivado el problema, las preguntas permiten al cliente de re-veer la propia vida en modo diferente (“Si usted reexamina los encuentros que hemos tenido, ¿Piensa de haber podido clarificar respecto a cómo es usted como persona y a sus modalidades preferidas de entrar en relación con los otros? ¿Qué sabe ahora del tipo de vida que mejor se adapta y la que menos de adapta a su tipo de persona?”) y de llevar su propia experiencia de frente a la platea de los otros (“ahora que ha logrado

este punto en su vida, ¿Qué otra cosa debiera conocer? ¿Qué diferencia piensa que surgiría en su comportamiento hacia sí mismo si conociera estos nuevos aspectos?”; véase Epston y White, 1992).

Aunque el uso de las preguntas como vehículo principal de intervención (aparte de las letras y los restantes documentos escritos) acerca a Epston y White a Boscolo y Cecchin, el carácter de sus preguntas es notablemente diferente. Las preguntas circulares tienden a desplazar la atención del entrevistado hacia las relaciones con los otros o hacia los eventos de la vida, para después eventualmente volver al sujeto, con un movimiento desde el externo hacia el interno. Las narrativas se centran, en cambio, justamente sobre las experiencias subjetivas y sobre la identidad, para pasar en un segundo momento a considerar las relaciones, realizando así un movimiento desde el interno hacia el externo. El punto focal de la terapia narrativa de White y Epston queda siempre en el individuo, tanto que Minuchin se da cuenta y plantea la pregunta: “¿Dónde está la familia en la terapia familiar narrativa?” (Minuchin, 1998):

El movimiento de terapia familiar narrativa

Después de 1990, la definición de “terapia centrada en las narrativas” inicia a sobreponerse, y después a sustituir, el nombre de “terapia sistémica”. El proceso, al inicio lento, se vuelve cada vez más rápido, tanto que en 1996, en una editorial de *Family Process*, el director Peter Steinglass afirma: “Las aproximaciones narrativas de la terapia familiar han capturado la imaginación y el interés en nuestro campo, lo que se refleja en el hecho de que los escritos sobre éstas temáticas representan el grupo más consistente de los artículos publicados en nuestra revista en este periodo” (Steinglass, 1996, pág. 403). En 1991, año en el cual Steinglass había llega a la Dirección, la revista estaba aún radicada en la heterodoxia del sistema y de la estructura, el único artículo que enfrenta la temática narrativa había sido *A universe of Stories* de Alan Parry (Parry, 1991).

La introducción de un vasto y complejo *corpus* de ideas narrativas al interior de la terapia sistémica tiene múltiples consecuencias sobre la teoría y la praxis: los terapeutas inician a mostrar un mayor respeto por las ideas, los valores, las historias que traen los clientes, por todo aquello que los clientes tienen para decir, más allá de las teorías y de las hipótesis del terapeuta. La perspectiva narrativa se pone como una visión “humanista”, restituyendo a la *persona* los “derechos” que –según sus seguidores- habían sido negados por otras praxis terapéuticas, sobre todo aquellas sistémicas y

cibernéticas (Hoffman, 1990; Paré, 1994). Como Minuchin contra Satir, como Boscolo y Cecchin contra Minuchin, White i sus seguidores imponen la narrativa a modo de fusil, desencadenando el más radical rechazo de los modelos de terapia familiar que les han precedido (véase Bertrando, 1998). Las ideas narrativas son utilizadas también por autores ligados a diferentes tradiciones, como aquellas sistémicas⁴ (Sluzki, 1992; Boscolo y Bertrando, 1993) o estratégica (Eron y Lund, 1993). La terapia narrativa postmoderna se vuelve así por algunos años, la frontera de la terapia familiar.

Los narrativos se constituyen también en algunos jefes de escuelas teóricas y de su retórica. La cuestión del poder y de la política en terapia conduce el terapeuta a transformarse en más conciente de la propia posición de poder, por lo tanto del propio rol de agente de poderes constituyentes en la vida de los clientes. La unidad de observación y de máximo interés para el terapeuta –aunque si se califica como terapeuta familiar- vuelve a ser el individuo, más que la familia o la pareja. La historia, además, conlleva al Sí mismo y a la experiencia interior, de la cual desciende sólo en un segundo momento el diálogo. Aquello es más notorio porque éstos autores parten de una versión radical del construccionismo, en la cual el Sí mismo es construido exclusivamente en la interacción social y lingüística; pero después caen en el encanto de la historia narrada por el individuo y terminan por verla como pertinente a un “Sí mismo” mucho mas tradicional de cuanto parece.

