

Journal of Marital and Family Therapy

October, 1995

Volume 21, Number 4

SPECIAL ISSUE — THE EFFECTIVENESS OF MARITAL AND FAMILY THERAPY

Editors' Introduction Sprinkle & Bailey 339

The Effectiveness and Efficacy of Marital and Family Therapy: Introduction to the Special Issue Pincus & Wynne — Guest Editors 341

The Efficacy and Effectiveness of Marital and Family Therapy: A Perspective From Meta-Analysis Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery 345

The Effectiveness of Psychoeducational Family Therapy in the Treatment of Schizophrenic Disorders Goldstein & Miklowitz 361

A Review and Evaluation of Marital and Family Therapies for Affective Disorders Prince & Jacobson 377

The Effectiveness of Family Therapies for Selected Behavioral Disorders of Childhood Estrada & Pincus 403

The Effectiveness of Family Therapy in the Treatment of Adolescents With Conduct Disorders and Delinquency Chamberlain & Rosicky 441

Treatment of Marital Conflict and Prevention of Divorce Bray & Jouriles 461

Family Therapy Treatment Outcomes for Alcoholism Edwards & Steinglass 475

Efficacy of Family Therapy for Drug Abuse: Promising But Not Definitive Little & Dakof 511

The Effectiveness of Family Interventions in the Treatment of Physical Illness Campbell & Patterson 545

The Efficacy of Marital and Family Therapy: An Empirical Overview, Conclusions, and Recommendations Pincus & Wynne 585



**American Association
for Marriage and Family Therapy**

1100 17th. Street, NW, 10th. floor, Washington DC, 20036-4601 - U.S.A.

Lenguaje y cambio: el uso de palabras clave en terapia*

Luigi Boscolo, Paolo Bertrando, Paola Maria Fiocco,
R. Meri Palvarini, Jacqueline Pereira**

Los autores analizan las expresiones lingüísticas en el proceso de cambio. Se ocupan de comprender cómo operan determinadas palabras y la manera de usar los instrumentos lingüísticos para indagar el proceso terapéutico. La utilización por parte de los terapeutas de expresiones verbales con cierto grado de ambigüedad e indeterminación evoca estados emotivos particulares. Éstos incluyen las "palabras clave".

Las palabras clave tienen una gran potencialidad de redefinición. Operan por connotación. Dichas palabras son relacionadas en este artículo con el léxico terapéutico y analizadas en su contexto terapéutico y lingüístico.

Los razonamientos que siguen nacen de nuestro interés por los procesos de cambio que se verifican en terapia. Creemos que, a menudo, tales procesos están ligados al uso de expresiones verbales dotadas de un cierto margen de ambigüedad e indeterminación, capaces de evocar estados emotivos particulares. Estas expresiones verbales incluyen lo que hemos llamado "palabras clave". En nuestro trabajo, la elección de una palabra clave es

algunas veces determinante para poner en marcha un cambio o para desbloquear situaciones que parecen condenadas al estancamiento. En otras ocasiones, los cambios son impulsados por palabras o metáforas a las que el paciente atribuye una particular importancia, que se expresa por medio de ese cambio, aun cuando el terapeuta haya pasado por alto el peso de la expresión. Esto concuerda con la idea de que los significados son otorgados por el receptor y no por el emisor.

Palabras clave se han utilizado en muchas otras situaciones: basta pensar en las contraseñas de los políticos, palabras gráficas, de un impacto emocional intenso. Éstas tienen su propio contexto y a veces una potencia tal que constituyen un contexto en sí mismas. Por ejemplo: el "New Deal" de Roosevelt es una frase que, decenios después, es capaz de evocar una atmósfera de optimismo y fe en el futuro. Otro tanto puede decirse del nombre elegido por el sindicato polaco libre: "Solidarnosc". Un político italiano de los años sesenta, para señalar la necesidad de realizar acuerdos entre partidos que no limitasen la posibilidad de acción de cada uno, habló de

* Este artículo ha sido publicado en *Terapia Familiare* n° 37, noviembre de 1991. Traducción de la Lic. Juana Gerardi.

** Luigi Boscolo, codirector del Centro Milanés de Terapia Familiar, Via Leopardi 19, Milán. Paolo Bertrando, miembro de la Asociación de Investigación sobre la Esquizofrenia (ARS), Via Tamagno 5, Milán. Paola Maria Fiocco, miembro del Departamento de Sociología de la Universidad de Padua. R. Meri Palvarini, miembro de la Unidad Sanitaria Local Párvulos, Módena. Jacqueline Pereira, miembro del Centro Milanés de Terapia Familiar.

"convergencias paralelas", una expresión cuasi-paradojal, imposible pero a la vez necesaria.

En el campo de la terapia, el grupo de Millán comenzó a utilizar las palabras clave ya en los años setenta, aun sin llamarlas así, dándose cuenta de su eficacia. Hasta 1975 la atención se centró en la elaboración de una hipótesis sistémica de la que derivaba una intervención final a la que se atribuía la posibilidad de inducir un cambio, desechando el interés por la sesión (24).

Después de 1975, la atención se desplazó a la conducción de la sesión; de allí nacieron los conceptos de neutralidad, circularidad e hipotetización (25). Las preguntas circulares emergieron como herramientas de gran valor para el terapeuta. Con tales preguntas, el terapeuta evaluaba las hipótesis que poco a poco surgían del discurso. La consecuencia natural fue la preocupación por el lenguaje.

Más tarde, el interés por los comportamientos verbales y no verbales, comunes a la familia y al terapeuta, se asoció al interés preexistente por la organización del sistema observado. Paralelamente, las emociones y sus expresiones lingüísticas y analógicas también se transformaron en objeto de interés.

