

REALIDAD Y CONSTRUCCIÓN EN PSICOTERAPIA: SENTIDO Y SINSENTIDO DE ESTA DISTINCIÓN ¹

KURT LUDEWIG, MUENSTER, ALEMANIA ²

INTRODUCCIÓN

La terapia sistémica puede ser considerada como un desarrollo posterior a las terapias de familia de los años 1960 y 1970. Ésta aparece como un enfoque independiente a la psicoterapia a comienzos del decenio 1980. Su precursor inmediato fue la terapia familiar sistémica del grupo de Milán. El ímpetu inicial vino, tal como lo puedo reconstruir, en 1981 por parte de Paul Dell (1982) en Zurich. Durante una legendaria conferencia realizada en ese año por el Instituto de Zurich, Paul Dell desencadenó olas de *shocks* a través del mundo de la terapia familiar al demoler en su discurso gran parte de los conceptos que le habían servido de base teórica, tales como información, reglas de familia y homeostasis. Esbozando teóricamente sobre los hallazgos de biólogos contemporáneos y otros científicos naturales tales como Humberto Maturana, Francisco Varela, Ilya Prigogine y Heinz von Foester, Paul Dell inició una revolución en el mundo de la psicoterapia que transportaría la terapia de familia y, de hecho, la psicoterapia en general hacia una nueva dimensión de pensamiento basado en un entendimiento constructivista de humanidad, sistemas y realidad. Estas noveles ideas armonizaban bien con las de Paul Watzlawick, Mara Selvini Palazzoli y otros poniéndolas, sin embargo, en un context teórico más amplio. En efecto, se había dado inicio a una nueva era de la psicoterapia.

Poco después del discurso de Dell en Zurich, la revista norteamericana *Family Process* publicó en su número de 1982 artículos de Paul Dell, Bradford Keeney y Steve de Shazer. Si bien estos autores diferían en algunos postulados, en lo general corroboraron un cambio teórico hacia el constructivismo (o constructivismo radical). Estas ideas encontraron, al principio, poca aceptación entre los terapeutas familiares. Tal como uno pudo oír tras bambalinas, muchos lectores de *Family Process* expresaron su enojo mediante cartas al editor o cancelando sus suscripciones a la revista. Terapeutas familiares bien conocidos como Bebe Speed, Jay Haley o incluso Mara Selvini reaccionaron bastante críticamente. Era obvio que un “cambio” había tomado lugar gatillando una seria crisis en el campo.

Ahora, 20 años después de su introducción, es tiempo de revisar y reevaluar los detalles de este nuevo enfoque, principalmente sus fundamentos teóricos y su aplicación práctica. Es

¹ Versión extendida de una conferencia sub-plenaria expuesta en el IV Congreso de EFTA el 29 de junio de 2001 en Budapest. Versiones anteriores a la presente fueron publicadas en "Realtà e costruzione in psicoterapie: senso e non senso di questa distinzione", Webpage Lundbeck Italia/Congressi (EFTA 2001); Réalité et construction: sens et non-sens de cette distinction, *Generations* 25: 25-28, 2002; Reality and Construction in Psychotherapy: Sense and Nonsense of this Distinction, *Human Systems* 14: 69-82, 2003.

² Traducido del inglés al castellano por Ernesto E. Guerra, Temuco, Chile; traducción revisada y autorizada por el autor.

hora de sacar cuentas y sopesar los beneficios y los costos. Esto debería servir de ayuda para determinar lo que es importante mantener y lo que se puede descartar. Habiendo tenido personalmente la gran fortuna de estar involucrado en el “movimiento sistémico” desde su comienzo y de haber contribuído además, al menos en la comunidad germano parlante, a su desarrollo (Ludewig, 1992) me siento lo suficientemente autorizado como para efectuar una evaluación crítica de sus nociones y prácticas. En este corto ensayo focalizaré algunos de los temas centrales de la terapia sistémica y evaluaré su relevancia en términos de costos y beneficios.

Antes de entrar al tema me gustaría dejar constancia de mi posición teórica: Entiendo la *terapia sistémica* moderna como la aplicación y utilización del pensamiento sistémico como marco conceptual para la práctica de la psicoterapia. Por su parte entiendo al *pensamiento sistémico* como una forma de pensar universal sobre la humanidad y el conocimiento humano que se basa epistemológicamente en el constructivismo y ontológicamente en la teoría de sistemas.

REALIDAD Y CONSTRUCCIÓN: ¿TÉRMINOS CONTRADICTORIOS?