En lo que respecta a la retórica, el estilo de los terapeutas narrativos se distancia nuevamente del estilo técnico y generalmente estático predilecto de los constructivistas y cibernéticos de segundo orden, para transformarse en políticamente correcto y respetuoso del interlocutor, como testimonia los versos de la *Dulwich Centre Newsletter*, revista oficial del Centro de terapia narrativa dirigido por White. He aquí la nota al margen sobre los “dilemas lingüísticos” surgido en un número especial sobre un proyecto de intervención en la comunidad de pacientes psiquiátricos:

Para las personas con diagnosis psiquiátrica que se unieron al proyecto inmediatamente a su involucramiento a los servicios psiquiátricos, los comunes términos como “pacientes” o “consumidores” no parecen apropiados, desde el

⁴ El conjunto de las posiciones teóricas y pragmáticas de corte narrativo conduce a variadas aplicaciones de terapia familiar (Zimmerman y Dickerson, 1994; Pann y Frankfurt, 1994; Papp y Imber-Black, 1996; Weingarten, 1998), en la consultoría familiar en medicina general (Weingarten y Weingarten Worten, 1997) y en la investigación sobre la interacción terapéutica (Kogan y Gale, 1997).

momento en que niegan la contribución vital que éstas personas dan al proyecto. En esta publicación, para describir cómo se han involucrado estas personas, usamos el término “miembros de la comunidad”. El término “miembros del equipo del proyecto” se aplica a los asistentes sociales, terapeutas y al coordinador del proyecto. (Anónimo, 1997).

Como se aprecia, existe un gran cuidado en el evitar cualquier etiqueta (después de todo las personas con diagnosis psiquiátricas que se han unido al proyecto, serían definidas en todas partes como “pacientes psiquiátricos”, con un fácil agregado de “crónicos”), como también en el no crear jerarquías de algún tipo. Aún cuando esto penetre en la terapia oficial, el resto es sólo un sueño lingüístico, y materia de controversia.

Terapias conversacionales

Los terapeutas narrativos ven la terapia como un asunto de *colaboración* entre cliente y terapeuta, se ponen ambos en un plano casi paritario. La aproximación colaborativa se basa sobre un asunto fundamental, que es que cliente y terapeuta tienen la misma dignidad en cuanto a su experiencia vivida y que, siendo la experiencia humana ambigua y rica de significados, no es lícito definir a priori y hermeneuticamente interpretar las experiencias de los otros sobre la base de una pauta teórica y rígida. La cuestión de la paridad experiencial entre cliente y terapeuta se vuelve importante en la terapia conversacional que prevee tratar el material traído en sesión por el cliente como un *texto*, pero de manera diferente a la terapia narrativa:

La cuestión conversacional deriva de una posición de *no saber* y es la raíz primordial del terapeuta. [...] requiere el escuchar las historias de los clientes de un modo peculiar, sumergiéndose en la conversación con el cliente [...] las preguntas no derivan de las teorías preconcebidas del terapeuta de cómo debieran ser las historias [...] las preguntas conversacionales no son en ningún caso generadas de técnicas, métodos o de un set de preguntas preconfeccionadas, éstas derivan en cambio de una actitud quieta y constante de no entender demasiado rápido, de no saber (Anderson, 1993, pág. 330).

Esta es, quizás, la diferencia sustancial entre las terapias narrativas y conversacionales: mientras para la primera la historia del cliente es casi reificada en la metáfora del texto, sobre la cual el terapeuta trabaja con preguntas codificadas y estructuradas, para los conversacionalistas es el

stream of consciousness de joyciana memoria quien asume el rol de material de trabajo. Es el objetivo de la terapia lo que cambia: aquí, entre los conversacionalista el objetivo es al menos incierto, mientras que para los narrativos la reescritura (*re-authoring*) resulta un fin y la conversación un medio.

Harlene Anderson y Harry Goolishian

El Galveston Family Institute existe desde hace más de doce años (desde 1989) y es organizado como un instituto clínico, de enseñanza y sin fines de lucro. Su historia es la siguiente:

Cuando trabajábamos en la Universidad de Texas Medical School –donde he enseñado por más de treinta años- un cambio de administración del departamento de psiquiatría nos hizo difícil continuar nuestro trabajo. Así aquello que hacíamos tuvimos que cambiarlo del Medical School a la investigación y el training que estábamos haciendo, en lo que ahora sería llamado “proyecto de estudios sobre la familia” y construir el Galveston Family Institute en el de Galveston. [...] Comenzamos cuatro personas: Harlene Anderson, Paul Dell, George Pullian y yo (Goolishian, en Bussi y Ravella, 1989, pág. 1 - 2).

Harry Goolishian y Harlene Anderson surgen como jefes de escuela en la terapia en el momento de mayor auge del postmodernismo. Goolishian, al rededor del 1985, es un terapeuta que había participado a la fase pionerística de las terapias familiares, sin lograr alcanzar un reconocimiento universal como habría deseado. Curiosamente cuando se separa cultural y técnicamente de la orientación estratégica (Goolishian trabajó por veinte años en el MRI) y el impacto conversacional da un importante vuelco a sus presupuestos: desde una concepción mecánica, de “ciencia dura”, se pasa a un posición extremadamente blanda y fluida, ya sea en la concepción cultural, como en la práctica terapéutica, la razón de ser hace resaltar una filosofía social, sobre las pautas de Kenneth Gergen, en vez que una actividad transformativa, terapéutica de sentido único.