Hoy, nuestra búsqueda de expresiones lingüísticas está intentando pasar de una fase intuitiva a una fase analítica. Este trabajo sobre las palabras clave es un primer ejemplo; de las metáforas y la metonimia, pertenecientes al campo de la retórica, nos ocuparemos en un próximo trabajo. Trataremos de comprender cómo se comportan determinadas palabras y por qué. O sea, cómo usar los instrumentos lingüísticos para indagar el proceso terapéutico, para lo cual definiremos los límites de nuestra investigación.

Niveles de análisis del lenguaje

El constructivismo de Gregory Bateson en primer lugar (3), luego el de Maturana y Varela (15), y el constructivismo radical de Von Glasersfeld, que influyeron fuertemente en el

pensamiento sistémico-cibernético, constituyen un modelo científico que pone en primer plano el rol del observador en la construcción de la realidad. Esta idea ya había sido desarrollada por los semiólogos en la primera mitad del siglo.

La idea de arbitrariedad en la conexión entre significante y significado introducida por la teoría del signo de De Saussure (7) abrió el camino a la posibilidad de concebir la lengua como la forma de construir significación y, por lo tanto, de construcción directa de la realidad. Esta línea de pensamiento alcanza su máxima expresión en las obras de Sapir (23) y de Whorf (26), y ha sido recientemente ampliada por Eco (8, 9).

Algunas de las teorías lingüísticas actualmente más reconocidas —todas las gramáticas generativas derivadas de la obra de Chomsky, incluso su "gramática universal" (6)— abandonaron por completo la corriente de la "correspondencia dual" entre palabras y objetos externos. Las semióticas y semánticas estructurales indagan los determinantes culturales y las interacciones ambientales que llevan a que una lengua natural se hable como se habla. La gramática universal chomskiana, en cambio, analiza los determinantes responsables de nuestra capacidad para hablar una lengua cualquiera. En el primer caso se investigan sucesos; en el segundo, potencialidades. Las diversas teorías del lenguaje se proponen, por lo tanto, objetivos diferentes, y para conseguirlos deben trabajar en varios niveles. Podemos esquematizarlos partiendo de un nivel general, o Nivel Cero, para llegar luego a otros más específicos.

Nivel Cero

En este nivel podemos ubicar las gramáticas generativas y transformativas que van de Chomsky (6) a Fodor (11), y a los lingüistas de derivación chomskiana que adquirieron relieve en los últimos decenios. Estos autores toman en consideración la facultad innata —que se presume genéticamente determinada— que hace posibles los actos lingüísticos de los seres hu-

manos. Tal facultad es definida como "competencia lingüística". Las lenguas naturales se consideran actos de las potencias ínsitas en el sistema "gramática universal". La indagación lingüística se concentra en las características comunes a todos los hablantes de todas las lenguas, lo que la coloca en el nivel más general de nuestra clasificación.

Nivel Uno

Los lingüistas que trabajan en este nivel —De Saussure (7), Jacobson (14), Putnam (21), Sapir (23), Whorf (26)— se ocupan sobre todo de las lenguas históricamente existentes; por lo tanto, de la realización de las posibilidades investigadas por la gramática universal. Tal aproximación lingüística, la lingüística estructural, no ve a la lengua desde el punto de vista neurobiológico, sino como co-creación de una comunidad hablante, o sea como un fenómeno interactivo. Cada lengua tiene características —gramática, sintaxis, semántica— que la diferencian de otras. La lingüística estructural, que De Saussure define como la lingüística de la lengua, es la que se ocupa de aquello que es común a todos los hablantes de una lengua dada.

Nivel Dos

Algunos lingüistas, como Morris, han descrito esta disciplina como "pragmática"; otros, como Umberto Eco, prefieren verla como una rama de la semántica. La pragmática se ocupa de la interacción lingüística entre los individuos y de sus efectos, o sea, de las particularidades de los distintos modos de hablar; y comprende todas las manifestaciones de comunicación paraverbal y no verbal (2, 4) a menudo dejadas de lado en el estudio lingüístico por ser difícilmente objetivables o no codificables. En el estudio de la conversación deben considerarse incluidos todos los modos comunicativos empleados —o empleables— en la interacción efectiva entre dos o más seres humanos.

Éste es el nivel más próximo a nuestra

práctica terapéutica. Dentro de este nivel nos interesa el lenguaje en su doble oposición: verbal/no verbal, cognoscitivo/emotivo. Nos ocuparemos también de los significados de las metáforas, las metonimias y, naturalmente, de las palabras clave, pequeño sector de este nivel, que son el objeto del presente trabajo.

Retórica y terapia

Estudiando el segundo nivel, nos parece que una de las búsquedas potencialmente más fructíferas es la que explora la conexión entre la terapia y la retórica. Los antiguos definían la retórica como el "arte de persuadir". Conceptos como "persuasión" y "convencimiento" no sugieren en este caso el engaño o intención moral dudosa en los que se piensa hoy. La retórica griega era la manera de obtener efectos a través de las palabras, o sea, la relación entre el lenguaje y la acción —uno de los puntos centrales en el vínculo terapéutico—.

Esto significa que, ya desde la antigüedad, eran conocidas las relaciones entre los dos aspectos de la comunicación. En este sentido, la retórica fue la primera disciplina que se tendió como puente entre pensamiento y acción, a diferencia de la lógica, que escindía estas dos realidades. El arte de hablar bien es secundario para nosotros, no así las emociones evocadas en la interacción a través de una determinada estructura del discurso que conecta pensamientos y significados. La retórica, entonces, es el modo en que un discurso —una disposición dada de los elementos del discurso— consigue actuar sobre el interlocutor, provocando emociones ligadas a determinados significados.

La retórica nació en Siracusa en los primeros decenios del siglo V a.C., cuando dos tiranos expropiaron tierras para dárselas a soldados mercenarios (16). Abatida la tiranía, se inició una larga cadena de procesos. Corax y su alumno Tisias trabajaron partiendo del siguiente principio: *lo que parece verdad pesa más que lo que es verdad*. Por lo tanto, se dedicaron a buscar técnicas aptas para la demostración de una tesis.