Desde el punto de vista de la psicoterapia sostengo que ambos, realidad y construcción, son nociones útiles y no contradictorias. En líneas generales, “construcción” corresponde a la dimensión de conocimiento y “realidad” al campo de la práctica. Teóricamente sigo el enunciado de Humberto Maturana que *“todo lo dicho es dicho por un observador”* (Maturana & Varela 1984). Este postulado ontológico implica que todo con lo cual podemos lidiar como observadores (en el lenguaje) son construcciones en cuanto no contamos con medios que nos permitan alcanzar un conocimiento objetivo o universalmente válido que trascienda la cognición humana. Por otra parte, desde un punto de vista pragmático, hace igual sentido afirmar que, para todos los propósitos prácticos, las *realidades* existen. Este argumento tiene validez indiferentemente si hace referencia a las llamadas “realidades duras” o las “realidades relacionales”, es decir, si es pertinente a objetos, formas o discursos. Asignar teoría y practica a distintas dimensiones de existencia (o dominios fenomenológicos) toma en cuenta que prácticos y teóricos generan discursos distinguibles los cuales, incluso si se contradicen unos a otros, pueden seguir siendo perfectamente válidos dentro de su propio dominio de existencia. Aunque ambos, prácticos y teóricos, perciben sus acciones y sentimientos como consistentemente “reales”, la reflexión racional sobre estas acciones y sentimientos no pueden traer consigo algo más que “construcciones”. Distinguir diferentes dimensiones de existencia sigue lo que Humberto Maturana llama la *“contabilidad lógica”*. Este plano de pensamiento debería terminar o, al menos, delimitar las absurdas aseveraciones de algunos autores y terapeutas quienes han percibido el constructivismo equivocadamente como permitiendo una creación arbitraria de realidades. Esto sólo puede haber devenido de un mal entendimiento ya que el pensamiento sistémico jamás propuso una deriva hacia la tierra de nadie de la arbitrariedad y el capricho.

¿Qué es realidad? Inicialmente se puede afirmar que *real es todo aquello que tiene consecuencias reales*. El pensamiento sistémico desestima el postulado objetivista de que

la realidad puede ser demostrada independientemente de las actividades perceptivas de los observadores. Focalizándose en el observador, el pensamiento sistémico declara, en cambio, que todas las existencias “relevantes” derivan de las habilidades cognitivas de los seres humanos. Como resultado del estudio experimental de la biología de la cognición estos postulados sustentan la antigua conclusión epistemológica de que todo conocimiento es, al fin y al cabo, construcción. Aunque este punto de vista de alguna manera reanima la subjetividad en términos de vinculación de la realidad a la cognición individual, el constructivismo moderno no implica que las realidades son sólo subjetivas en el sentido que emerjan arbitrariamente de cada cual. ¡Todo lo contrario! Las realidades son vistas como procedentes de la operacionalidad específica de sistemas nerviosos acoplados estructuralmente o, en otras palabras, de la operacionalidad conjunta de observadores comunicantes. Esto significa que los observadores pueden sólo traer a la mano aquellas realidades de las cuales son capaces, específicamente, sólo aquéllas que proceden de sus posibilidades cognitivas determinadas por su estructura biológica y por el hecho que los seres humanos conviven lenguajeando. Sin embargo, una vez que tales realidades han emergido mediante la observación (lenguajeante) se convierten para todo propósito práctico en obligatorias e inevitables y se mantienen de esa forma hasta que son remplazadas por otras realidades que encajen incluso mejor o demuestren mayor utilidad. Visto de esta forma, podemos concluir que cualquier cosa que nosotros como seres humanos percibamos o consideremos como real es, al mismo tiempo, construcción y realidad. Todo aquello que pueda ser consensualizado intersubjetivamente es, en un nivel pragmático de observación, real y es, al mismo tiempo, en el contexto de la reflexión, una construcción.

¿Qué tan real es lo real? Desde el pensamiento sistémico aprendemos que la cualidad de una realidad no es una característica inherente de sí misma sino, en cambio, el resultado de un discurso evaluativo o el resultado de la atribución de observadores quienes usan criterios similares de validación. El criterio de objetividad que requiere de una equivalencia entre los objetos percibidos y concretos es, en sí mismo, inalcanzable, porque el objeto es sólo “cognitivamente” accesible. Por lo tanto, el criterio de la objetividad debiera ser remplazada por un criterio más aceptable que apunte tanto a las acciones como a los motivos del observar. Un criterio tal es la “viabilidad” que fuera propuesto por Ernst von Glasersfeld. Personalmente, prefiero el término “*utilidad comunicativa*” el cual indica que un conocimiento particular es útil cuando este permite a diferentes observadores llegar a resultados comparables (Ludewig 1992).