En 1988, junto a Harlene Anderson, que se transforma en su más fiel colaboradora, Goolishian publica *Human Systems as Linguistic Systems* que representa el manifiesto de la visión conversacional en terapia familia y establece sus puntos cardinales. En 1992, la pareja, ya famosa, publica *The client is the expert: A not-knowing approach o therapy* (Anderson y Goolishian, 1992). Goolishian es ya un jefe de escuela, pero no logrará saborear mucho el éxito, ya que muere antes que el artículo fuera editado.

Será Anderson quien heredará la dirección del Instituto, teniendo viva la memoria del maestro y del colega.

En la publicación de 1988, Anderson y Goolishian sostienen que es posible explicar los sistemas como existentes sólo en el lenguaje y en los actos comunicativos. Es en esta segunda perspectiva que se mueven, dando relieve al significado *local* del trabajo terapéutico conversacional.

Local se refiere al lenguaje, al significado y a la comprensión que se construye entre persona que dialoga y no a través de sensibilidad cultural general. Es a través de la comprensión local que se da un sentido personal a los recuerdos, a las percepciones y a las historias. [...] El tema del significado local es importante porque pone el acento sobre la existencia de un espectro de experiencias, de conocer éstas experiencias que es bastante diferente de “conocer” a “conocer” y que variará de una terapia a otra (Anderson y Goolishian, 1992, pág. 46).

La idea de base es que no existen “esencias”, que la totalidad del existente es incomprensible y que se puede realizar solamente un conocimiento negociado entre interlocutores, provisoria y local, marcadamente circunscrita e informada del contexto lingüístico que en estos momentos hace de contexto a la conversación en acto. El proceso terapéutico entero, resulta así inescrible en una perspectiva lingüística. El problema presentado por el cliente existe en el lenguaje, y da sentido al contexto narrativo que lo contiene; el procedimiento terapéutico es el proceso lingüístico que reorganiza y disuelve el problema; la técnica terapéutica es, sustancialmente, la capacidad del terapeuta de tener abierta la conversación entre los pares. La idea es que la terapia pueda permitir al cliente de decir (y pensar) aquello que no ha sido aún dicho (y pensado) acerca de su historia personal.

Estas consideraciones dan un vuelco a la concepción sistémica clásica relativa al problema. Hasta la llegada del postmodernismo en terapia, el axioma era que el sistema disfuncional crea el problema y que tal problema puede ser modificado operando sobre el contexto. En la perspectiva de Anderson y Goolishian, en cambio, “los sistemas no crean problemas. El uso del lenguaje referido a los problemas es aquello que constituye a los sistemas” (Anderson y Goolishian, 1988).

En cierta medida Anderson y Goolishian se demuestran favorables a una disolución de lo específico y técnico de la terapia a favor de una modalidad coloquial, de *common people*. Además de la disolución de la técnica, Anderson y Goolishian sostienen que es oportuno una revisión del rol del terapeuta. En el trabajo de 1992, invocan una posición de “no saber”,

en la cual el terapeuta se limita, sin preconceptos, a estimular la conversación de los clientes, asumiendo una posición hermenéutica:

El no saber requiere que nuestras comprensiones, explicaciones e interpretaciones en la terapia no sean limitadas a experiencias precedentes o verdades formuladas teóricamente, o conocimientos. [...] El terapeuta se une al cliente en una mutua exploración de la comprensión y de la experiencia de éste último. Así, el proceso de interpretación, el esfuerzo de la comprensión terapéutica, se vuelve colaborativo (Anderson y Goolishian, 1992, pág. 28 – 30).

Aún cuando Anderson (1998, comunicación personal) tiende a subrayar la absoluta originalidad de la propia posición, Goolishian reconoce las deudas con Bion, Winnicott y Rogers, los terapeutas que ponen la personalidad del terapeuta en segundo plano y subrayan el rol creativo y activo de los clientes. La posición del terapeuta debe ser “no experta” (“sin memoria y sin deseo” para Bion, “centrada sobre el cliente” para Rogers) con el fin de favorecer la creación de un espacio libre para la conversación. No es tan importante la modificación de la situación individual o familiar, sino la promoción de un diálogo a la par, que deje abierta la lectura de la experiencia del cliente más allá de todo constructo teórico “fuerte” que pueda influenciar la regulación del significado.