También en Sicilia florecía la *psicagógica*, un tipo de retórica que arrebatava el alma de la audiencia y se dirigía a suscitar emociones intensas en el oyente para obtener cambios en su comportamiento. Más tarde, Aristóteles introdujo el concepto de "contexto" al hablar de la "oportunidad" del discurso, que debía variar según las circunstancias y las condiciones de los interlocutores. Sistematizó la retórica, reconoció su eficacia y estableció que, así como la lógica usa el silogismo, la retórica tiene su principal instrumento en el *entimema*, que llega a conclusiones probables y creíbles.

Muchos entimemas aristotélicos se basan en los así llamados "*loci communi*". Mortara Garavelli (16) cita un ejemplo: "Si ni siquiera todos los dioses saben todas las cosas, más difícilmente las sabrán los hombres". Esto se basa en el lugar común "del más y del menos". Aristóteles también se ocupó de la metáfora y de sus efectos como figura central del discurso.

En este punto conviene destacar las similitudes y las diferencias entre un retórico y un terapeuta sistémico. Ambos tratan de cambiar las premisas de sus interlocutores a través del lenguaje y de las emociones acarreadas por éste; ambos trabajan con palabras y metáforas. Pero si el retórico tiene que sustentar una tesis, el terapeuta, en diálogo con sus pacientes, está continuamente en busca de una tesis que no será jamás definitiva. Los efectos de esta búsqueda pueden hacer surgir en el consultante —pero no sólo en él— nuevas emociones, nuevos sistemas de significado, que pueden, a su vez, devenir nuevas premisas. Parafraseando a Pirandello, una familia que hace terapia puede ser vista como un grupo de personajes en busca de un autor; y con ello, de un libreto.

El terapeuta que trabaja con el método de Milán explora con sus pacientes diversas hipótesis, y en el torbellino de preguntas y respuestas pueden surgir nuevas concepciones, ideas, significados; o sea) nuevas historias. En este sentido, la terapia sistémica se encuadra en una *retórica de lo impredecible*.

Léxico terapéutico y palabras clave

Definamos "léxico terapéutico" como el lenguaje que emerge en el tiempo de la relación entre paciente y terapeuta. Por ejemplo, en la terapia rogeriana, el terapeuta tiende a repetir ciertas preguntas o afirmaciones del paciente: "Usted dice... ah, ah", que indican al mismo tiempo atención y aceptación. Se crea así un léxico totalmente basado en el lenguaje del consultante, mientras que el terapeuta se abstiene de evidenciar y subrayar algunas palabras y emociones expresadas por el paciente. El analista freudiano clásico interrumpe sus largos silencios con afirmaciones o interpretaciones precedidas de palabras dubitativas: "Me pregunto si...", que abren el discurso y dejan al paciente la búsqueda del significado.

Es sabido que gran parte de los terapeutas familiares de diversas corrientes tienden a ser muy activos durante el desarrollo de la sesión. Es característica del léxico del modelo de Milán la formulación, por parte del terapeuta o del consultante, de preguntas sugeridas por hipótesis basadas en "datos" ofrecidos tanto por los pacientes como, naturalmente, por los prejuicios y teorías del mismo terapeuta.

No hay que pensar que el proceso sea tan mecánico y unidireccional como puede parecer; es posible, por el contrario, que las preguntas del terapeuta surjan de las afirmaciones del consultante, como habíamos indicado al comienzo. Nuestro interés por el léxico terapéutico nos ha llevado a considerar la importancia de ciertas palabras o perífrasis, ligada a la naturaleza misma de las palabras, al contexto en que se enuncian o a ambos. Tales palabras clave tienen una gran potencialidad de redefinición. Pueden introducirse en las historias de los pacientes desorganizándolas, lo que puede dar lugar, a su vez, a un reordenamiento, o sea, a un cambio. Utilizando el lenguaje de Prigogine, se diría que las palabras clave pueden desplazar del orden preexistente a un sistema alejado del equilibrio. El sistema se reorganiza si la nueva construcción complace, atrae o sorprende. Frecuentemente, las palabras clave:

- evocan momentos significativos de la vida de relación;
- son palabras-puente aptas para reunir mundos diversos y contrapuestos;
- activan cortocircuitos entre los tres niveles: conocimiento, emoción y acción, generando un recorrido que no tiene comienzo ni fin: es "la eterna guirnalda brillante" de Hofstadter (13);
- crean estados de ambigüedad por su naturaleza polisémica.

Podemos dividir las palabras clave en dos categorías: las que se aplican en situaciones diferentes, con diferentes consultantes; y las que se aplican con un paciente específico y en un momento específico. Tal subdivisión recuerda la de los rituales del primer período del grupo de Milán (1971-1975).

Muchas palabras clave de la primera categoría están relacionadas con temas de gran carga emotiva o afectiva, como nacimiento/muerte, atracción/separación, enfermedad/salud, etc. Hay palabras más aptas que otras para evocar esos temas.

Tomemos un ejemplo: si nos encontramos frente a los padres de un hijo sintomático que, como a menudo sucede, se retira de la vida social, abandona a los amigos y a veces la escuela y el trabajo, y en poco tiempo termina por atrincherarse en la casa, podemos preguntarle: "¿Cómo explican que el hijo de ustedes se haya declarado en huelga?"; y luego al hijo: "Y usted, ¿por qué ha decidido hacer huelga?". "Huelga" es una palabra ambigua y polisémica que cubre un amplísimo campo semántico, en el cual entran en juego varios significados posibles.

La palabra es ambigua porque se emplea en un contexto clínico, donde los expertos la usan en reemplazo de "enfermedad". Desde el momento en que el contexto es matriz de significados y está en relación con la conversación, esa palabra vuelve ambiguo al contexto. Ya que todo sistema interactivo tiende a encontrar la

coherencia, los consultantes pueden reaccionar ante esta ambigüedad encontrando nuevos significados.