Evaluación. El pensamiento sistémico se desliga de la objetividad y libera así al discurso científico de presunciones metafísicas sobre una realidad inalcanzable. Aparte de cumplir con esta finalidad y de enfrentar previas interpretaciones erróneas, esto nada dice sobre una realidad “*an-sich*”³ que vaya más allá de las posibilidades del observar. El pensamiento sistémico se resiste tanto a la tentación de afirmar o negar la existencia de un mundo que trascienda la cognición humana. Al contrario, el pensamiento sistémico se suscribe al modesto postulado de que todo lo que podemos decir sobre el mundo se refiere a aquellos mundos que constituimos a través del proceso de vivir.

³ “*en sí misma*”, Nota del traductor.

En psicoterapia la adopción del constructivismo como base epistemológica permitió la aparición de un nuevo enfoque – la terapia sistémica – que promete un entendimiento y una práctica en psicoterapia liberada dentro de lo posible de objetivismos y otras lógicas poco acertadas. Uno de los más importantes beneficios que el pensamiento sistémico ha sido liberar a la psicoterapia de postulados inadecuados. El costo de esta ganancia es aparente en el dominio de la metodología y, muy especialmente, en las áreas de investigación empírica y evaluativa. La investigación en psicoterapia ha sido vinculada tradicionalmente a la noción de causalidad. Una diferencia en las mediciones pre/post bajo condiciones controladas es indicativa de un cambio provocado causalmente si se le puede atribuir a procedimientos bien operacionalizados. Siendo éste en el presente el procedimiento científico estándar el enfoque sistémico enfrenta un tremendo desafío: si pretende alcanzar aceptación en la comunidad científica necesita probar empíricamente su utilidad y si igualmente pretende permanecer sistémico debe evitar el retomar un disputable concepto de causalidad lineal o a recaer en los mitos y simplificaciones de las clasificaciones psicopatológicas. Se precisa de una forma de investigación que convierta la existente evidencia basada en la práctica en una sólida práctica basada en la evidencia⁴. Una manera de remediar este predicamento sería la implementación de nuevos modelos matemáticos como han sido ideados en la teoría del caos y en la sinérgica. Guenter Schiepek (Haken und Schiepek 2006) lleva a cabo un proyecto tal en Alemania y los resultados iniciales prometen consecuencias optimistas.

REALIDAD Y PSICOTERAPIA

Para clientes y terapeutas como participantes en un proceso terapéutico la pregunta sobre si la realidad existe o no independientemente del observador tiene muy poca a ninguna relevancia. El motivo principal que lleva a la gente a buscar ayuda psicoterapéutica es un sufrimiento y siendo éste una emoción experimentada en forma dolorosamente real no existen fundamentos para debatir sobre la realidad o constructividad de tales motivos. Las emociones son filogenéticamente primarias y, por lo tanto, ajenas a la reflexión. Visto, sin embargo, desde el punto de vista reflexivo del terapeuta o del científico la evidencia inmediata de tal realidad se convierte en disputable y el discurso sobre ella puede llevar a interpretaciones y evaluaciones muy distintas. Es precisamente esa cautelosa y diferenciada disarmonía entre cliente y terapeuta con respecto a sus respectivos planteamientos lo que ayuda a crear una relación terapéutica fructífera. Un terapeuta que, por el contrario, se vincula demasiado con el cliente no será de mucha ayuda. Ambos, terapeuta y cliente, quedan enfrentados a las mismas construcciones y sintiendo los mismos sentimientos. Esto puede fácilmente barrer con los pocos “grados de libertad” que el terapeuta tiene en comparación con el cliente y que se deben tanto a su ingenuidad cognitiva como a su distancia emocional con respecto al problema presentado. Estas dinámicas particulares que contradicen en alguna medida las expectativas usuales, parecen originarse en los procesos de regulación afectiva involucrados en cada psicoterapia. Esto lo comprueban nuevos estudios utilizando una observación precisa de las mímicas del cliente y el terapeuta durante la sesión: dependiendo del problema y las características específicas del cliente una

⁴ inglés: *practice-based evidence vs. evidence-based practice.*

reciprocidad emocional continua entre terapeuta y cliente puede obstruir un buen resultado (Merten 2001). El esfuerzo de confirmación mutua tiene sentido cuando, en lugar de cambio, se busca consuelo o compasión. En el caso de la terapia el terapeuta se encuentra en la situación paradójica de tener que aceptar y rechazar al mismo tiempo el entendimiento del cliente sobre sí mismo teniendo, además, que ser al mismo tiempo empáticamente cercano y emocionalmente distante del cliente. Lidar apropiadamente con estas contradicciones y paradojas es uno de los temas primordiales de la teoría clínica.