El aspecto teórico del trabajo de Anderson y Goolishian es definitivamente preponderante, en relación a un corpus técnico bastante reducido. En la praxis psicoterapéutica Anderson y Goolishian justifican el trabajo interpretativo con la tradición hermenéutica que se rehace en los trabajos de Gadamer (1975): el terapeuta es involucrado así como su interlocutor en la definición interpretativa del material de sesión. Más allá de los elementos técnicos o de escuela no existe “la psicoterapia”, sino *aquel* encuentro terapéutico que desarrolla *aquella* situación relacional.

Después, que al hablar de problema se cree el sistema, deja abierta la cuestión de dónde tienen su origen estos problemas y de que naturaleza son. El dogma conversacional de que los problemas tienen su origen en el lenguaje, lo reasegura un terapeuta, pero no sólo, sino cualquier persona de la calle. Se tiene a veces la impresión que si el interlocutor del terapeuta dejara improvisadamente de hablar de sus problemas, éstos desaparecerían.

Tom Andersen

Tom Andersen como psiquiatra del servicio público de Noruega, en sus escritos ama relatar, con cierta fiereza, como en Troms, al extremo Norte de Noruega, la situación ambiental es particularmente difícil: se requiere

tenacidad para quedarse en el paralelo 66, donde en invierno los días duran sólo tres horas. Se diría que las historias relatadas por Andersen podrían estar en otros lugares, donde espacio y tiempo asumen durante el año inconsuetas dimensiones, al menos para nuestros horizontes.

La convicción que un grupo de trabajo pueda ser considerado como un sistema, y que los principios sistémicos de relación entre las partes puedan ser utilizados con el mayor provecho en las organizaciones, además que en la clínica, convencen a Anderson y a su staf que podría ser interesante tomar contacto con los principales laboratorios sistémicos en el mundo: nacen así los intercambios de experiencias y de colaboración con Lynn Hoffman en el Ackerman Institute, con Boscolo Y Cecchin en el Centro Milanese di Terapia della Famiglia y con Seligman y Cade del Cardiff Institute.

Inician en Troms los Seminarios de Junio, con la participación de invitados extranjeros que refieren sobre las modalidades sistémicas de intervención y sobre las ideas que les inspiran. En 1998, Andersen organiza un importante seminario para 120 personas en Sjulitelma, con la presencia de Maturana, von Foerster, von Glasersfeld, Boscolo, Cecchin, Goolishian, Harele Anderson, Lynn Hoffman y Peggy Penn. En seguida organizará en las Isalas Lofoten un encuentro con Gergen, McNamee, Stein Braten, John Shotter y otros, en el cual son presentados los desarrollos del construccionismo social.

Sobre esta línea de investigación, en marzo de 1985 sucede algo que ni siquiera los autores saben explicarse del todo: uno de los raros casos de *insight* colectivo que procede naturalmente de la idea de base del método utilizado por Anderson y sus colaboradores: en una sesión de terapia familiar, un joven médico habla con una familia muy triste porque no ha visto nada más que miseria y por un largo periodo no pareciera existir nada más que esto en la vida de su familia. El joven médico es llamado fuera del equipo que le sugiere de poner algunas cuestiones en términos más optimísticos, pero al regresar a la sala de terapia la familia no parece tomar este optimismo o las alternativas que se están pensando.

Más tarde la idea madurada en el trabajo y en el pensamiento del equipo toma forma. El conductor de la sesión es llamado nuevamente detrás del espejo y se le hace la propuesta de, si la familia está de acuerdo, que el equipo encienda la luz en la sala de observación y apague la de la sala de terapia, invirtiendo al mismo tiempo el sentido de los micrófonos, de manera de permitir que el terapeuta y la familia escuche al equipo mientras discute. La idea no le gusta ni a la familia, ni al terapeuta, pero ambos

aceptan. Se trata de un procedimiento que da un espectacular vuelco a la dinámica de los roles entre expertos y clientes, que hace visible, en sentido literal y metafórico, el equipo y su proceso de formulación de las hipótesis, desnudando al experto de su aura mágica de solucionador de enigmas y, al mismo tiempo, enfatiza el interés y la atención de un conspicuo grupo de personas con un preciso rol profesional en relación a un cliente en dificultad.

Las luces se apagan en la sala de terapia, se encienden en la sala de observación y cae un interminable silencio. Un miembro del equipo pronuncia una frase acerca de la resistencia y la robustez de la familia, otro, poco después, hace lo mismo en términos análogos, alguno prosigue diciendo que quizás la familia está luchando con un destino que no se ha escogido y que esto impide a la familia de ver las oportunidades que cada uno tiene de forma natural. Poco a poco, la discusión comienza a tomar forma en relación a la idea de la elección de las oportunidades y de aquello que podría suceder si la familia la viera.