Para ilustrar la manera en que una palabra clave como "huelga" puede ayudar en la tarea terapéutica, es útil referirse a la lingüística saussureana, revisada y modificada primero por Roland Barthes y luego por Umberto Eco (8, 9). Según este modelo, cada signo colocado en un particular sistema de significaciones consta de dos elementos —significante y significado— indisolublemente unidos como las dos caras de una hoja de papel. Sin embargo, la relación entre significante y significado no es tan simple como parece a primera vista; es unívoca en ciertos lenguajes, como los de programación de computadoras, mientras que en las lenguas naturales es mucho más compleja. Eco ha aclarado la distinción entre *denotación* (correspondencia unívoca entre significado y significante) y *connotación* (correspondencia múltiple y multiforme entre las dos partes):

"Sobre la base de un código dado, un significante denota un significado. La denotación es una relación directa y unívoca, rígidamente fijada por el código. La connotación sucede cuando la pareja significante/significado denotado devienen juntos el significante de un significado agregado. Podrá luego suceder que esta connotación genere otra, con respecto a la cual el significado ya connotado deviene el significante del nuevo significado" (8, págs. 37-38).

Por todo lo dicho, es evidente que las palabras clave operan por connotación y que cuanto más polivalentes sean y, por ende, más ricas en posibles connotaciones, más útiles resultarán. Es oportuno que el discurso terapéutico dé cabida a estas connotaciones. De este modo, en su interior se constituirá entre las varias connotaciones de las palabras usadas un equilibrio tal que los pacientes tendrán la posibilidad de elegir alguno de los significados.

Retomemos la palabra "huelga" y examinemos sus diversas connotaciones y los efectos

tos de sustituirla por "síntoma" o "enfermedad" en la conversación terapéutica.

1. La palabra "enfermedad" es una etiqueta que implica que los comportamientos observados deben considerarse involuntarios, mientras que "huelga" indica voluntariedad o intencionalidad.
2. "Huelga", por definición, connota una relación y representa una acción realizada contra o en nombre de alguien.
3. Al usar "huelga", el terapeuta otorga un sentido al comportamiento del paciente en relación con las personas que significan algo para él.
4. Los diversos significados (o sea, las diversas connotaciones) de esta palabra introducen ambigüedad: una huelga puede estar justificada o no; puede ser hecha a favor de alguien o en su contra; para obtener alguna cosa o para evitar otra; puede apoyar una causa justa o injusta.
5. Hasta el horizonte temporal que implica "huelga" es distinto del evocado por "síntoma" o "enfermedad": implica un período de vida definido por un comienzo y por un fin, mientras que la enfermedad puede ser breve, cíclica o crónica.

Así, es posible preguntar: "¿Es la primera huelga de esta clase en la familia?", "Habitualmente, ¿cuánto dura una huelga como ésta?", "¿Es una huelga general o es contra alguien en particular?", "¿Qué cosa deberían hacer los miembros de su familia para manejar esta huelga?"

Recordamos un procedimiento de este tipo, aplicado por Salvador Minuchin durante una primera sesión. A la pregunta: "¿Por qué me ha venido a ver?", el padre de la paciente respondió: "¡Porque mi hija sufre de anorexia nerviosa!". Minuchin le pregunta inmediatamente, con expresión casi perpleja: "¿Anorexia nerviosa?... Ah, sí, esa palabra griega que quiere decir 'obstinación'. Usted ha venido porque tiene una hija obstinada... Ajá".

Son muchas las palabras clave utilizables

en terapia. Por ejemplo, introducir la palabra "esclavitud" como causa de un síntoma o de un comportamiento suele ser útil en la anorexia o bulimia, en la tóxico-dependencia o en las neurosis obsesivas, es decir, en los casos en los que los síntomas tienen un fuerte poder compulsivo y donde el problema básico es el del control. El terapeuta define al paciente como "esclavo" de una fuerza más grande que él, que lo obliga a caer en comportamientos indeseados. El campo semántico es, de cierta manera, opuesto al evocado por "huelga", donde un comportamiento juzgado involuntario es redefinido como intencional. En el caso de "esclavitud", un comportamiento que a menudo el paciente cree poder controlar es reformulado como incontrolable. El terapeuta tiene así la posibilidad de crear una alianza con el paciente, víctima de un poder negativo que lo condiciona y, de este modo, lo sustrae a la idea de ser "malo" o de estar "enfermo".

Juegos lingüísticos

Wittgenstein (27) diría que las palabras clave son utilizables en gran parte de los juegos lingüísticos. Nosotros agregamos que favorecen el pasaje de un juego lingüístico a otro, colocándose como "entrecara" entre juegos. En las palabras del mismo Wittgenstein:

"Llamaremos 'juegos de lenguaje' o 'juegos lingüísticos' a los sistemas de comunicación... Estos son más o menos afines a los que, en el lenguaje común, llamamos juegos. A los niños se les enseña la lengua madre mediante tales juegos, que, como todos ellos, son divertidos. Nosotros, sin embargo, consideramos los juegos de lenguaje descriptos no como partes incompletas del lenguaje sino como lenguajes completos, como sistemas completos de comunicación humana".

A menudo nuestros pacientes parecen aferrados a jugar solamente ciertos juegos lingüísticos y no otros. El uso de palabras y de

frases ambiguas asume aquí una función de puente entre varios juegos. La hipótesis es que si los consultantes consiguen jugar nuevos juegos, podrán escapar de los que les prolongan el sufrimiento. Experimentar emotivamente —y no sólo cognoscitivamente— nuevos juegos de lenguaje contribuye a cambiar las premisas.

Por ejemplo, decir una palabra clave como "idea" pone en marcha un nuevo juego lingüístico. Se puede preguntar a un paciente: "¿Cuándo le apareció la idea de ser un incapaz?", "¿Cuándo le vino por primera vez la idea de que no será jamás un padre como el que usted tuvo?", "¿Quién comparte esa idea en su familia?"

Usar "idea" en lugar de "síntoma" es una manera de eliminar el verbo "ser". Se pasa del juego ontológico (qué *es* incapaz) al epistemológico (que *piensa* ser un incapaz). Se coloca la epistemología donde estaba la ontología.

Otra palabra utilizada con cierta dosis de ambigüedad puede ser "enamoramiento" o "enamorarse", referida a las relaciones familiares. Por ejemplo, Giorgio era un joven de 28 años; tenía una hermana cinco años menor que estaba de novia; los padres eran propietarios de una lavandería. Giorgio trabajaba en la lavandería con el padre, pero desde hacía casi cinco años había comenzado a consumir heroína, en la que gastaba todos sus ingresos y por la cual hasta robaba en la casa.

En el curso de la primera sesión, el terapeuta irrumpe: "Giorgio, ¿no será que usted se droga porque está enamorado de su madre?". El joven contesta: "¡Es cierto! Siempre he estado enamorado de mi madre". Nuevas preguntas introducen luego la posibilidad de que Giorgio se haya dado a la heroína justamente para no enamorarse de otra mujer y, sobre todo, para poner a prueba el amor de la madre, que es la persona a la que siempre recurre cuando está sin dinero para comprar más droga o cuando está en crisis de abstinencia. El dinero recibido de ella es una prueba de amor. Giorgio asiente y agrega: "¿Es malo amar tanto a la madre?". "En abstracto, no" —replica el terapeuta— "es una elección que usted hace, una elección que

condiciona su vida. Eventualmente, los niños, entre los 10 y 12 años, se distancian de la madre y se enamoran del padre para luego, en la adolescencia, enamorarse de personas o situaciones que están fuera de la familia. En su caso, este paso no se ha cumplido, usted ha permanecido enamorado de su madre. Y la heroína es el medio que le permite mantener el enamoramiento hacia ella".

La palabra "enamoramiento", en este contexto, sugiere dos posibles situaciones: la natural entre progenitor e hijo; y la antinatural, incestuosa, en que el hijo asume el rol de compañero. En el curso de la segunda sesión, el terapeuta, en diálogo con la hermana, se interesa por la posición del padre dentro de la familia. Inesperadamente, éste se pone a llorar. Emerge poco a poco una situación de soledad y marginación para el padre, justificada por el mismo amor hacia el hijo.

Cuando aparecieron los síntomas del hijo, el padre se retiró y se lo dejó a la madre. La palabra clave, "enamoramiento" en este caso, encendió la chispa de un proceso de cambio cuyos efectos repercutieron en las sesiones siguientes.

Otro caso nos mostrará cómo una palabra clave puede revelar las ambigüedades de una relación. Mario era un jovencito de 15 años, el primogénito, con cinco hermanos, en una familia de origen meridional que vivía en los alrededores de Milán. Después de haber sido un niño ejemplar hasta los 12 años, imprevisiblemente comenzó a robar y a volverse antisocial, hasta convertirse en el jefe reconocido de una banda de adolescentes. Capturado varias veces por la policía, era la permanente preocupación de sus padres. Finalmente, la asistente social envió a toda la familia a terapia porque sabía que el jefe de policía local esperaba con impaciencia que Mario cumpliera 15 años para, por fin, poder imputarlo y enviarlo a la cárcel. Ella estaba genuinamente preocupada por Mario. "Si va a prisión será el final: iniciará la carrera de delincuente", decía.

En la primera sesión, toda la familia se presenta como una familia modesta pero digna.

La madre aparece como la figura central, e impresiona a todo el equipo por su gran energía e intensidad emotiva. Todos los hijos parecían muy ligados a ella; Mario también lo había estado antes de comenzar a delinquir. El equipo, partiendo de la hipótesis de que los síntomas de Mario eran una protesta por presuntas preferencias de la madre por sus hermanos, elige la palabra "intensidad", referida a la madre, y "moral", relativa a Mario, para sugerir el tema apego/pérdida, central en este caso:

"Pensamos que Mario es un joven muy moral. En el centro de su atención está la justicia. A los trece años ha comenzado a darse cuenta de que, siendo su madre una mujer muy intensa, los hermanos y hermanas se le iban adhiriendo cada vez más, aislando así al padre. Siendo la madre tan intensa, Mario ha sentido el peligro de que los hermanos no sabrían desprenderse de ella en el futuro, no se casarían, y el padre se vería privado de su parte de la madre. Mario decidió entonces convertirse en un gran problema para que los padres se ocuparan de él, restituyendo al padre la posición perdida y dejando solos a los hermanos, de manera de obligarlos a ocuparse de otras cosas".

La palabra "moral", al invertir la connotación negativa de la delincuencia e introducir un elemento de relación positivo, produjo asombro en la familia. Por otra parte, el uso repetido de la palabra "intensidad" referida a la madre sugiere tanto "gran afectividad" como el "posible peligro" de una detención en la evolución de la familia, con el consiguiente impedimento de la separación e individuación de los hijos. Si la palabra "moral" había causado estupor, la palabra "intensidad" produjo una visible incomodidad en la madre y los hijos mayores, y una expresión de agradable sorpresa en el padre.

Vuelto a su casa, Mario pidió ser enviado por un tiempo a la casa de sus abuelos en la Puglia, para un cambio de aire. Con anterioridad, las súplicas de los padres para que pasara una temporada en casa de los abuelos y se

sustrajera así de un futuro peligroso no habían tenido respuesta.

Mario permaneció con los abuelos tres meses y, a la vuelta, retomó la escuela y se encaminó hacia una vida normal.

Contextos terapéuticos, contextos lingüísticos

Ya desde los primeros intercambios, el terapeuta está atento al "léxico" y al tipo de lenguaje de sus interlocutores: no sólo a las palabras sino también a la complejidad de las connotaciones no verbales. Esto le permite calibrar las propias palabras y emociones para integrarlas en el contexto creado con los consultantes. El terapeuta se sumerge en una conversación lo más abierta posible. (Goolishian [1] sostiene que "tener abierto el discurso" es la actividad principal del terapeuta.) El lenguaje es una actividad recíproca y los complejos intercambios entre las personas en una conversación son vehículos de innumerables posibilidades, acciones y significados. Esta reciprocidad puede describirse como la lectura de los efectos de las palabras y de las emociones del terapeuta en sus pacientes y, recíprocamente, de los efectos de éstos en el terapeuta.