Cuando la luz vuelve a la sala de terapia, Tom Andersen y su equipo están listos a ver cualquier reacción de parte de una familia enojada o aburrida, sin embargo lo que ven es un conjunto de personas penserosas y silenciosas que, después de una breve pausa, comienzan a hablar entre ellos con algunas sonrisas. Ha nacido el *reflecting Team*.

La inversión de luz y de sonido da una sorprendente libertad a la relación entre nosotros y la familia. No estábamos más de la parte responsable, estábamos solamente en una de las dos partes (Andersen, 1991, pág. 13).

Dicho sea de paso, el sentido del término inglés *reflecting* tiene que ver con la actividad de pensamiento y de reflexión que se hace explícito en sesión, no con la idea de reflejo como suele subrayar Andersen. Probablemente el factor específico que trabajo en un procedimiento de esta naturaleza es una conspicua reducción de la idealización o del *transfert* de parte de los clientes y contemporáneamente con un potente investimento afectivo en relación a éstos últimos de parte de los terapeutas.

El aspecto a profundizar tiene relación con el nodo de cambio: ¿Cuál es el procedimiento que produce una “diferencia que crea una diferencia”? Andersen sostiene que la potencialidad de cambio está en la exposición de la persona o de la familia a un evento que representa una nueva posibilidad de ver las mismas cosas: no se trata de un insight en el sentido psicoanalítico, sino de una situación que permite encontrar una salida inusual a un contexto habitual. De cualquier manera el equipo o el terapeuta

predisponen una situación que “impacta” al interlocutor, en el sentido de que se conecta con una nueva potencialidad emotiva a hechos o narraciones que los clientes traen a la sesión y que representan su bagaje de elaboración habitual del problema.

El mismo Andersen considera la propia posición teórica entre la cibernética de primer orden y la de segundo orden. La cibernética de primer orden considera el problema como un evento en sí mismo; el profesional lo descubre así como es y del disturbo tiene sólo una versión. Además el cambio puede ser dirigido, piloteado desde el externo, por lo tanto, resulta previsible. En la perspectiva de segundo orden, en cambio, el problema es correlacionado con el contexto; el profesional trabaja sobre todo con el significado que la persona tiene del disturbo: este significado es visto por la persona como una de las posibles versiones del problema. El cambio sucede espontáneamente “desde dentro” (de la persona, más que del sistema) y nadie puede saber cómo será, o cuando sucederá.

El procedimiento del *Reflecting Team* deriva de la primera posición teórica en cuanto se trata de trabajar con emociones muy arraigadas o con el involucramiento del terapeuta o del equipo que dejan poco espacio a la lucidez. En pocas palabras, cuando la distancia en relación al problema presentado es corta y el trabajo terapéutico corre el riesgo de estar demasiado “cerca” de las cuestiones que han sido triadas a la sesión. Viceversa, sostiene Andersen, si el equipo y el terapeuta son suficientemente separados de la tarea y de los aspectos triados a la sesión, pueden adoptar una posición teórica de segundo orden. Andersen, por otra parte, sostiene que las interpretaciones y los consejos más o menos explícitos son absolutamente dignos de ser evitados, porque se corre el riesgo de que resulten perturbantes para la persona:

Consejos e interpretaciones pueden fácilmente transformarse en perturbaciones alienantes para la persona. Si asimila algo para lo cual su repertorio no tiene respuesta, podría verificarse una desintegración. Un modo para evitar que esto suceda es el fin de la relación. (Andersen, 1991, pág. 34).

Andersen tiene el gran mérito técnico de reducir en los terapeutas la expectativa de rol y de realzar el aspecto personal, mientras, contemporáneamente lleva a la terapia hacia un análisis sobre las modalidades de reflexión acerca del problema presentado.

Lynn Hoffman

Lynn Hoffman representa uno de los mejores ejemplos de los terapeutas que atraviesan la historia entera (o casi) de la terapia familiar, manteniéndose siempre en la mejor posición para ver cómo suceden las cosas. En los inicios de su carrera en California, en Palo Alto con Jay Haley, junto a quien publica *Técnicas de terapia familiar* (Haley y Hoffman, 1969). Después de una breve colaboración con el grupo de Minuchin en Filadelfia, cerca de 1975 se desplaza al Ackerman Institute donde se transforma en una coresponsable del Brief Therapy Project.