De las palabras de sus consultantes, pero sobre todo de su lenguaje analógico (no verbal), el terapeuta extrae la orientación acerca de cómo son interpretadas sus intervenciones. Un rostro que se ilumina, una mirada de aprobación o una imprevista sacudida de cabeza pueden ser indicadores de que están emergiendo nuevas perspectivas.

El terapeuta a veces es miembro de un equipo terapéutico que observa la sesión detrás de un espejo o en una pantalla de televisión. Tradicionalmente, el terapeuta y el equipo se reúnen para hipotetizar acerca de la organización del sistema observado, de las premisas personales o colectivas de los consultantes y del terapeuta mismo. Recientemente hemos comenzado a interesarnos por el análisis

lingüístico en la relación terapéutica y en la consulta.

El equipo se ocupa, en primer lugar, de las palabras y de los signos no verbales del diálogo entre terapeutas y pacientes. A medida que la terapia avanza, también toma en consideración las redundancias lingüísticas. Finalmente, el léxico que surge del sistema terapéutico.

El terapeuta puede así ayudar a elegir las palabras y las metáforas más apropiadas para la hipótesis construida en torno al lenguaje de ese paciente o de esa familia. Lo que decimos no es nuevo: los textos de técnica terapéutica siempre han subrayado la importancia de tomar en consideración el lenguaje del paciente, en relación con su clase social, su grupo étnico, su región de origen. Proponemos profundizar este tema a la luz de los recientes desarrollos de la terapia relacional que se inspiran en el constructivismo, el análisis del lenguaje y la narrativa.

Ofrecemos una sencilla anécdota que ilustra lo que puede suceder si se dejan de lado las palabras, el léxico, el contexto lingüístico. En la primera entrevista de una pareja de obreros habitantes de un suburbio de Milán, casados desde hacía cinco años, el terapeuta, alumno de tercer año, pregunta, algo incómodo, a la mujer: "¿Cómo son las relaciones entre ustedes?". Detrás del espejo, los colegas no tienen dudas de que se trata de relaciones sexuales. La señora, perpleja, se dirige interrogativamente al marido: "Relaciones... relaciones... pero, ¿qué quiere decir?". El terapeuta, al tiempo que hace un ligero movimiento convergente con los índices, responde: "¡Quiero decir las relaciones entre ustedes... las relaciones!". Con aire confuso, la señora se vuelve nuevamente hacia su marido y repite con tono interrogativo: "Relaciones... relaciones...". El hombre responde, como la primera vez, alzándose de hombros, significando que no comprende. De pronto, la señora se dirige al terapeuta y, con la cara iluminada, se golpea la frente y dice: "¿Quiere decir cuántas veces *fifamos*?". Sonrojándose, el terapeuta asiente.

Estas anécdotas subrayan una nueva evo-

lución en nuestra terapia y consulta. Podemos decir que, hoy, el análisis del lenguaje del paciente, del terapeuta y del equipo durante la sesión parece conducirnos al desarrollo de un laboratorio metalingüístico. (En próximas investigaciones nos ocuparemos del lenguaje específico del terapeuta: hacerlo más consciente de sus idiosincrasias verbales y no verbales, las palabras y las metáforas que le son más espontáneas, y los modos más eficientes de usar su propio lenguaje, o *parole*, al decir de De Saussure.)

Como ya hemos señalado, las palabras clave no tienen eficacia independientemente de un contexto o discurso, y este contexto debe tener un significado para el terapeuta y la familia. Aclaremos un caso:

Silvio C. vino a la terapia con la madre y el padre, de profesión médico, porque era bulímico. De 25 años, delgado y elegante, Silvio era devorado por ataques de hambre incontrolable. En un año había sido hospitalizado dos veces por desequilibrios electrofíticos. En la primera sesión, el joven describe los ataques bulímicos, que le cuestan al padre más de lo que gana: alquila un saloncito reservado en un restaurante vecino, come durante toda una tarde una enorme cantidad de comida, yendo repetidamente al baño contiguo, donde se introduce una servilleta en la garganta y la extrae de golpe para provocar el vómito. Durante la sesión, surgió que el joven había tenido un hermanito, que murió a los 8 años, cuando él tenía 12. El equipo decidió utilizar este dato para la intervención final:

"Lo que nos impresiona de la familia de ustedes es que son los sobrevivientes de una muerte cuyo duelo aún no terminó".

A Silvio: "Hace un año, usted decidió terminantemente abandonar los estudios, temiendo que el apartarse de su familia fuese intolerable para sus padres, que ya habían perdido un hijo. Comenzó a desarrollar un comportamiento que lleva a su madre a prepararle comida y a su padre a trabajar por su supervivencia. Así les asegura que por el momento no abandonará el hogar".

A los padres: "Comprendemos el comportamiento que ustedes tienen. Es el de dos progenitores sobrevivientes de un terrible pesar, que hacen lo imposible para mantener con vida al hijo hambriento".

Silvio, perplejo, se volvió hacia el terapeuta e inquirió: "¿Es por esto que como hasta por mi hermano muerto?". "Es posible", respondió el terapeuta. "Ahora trataremos de diseñar un método para ayudarlos a elaborar el duelo; así, cuando Mario esté verdaderamente sepultado, ustedes podrán ser libres para retomar sus vidas normales".

En la próxima sesión, Silvio contó que, en las horas que siguieron a la sesión precedente, la idea de que él era un sobreviviente y de que no había elaborado el duelo permaneció en su mente impidiéndole dormir. Al día siguiente, de manera imprevista, había sentido paz interior. Llamó a amigos que no veía desde un año atrás y pasó el fin de semana con ellos. Desde ese momento, la bulimia había desaparecido (reaparecería muy levemente tres meses después).

En la reunión, el equipo discutió la "causa" presunta de un cambio tan extraordinario. La tesis prevaleciente era que el terapeuta había investido a la familia de temas universales de enorme carga emocional (muerte, duelo, separación), describiéndolos como sobrevivientes. El terapeuta recordó que él también tuvo un hermanito muerto y que éste había sido uno de los temas principales de su análisis personal. En la familia, la descripción de la muerte del hijo no había sido acompañada de emociones particularmente intensas.

Esto condujo al equipo a la sugestiva hipótesis de que si los terapeutas expresan sus propios conflictos profundos, los consultantes, como observadores, pueden hacerlos propios. Esta versión es coherente con el concepto de "resonancia" en el pensamiento de Momy Elkaïm, y también trae a colación a Aristóteles, para quien el teatro es catártico (o terapéutico) porque representa ante el público sus propios dramas universales.

Obviamente, es arbitrario atribuir a una

sola palabra un cambio tan grande. Sin embargo, pensamos que algunas palabras, en este caso "sobreviviente", encierran en sí una *Weltanschauung* que puede proveer una diferencia que, finalmente, hace la diferencia.

Idiosincrasias

En nuestra experiencia como terapeutas, algunas palabras clave — huelga, enamoramiento, esclavitud, calor, dureza, etc. — han demostrado ser utilizables en situaciones diferentes. A veces una palabra deviene palabra clave en el aquí y ahora de la relación terapéutica, pero es significativa sólo en el ejemplo dado, y luego se transforma en redundante. Estas "idiosincrásicas" palabras clave no son menos importantes que aquellas que admiten una mayor generalización. En el caso, por ejemplo, de una familia de cinco miembros que acudió a la consulta, se subrayaba frecuentemente que el padre había tragado muchos "bocados amargos" en su vida, mientras que la madre se había habituado a los "bocados dulces" proporcionados en abundancia por los hijos varones, estudiantes modelo, que constituían con ella la parte noble de la familia, en oposición al padre, deprimido, y a la hija psicótica, que representaban el subgrupo de "categoría B". El terapeuta utilizó tales palabras, señalando que estaba preocupado por la madre por cuanto, acostumbrada por los hijos sólo a "bocados dulces", podía desarrollar una "diabetes relacional" apenas éstos se alejasen de la casa, mientras que los "bocados amargos" del padre lo habían inmunizado contra estos riesgos, y la hija, que le había hecho tragar los primeros bocados amargos a la madre, la ayudaba a afrontar las desgracias de la vida. Como resultado, dos palabras utilizadas por la familia se fusionaron en la construcción de una compleja metáfora que se reveló útil en la evolución del grupo. Es evidente que los "bocados", el "azúcar" y la "diabetes" habrían sido de uso improbable en una familia que no hubiera presentado las dificultades propias con tales metáforas.

Para finalizar, querríamos prevenir acerca del uso irreflexivo de tales palabras. Como hemos subrayado, los significados emergen del contexto, que es co-creado en la relación paciente-terapeuta. En una relación terapéutica positiva, en la que los pacientes tienen fe en el terapeuta, las palabras clave asumen significados muy distintos de aquellos que podrían surgir en un clima diferente. Palabras como "huelga", "enamoramiento", "esclavitud", etc., pueden tener efectos positivos en el primer caso pero negativos, y hasta destructivos, en otros contextos.

Sintetizando, el uso de las palabras clave tiene como precondition la empatía del terapeuta y, aun más profundamente, una *visión positiva* del sistema tal como está constituido. Se comprende que comportamientos de violencia física o sexual no pueden ser aceptados

ni connotados positivamente. No se puede hablar de "matrimonio" entre padre e hija cuando existe la sospecha de un incesto consumado. En tal caso, uno sale del contexto de la terapia y entra en el del control social.

Creemos que el tipo de lenguaje (las palabras y su uso) que hemos descrito está en condiciones de activar en una familia, pareja o individuo una "extraña espiral o anillo" (13), o sea, una estructura que conecta simultánea e indisolublemente emociones, significados y la posibilidad de reestructuraciones cognoscitivas fulminantes. Las emociones son un poderosísimo pegamento creado por los temas fundamentales de las palabras clave, y en este proceso puede nacer el cambio. Los nuevos juegos lingüísticos se acompañan de nuevas descripciones, nuevas emociones, nuevas acciones. Y abren nuevos horizontes.

Referencias bibliográficas

1. Anderson, H., Goolishian, H., Winderman, L., "Problem-Determined Systems: Towards Transformation in Family Therapy", *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, vol. 5, 1986, págs. 1-14.
2. Argyle, M., *Bodily Communications*, Londres: Methuen & Co., 1975.
3. Bateson, G., *Steps to a Ecology of Mind*, Nueva York: Ballantine Books, 1972, págs. 107-127.
4. Birdwhitell, R.L., *Kinesics and Context*, Filadelfia: University of Pennsylvania Press, 1970.
5. Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P., *Milan Systemic Family Therapy Conversations in Theory and Practice*, Nueva York: Basic Books, 1987.
6. Chomsky, N., *Knowledge of Language: Its Nature, Origin and Use*, Nueva York: Praeger, 1986.
7. De Saussure, F., *Cours de linguistique générale*, París: Editions Payot, 1922.
8. Eco, U., *La struttura assente*, Milán: Bompiani, 1968.
9. _____, *Trattato de semiotica generale*, Milán: Bompiani, 1975.
10. Elias, N., *Über die Zeit. Arbeiten zur Wissenssoziologie II*, Frankfurt: Suhrkamp, 1984.
11. Fodor, J., "On the Impossibility of Acquiring 'More Powerful' Structures", en Piatelli Palmarini, M. (ed.), *Language and Learning. The Debate between Jean Piaget and Noam Chomsky*, Cambridge: Harvard University Press, 1980.
12. von Foerster, H., *Observing Systems*, Seaside (California): Intersystems Publications Co., 1982.
13. Hofstadter, D.H., *Gödel, Escher, Bach: An Eternal Golden Braid*, Nueva York: Basic Books, 1979.
14. Jakobson, R., *Essais de linguistique générale*, París: Editions de Minuit, 1963.
15. Maturana, H. y Varela, F., *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*, Dordrecht: Reidel Publishing Co., 1980.
16. Mortara Garavelli, B., *Manuale di retorica*, Milán: Gruppo Editore Fabbri, 1989.
17. Perelman, C., *Il campo dell' argomentazione*, Parma: Pratiche, 1979.
18. _____, *Il dominio retorico*, Turín: Einaudi, 1981.
19. _____, "Logica e retorica", en *Logiche moderne*, Roma: Istituto Enciclopedia Italiana, 1981, págs. 437-444.
20. _____ y Olbrechts-Tyteca, L., *Trattato della argomentazione*, Turín: Einaudi, 1966.
21. Putnam, H., "What is Innate and Why. Comments