En 1978 entra en contacto con el grupo original de Milán. Junto a Peggy Papp es una de las primeras terapeutas norteamericanas a darse cuenta de la potencia de las ideas milanesas, tanto así que crea el término de “Milan Systemic Therapy” (hasta ese entonces no existía ninguna terapia que se definiera exactamente con el nombre de “sistémica”). Después de 1980, escribe algunos artículos fundamentales sobre el modelo milanés, colaborando a su fulminante difusión y encontrando también el tiempo de escribir un importante libro histórico sobre la terapia familiar, leída sobre todo en clave sistémica, *Fundamentos de la terapia familiar* (Hoffman, 1981). En 1987 publica junto a Boscolo y Cecchin, y a Peggy Penn el libro *Milan Systemic Family Therapy* (Boscolo et al., 1987), la única obra completa dedicada a la evolución del modelo milanés según Boscolo y Cecchin. En 1988 escribe un artículo en la cual magnifica la suerte del constructivismo, que aparece en un memorable y único número del *Irish Journal of Family Therapy* (Hoffman, 1988). Pero ya en 1990, con el artículo *Family Therapy: An Art of Lenses* (Hoffman, 1990), toma distancia del modelo sistémico, abrazando el construccionismo social y declarando la fin del modelo cibernético para la terapia. El vuelco se acentúa con el escrito de 1992, *A Reflexive Stance for Family Therapy*, publicado en el fundamental libro a cargo de Sheila McNamee y Kenneth Gergen *Therapy as Social Construction*, que contiene también algunos textos de Anderson, Goolishian, Andersen y Epston (McNamee y Gergen, 1992).

El artículo *Setting Aside Models in Family Therapy* (Hoffman, 1998) marca después su definitiva conversión al postmodernismo, con la superación declarada de todos los modelos. Junto a este cierto triunfalismo de lo provisorio, muy frecuente en los escritos de los postmodernistas, Hoffman pone un problema serio: cuanto es el caso de insistir a construir grandes y complicados modelos que generalmente no tienen nada que ver con la efectiva práctica terapéutica.

La última versión del pensamiento de esta pululante terapeuta de todas las estaciones, es una especie de antología del postmodernismo y llama al apelo de todos los autores que han hecho la historia de la terapia familiar al último revuelo del milenio. Hoffman declara que la lectura del trabajo de Schön es que existe un conocimiento a través del proceso (y no a través de la estructura) y que el profesional asume una posición de profunda escucha en relación al cliente, una escucha que pone en comunicación los diferentes niveles de conocimiento de la persona (a este respecto, véase Bertrando y Tofanetti, 2000). Hoffman sostiene que esta modalidad de escucha es la primera matriz de la *conversación reflexiva*, que

...requiere una gran tolerancia en relación a la vulnerabilidad, porque significa exponer el propio modo de procedimiento. Del mismo modo hace a la consulta muy diferente de la usual relación cliente-profesional, que está basada sobre el asunto que el profesional tenga el saber y que al cliente esto le falte (Hoffman, 1998, pág. 148).

Pareciera que el aspecto más significativo de la idea de Hoffman está todo en la especificidad de la empatía, de una peculiar empatía hecha de una escucha con una actitud receptiva y tolerante, que es paragonable a la actitud del antropólogo moderno, no imperialista (Geertz, 1973).

PROFESIÓN

Desde un punto de vista geográfico, el periodo ve una evolución definida por la profesión. El verbo narrativo de White y Epston se difunde en Australia y Nueva Zelanda, sustituyendo buena parte de la terapia sistémica que se esperaba: las preocupaciones éticas y políticas de los narrativos responden más al carácter de la terapia familiar local. Se crean así dos comunidades que por toda la década restarán impermeables y contrapuestas (M. Crago, 2000, comunicación personal). La narrativa prospera también en los Estados Unidos y en Gran Bretaña, aunque con éxitos bastante diferentes. Los americanos lo acogen como una nueva ideología, sustituyéndola sin lugar a dudas a la cibernética; los ingleses no hacen más que introducirla en el contenedor ecléctico, asimilándola a la práctica psicoanalítica y sistémica, según determina la tradición nacional (véase Pocock, 1995). En el resto de Europa, las escuelas más tradicionales mantienen sus posiciones, incorporando sin embargo una cuota cada vez

mayor de elementos narrativos y conversacionalistas, que se transforman en dominantes sobre todo en Escandinavia y Holanda. Francia inicia a superar el propio aislamiento nacionalista.

La evolución hacia el postmoderno se refiere sobre todo al debate teórico, pero pasa rápidamente del círculo de los iniciados a los manuales que ya son bastante basilares en el formar la profesión. Textos base como los de Becvar y Becvar (1997) o de Nichols y Schwartz describen el evento de postmoderno, construccionismo y narrativa como un vuelco que marca una verdadera nueva era. Contribuye a esto la desaparición o el eclipse de muchas figuras carismáticas de la primera generación: en estos años muere Bowen, Whitaker, Weakland, Selvini Palazzoli y Goolishian, y además se retiran Minuchin y Haley. El hecho es que los terapeutas familiares son ya una comunidad numerosísima y esto permite a los modelos ya consolidados (que no desaparecen de escena) como el estructural, el milanés o el estratégico tradicional, de mantener un buen número de seguidores, mientras que los nuevos maestros recuperan una visibilidad y una popularidad casi mesiánica, como antes le había sucedido a todas las grandes figuras históricas.

En 1999, Carol Anderson, la creadora del término “psicoeducación”, se transforma en la directora de *Family Process*, reemplazando a Peter Steinglass. Sería ya suficiente este paso del Board of Directors de la conocida revista quien revelaría un cambio de clima. Psiquiatra no arrepentida, Anderson había estado entre los más fuertes opositores de la terapia familiar en la esquizofrenia y sólo una década antes habría sido un nombre improponible a la dirección de la revista por excelencia de los terapeutas. Su primera editorial trata sobre el pasar de los terapeutas que se preparan para el nuevo milenio, poco entusiastas a explorar –como habían sido antes- en las últimas novedades del campo.

Al mismo tiempo, en el trazar los límites de la disciplina, Anderson la excluye de muchos de sus campos más tradicionales, reservándole la tarea de “aumentar nuestra comprensión de los componentes cruciales de un buen matrimonio, una paternidad competente, una eficaz capacidad de resolver los problemas”, además de “usar conceptos sistémicos para modificar nuestra propias familias, redes de amigos, escuela, comunidad y políticas sociales, de modo que se preserve y se incentive la capacidad de recuperación de las familias” (Anderson, 1999, pág. 1). La terapia familiar aparece, en esta óptica, poco más que una asistencia social de alto nivel. De aquí la idea que la década representa un periodo de crisis para la terapia

familiar, no obstante muchos desarrollos teóricos y prácticos que la caracterizan.

Dos aspectos se entrelazan inevitablemente, para los terapeutas familiares de todo el mundo: la crisis económica, con los crecientes cortes de balance que interesan, ya sea al sistema privado casi exclusivamente estadounidense, como al sistema prevalentemente público de Europa y Australia (por no decir países menos ricos, que no han jamás vivido la época de la prosperidad terapéutica); y la fuerza decreciente de la identidad de terapeuta familiar, un tiempo fuerte de orgullo y ahora –al menos para algunos- condiciones casi embarazantes.

Economía

Entre todas las profesiones relacionadas con la salud, la psicoterapia goza en Estados Unidos, hasta el 1990, del estatuto más gratificante: los psicoterapeutas son para todos los efectos profesionales privados, con la “posibilidad de contactar privadamente a clientes particulares a su elección, estableciendo sus propios precios, decidiendo el tratamiento a determinar, los objetivos, la profundidad, además del momento y los motivos para terminarlo” (Sykes Wylie, 1994a, pág. 22); y, al mismo tiempo, son en gran parte repagados por generosas compañías de aseguración, que poco o nada indagan sobre su trabajo.

Lo que sucede en los Estados Unidos, con la revolución de la *managed care*, es que los psicoterapeutas, los profesionales que más se basaban sobre la relación entre privado e individuo, son entre los más afectados por los recortes. Los manager dictan la elección de los clientes, de las intervenciones e incluso a veces del número de sesiones (no es casual que Steve De Shazer, con sus cuatro sesiones de promedio, esté entre los maestros más admirados de la década). Según una investigación de Mary Sykes Wylie (1994a), los derechos de los terapeutas bajan un 25% con el ingreso en la HMO; en compensación, crece la carga burocrática y la necesidad de justificar cada elección terapéutica.

No es que las cosas sean mejor en Europa. A diferencia del psicoanálisis, la terapia familiar queda sobre todo limitada a los profesionales de los servicios públicos. Sobre ellos, los cortes impuestos a la sanidad en toda Europa, se sienten fuertemente. Cada vez menos los profesionales formados en terapia familiar pueden ejercerla verdaderamente: el requerimiento es de ocuparse en terapias más consideradas como esenciales. Deriva también de esto, la creciente petición de modelos que provienen de teorías sistémicas familiares, pero adaptadas

al trabajo con los individuos (Boscolo y Bertrando, 1996). Así el problema económico se salda con el de la identidad: la terapia familiar es considerada costosa, difícil, no adapta al nuevo clima. Sufren los costos de esto las instituciones. El ejemplo paradigmático es una vez más de los Estados Unidos, el del Philadelphia Child Guidance Clinic, que Minuchin había transformado en un santuario del trabajo con familias, La directora, Elizabeth Weller, en 1997 reconoce la adopción de terapias farmacológicas en lugar de la vieja aproximación familiar (Weller, en Waters, 2000, pág. 38). La tardía conversión, además, no servirá y la gloriosa clínica de Minuchin cerrará definitivamente las puertas en 1999.