- on the Debate", en Piatelli Palmarini, M., *op. cit.*
22. Ricoeur, P., *La metáfora viva. Dalla metáfora alla poetica: per un linguaggio di rivelazione*, Milán: Jaca Book, 1981.
23. Sapir, E., *Language. An Introduction to the Study of Speech*, Nueva York: Harcourt, Brace and World, 1921.
24. Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G., *Paradosso e contrapadosso*, Milán: Feltrinelli, 1975.
25. Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G., "Hypothesizing-Circularity-Neutrality", *Family Process*, vol. 19, 1980, págs. 73-85.
26. Whorf, B., *Language, Thought and Reality*, Cambridge: Technology Press, 1956.
27. Wittgenstein, L., *The Blue and Brown Books*, Oxford: Basil Blackwell, 1958, 1964.

Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos*

Darío Fernández**
Leticia Urdapilleta**

Dentro del campo psicológico la infertilidad es actualmente definida como una crisis con efectos similares a los trastornos por estrés postraumático. Esta crisis gravita en distintos niveles: intrapersonal, interpersonal, laboral y social.

El 20 % de la población en edad reproductiva padece problemas de fertilidad, y de ellos un 10 % tienen diagnósticos que hacen necesaria la reproducción asistida (RA).

Las parejas que solicitan una RA llegan en su mayoría ya afectadas por esta crisis, a la que se suman las tensiones producidas por el propio tratamiento médico. Los autores han diseñado un modelo de counseling que viene aplicando y mejorando desde hace tiempo. Este modelo apunta primordialmente a lo preventivo, y sus objetivos son: mejorar el tránsito de los pacientes por el tratamiento, reducir la iatrogenia, disminuir el estrés anticipatorio, intentar mantener lo emocional en un nivel que no interfiera con la respuesta hormonal, optimizar la relación médico-paciente, prevenir el deterioro a largo plazo y paliar algunos de los efectos de la crisis de la infertilidad.

Introducción

El motivo del presente artículo es introducir a la comunidad psicológica en un campo poco o nada explorado y que por su creciente difusión y tratamiento en los medios de prensa es objeto de juicios parciales, que dañan a quienes sufren por su condición de infértiles. La razón principal es la enorme cantidad de prejuicios y la ignorancia supina de quienes no han pasado por esta dolorosa experiencia o bien no trabajan para ayudar a superarla.

Existen dos mundos: el de la fertilidad y el de los infértiles. Poco comprenden los fértiles acerca del sentir, el actuar, el decidir de los infértiles. Es muy fácil opinar, es muy fácil criticar, es muy fácil decir: "adoptá". Es fácil para el que tiene hijos o para quien no sospecha que pueda tener dificultad para tenerlos. Lo que no se sabe es que no es nada fácil padecer de infertilidad.

Y podemos hablar con conocimiento de causa porque uno de los presentes autores fue infértil y vivió lo que significa el desconocimiento de la sociedad respecto de cómo tratar a esta población y, lo que es peor aun, vivió la necesidad de encontrar ayuda, guía, sostén en los

* Este trabajo fue presentado en el Tercer Congreso de la Asociación Sistémica de Buenos Aires (ASIBA), Mar del Plata, noviembre de 1994.

** Licenciados en Psicología, CEGyR (Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción), Paraguay 2302, piso 19, dto. "1", Capital Federal.

1996 UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - Facultad de Medicina - Videoteca Central

POSGRADO ANUAL MEDIACIÓN

APLICADO A PAREJAS, FAMILIAS Y ORGANIZACIONES — ENTRENAMIENTO INTENSIVO EN CONDUCCIÓN DE ENTREVISTAS
PRESENTACIÓN DE CASOS EN CIRCUITO CERRADO DE TV - ENTREGA DE CERTIFICADOS

Área de extensión del posgrado especializado en Terapia Sistémica Breve Modelo M.R.I. Palo Alto.
Universidad de Bs. Aires - Facultad de Medicina - Videoteca Central. Jueves de 13 a 15 hs.

Entrenamiento en conducción de entrevistas en circuito cerrado de TV

Directora Docente: Lic. Regina Szprachman de Hubscher

Destinado a médicos, psicólogos, abogados, jueces, secretarios de justicia, asistentes sociales, etc.

TEÓRICO: LUNES 14.30 a 16.30 hs. y PRÁCTICO: 2 HORAS SEMANALES A ELECCIÓN — Duración del curso: Del 25-3-96 al 25-11-96: total 130 horas.
ABIERTA LA INSCRIPCIÓN. VACANTES LIMITADAS. Se otorgan CERTIFICADOS OFICIALES con el 80% de asistencia y con la presentación de un caso.
Informes y preinscripción: Tels. 826-0659/0519 — Inscripción: Facultad de Medicina-UBA Área Graduados - Paraguay 2155, Capital. Fecha: Se comunicará.