Identidad

La cuestión de la identidad del terapeuta familiar puede ser evaluada, al menos en lo que respecta a los Estados Unidos, relejendo los años del *Family Therapy Networker*, que ofrece una óptica panorámica de las tendencias de los terapeutas medios. Si todavía los primeros números de la década reciben entrevistas o monografías dedicadas a algunos nombres ilustres, lentamente los contenidos se hacen cada vez más genéricos: los disturbos borderline, los psicofármacos, el dinero, la EMDR. Por último, el *Networker*, cada vez menos connotado por la terapia familiar, se transforma en un órgano de terapeutas que adoptan un cierto género de técnicas y modelos, que no son ni psicoanálisis, ni comportamentales, ni cognitivos, sino que no necesariamente se acercan a las varias corrientes de la *Family Systems Theory*. En el 2000, la metamorfosis se cumple con el cambio de título, que se vuelve sencillamente *Psychotherapy Networker*, enterrando definitivamente sus raíces de terapia familiar.

En los Estados Unidos, la terapia familiar está ya lejos de sus raíces psiquiátricas y casi se identifica con la consultoría matrimonial y de pareja; del resto, no existe mucha alternativa. A medida que los terapeutas familiares se alejan de la psiquiatría para dedicarse a la profesión privada, los espacios que se abrían eran sobre todo aquellos de las intervenciones sobre las parejas o aquellos de naturaleza más o menos pedagógica. La masa de los terapeutas familiares de éste país, se reconoce en el profesional privado, dedicado fuertemente al trabajo con parejas. El terapeuta europeo, por otra parte, es sobre todo un terapeuta individual que ve cada cierto tiempo un familia, o que sencillamente se ilusiona en el lograr seguir alguna. Frecuentemente el mejor modo de adaptarse a la situación es el de transformarse en un experto en psicoeducación.

Todo esto puede transformarse en un problema para la terapia familiar como disciplina... Tomemos a un terapeuta que, solo en su estudio, ve indistintamente individuos, parejas o familias. El terapeuta que ve individuos tiende –especialmente en circunstancias de aislamiento- a recuperar una visión lineal y a ver las cosas en una perspectiva individual; el terapeuta que ve a una pareja, por otra parte, trabaja sobre las relaciones, pero sobre problemas que son evidentemente relacionales: todos entienden que los problemas de las parejas están en la interacción, salvo algunos miembros de las parejas, que están demasiado ocupados en atribuirse mutuamente la responsabilidad de lo que sucede. Sin embargo, para ver en términos sistémicos a una *familia* se necesita pensar de manera diferente: desarrollar una visión sistémica. Aquello que entonces puede suceder es que, bajo la influencia del contexto, se haga cada vez más difícil recuperar la visión sistémica después de haber seguido una serie de casos en los cuales, queriendo, se podrían evitar.

Lo mismo puede suceder a la casi totalidad de los terapeutas que operan en las estructuras públicas, en los cuales jamás el contexto favorece una visión sistémica, requiriendo incluso, de adoptar lo más posible una visión lineal. Es entonces posible que aquella que Shields y sus colaboradores (1994) definen en un artículo como la “marginalización de la terapia familiar” pueda llevar no tanto a la extinción de la *profesión* de terapeuta familiar, sino que a la extinción del *paradigma* (sistémico) de la terapia familiar como nosotros la conocemos.

Por otra parte, la psicoeducación o bien el trabajo con los internados, dos de las especializados que en estos años parecen substraer a la terapia familiar de su elegante gueto de *political correctness*, corren un fuerte riesgo de recaer en esta pérdida de paradigma: en ambos casos, los terapeutas entran en campo como especialistas, como “técnicos de la familia” (la psiquiatría biológica, la medicina interna) en la cual la visión sistémica no tiene más una ciudadanía. Obtienen un reconocimiento, pero al precio de la propia coherencia o, por lo menos, corren este peligro.

Por otra parte, aquella que es presentada como un gran suceso de lobby de las terapias familiares, la GARF (Global Assessment of Relational Functioning, una escala de evaluación propuesta para la inclusión del pensamiento sistémico en el DSM IV), (véase Clerici y Bertrando, 1995). Para ser reconocida al interno del DSM, de hecho, el “diagnóstico familiar” de la GARF debe forzosamente tratar los problemas *exclusivamente* familiares. Lo que sería positivo, salvo que una anorexia (o cualquier otra psicopatología reconocida) *no pueda* ser considerada de algún modo un

problema familiar: estando al interno del DSM, la anorexia es un diagnóstico de Ass I, por lo tanto individual, luego entonces la familia no tiene nada que ver. Es por esto que , probablemente, los casos presentados como ejemplo en el artículo de presentación de la GARF sobre *Family Process* (Miklowitz et al., 1996) se asimilan a casos tomados de una texto de asistencia social: porque la especificidad de la terapia familiar está justamente en la idea que las “patologías individuales” son inescindibles del “contexto familiar” –o mejor dicho, que son un todo-. La aceptación de la GARF en el DSM V o VI sería una legitimación de la terapia familiar como técnica, pero quizás una derrota definitiva como paradigma. Enfrentar estos dilemas se ha vuelto el desafío que la terapia familiar debe superar en beneficio de su propia supervivencia como disciplina.