UNA TEORÍA CLÍNICA DE LA TERAPIA SISTÉMICA

El objeto de cualquier teoría de una práctica se refiere a las actividades que dan origen a esa práctica. En el caso de una teoría clínica se trata de los motivos que conducen a iniciar un proceso de ayuda profesional. Una teoría clínica de fundamento sistémico debe, por lo tanto, considerarse como a su objeto a los distintos sistemas sociales - interaccionales - que tienen lugar antes y durante un proceso terapéutico. Estos procesos son distinguibles con respecto a la comunicación que los sustenta (Ludewig 1992). Esta proposición se adscribe a una teoría sistémica contemporánea de lo social, tal como propuesta por el sociólogo alemán Niklas Luhmann (1984, 1997), quien en vez de personas considera a unidades comunicacionales (comunicaciones) como los elementos constituyentes de un sistema social. Como será explicado en la siguiente sección este cambio en la definición de los sistemas expande enormemente la perspectiva, en tanto que permite referirse a familias y otros sistemas sociales como compuestas de “comunicaciones” y no de “personas completas” u otras unidades biológicas. De este modo se evita entremezclar dominios fenomenológicos ateniéndose solamente al dominio de lo social. Definir a las comunicaciones y no las personas como los componentes de un sistema social permite manejar los procesos involucrados en una relación terapéutica – presentación de un problema, diagnóstico, intervención, evaluación – como una *secuencia temporal* de diferentes eventos o sistemas interaccionales y no como una actividad que afecta estructuralmente a una identidad, por ejemplo, una persona o un sistema social.

Un fin importante de la teoría clínica consiste en proveer de respuestas para las razones y los acontecimientos que dieron inicio a un procedimiento psicoterapéutico. Desde un punto de vista sistémico esta pregunta puede ser respondida a través de la descripción de, al menos, cuatro tipos de sistemas sociales que se van constituyendo uno tras otro durante el curso del proceso previo y actual de una terapia pero sin perder su especificidad. Estos son: 1) un sistema-problema ⁵, 2) un sistema de búsqueda de ayuda, 3) un sistema de ayuda inespecífica y 4) un sistema de ayuda específica, por ejemplo, un sistema terapéutico. Para explicar esta clasificación revisaré brevemente los conceptos de una teoría sistémica de los problemas para luego describir las tareas generales de un terapeuta.

⁵ El concepto ideado por Harry Goolishian de “problem-determined system” (sistema determinado por problemas) fué traducido en un primer intento al castellano como “sistema problemático” (Ludewig 1998). Aquí se le denominará “sistema-problema” (del alemán: *Problemsystem*) ya que este sistema social sostiene comunicativamente un problema como su tema pero sin tener en sí nada de problemático.

PROBLEMAS PERSONALES E INTERACCIONALES

El primer paso hacia formular una teoría clínica en términos sistémicos es identificar o redefinir esas situaciones específicas que inducen a personas a entrar en terapia. Esas situaciones han sido conceptualizadas tradicionalmente como “problemas”⁶. La terapia de familia como predecesora de la terapia sistémica se mantiene en la tradición y define los problemas como conflictos o deficiencias estructurales, como patrones disfuncionales o como disturbios comunicacionales que afectan a un sistema social, en la mayoría de los casos, a una familia. Harry Goolishian, uno de los pioneros más innovadores de la terapia sistémica, formuló a mediados de los 1980 un nuevo concepto permitiéndole a la teoría clínica una reconceptualización desde un punto de vista sistémico: el concepto de *sistema-determinado-por-problemas* (Anderson, Goolishian et al. 1986). Básicamente, Goolishian no hizo más que invertir una visión tradicional afirmando que los sistemas sociales no padecen de problemas sino que, en su lugar, los problemas generan sistemas sociales.

Esta idea tuvo un impacto conceptualmente revolucionario, ya que llevada a su conclusión lógica terminaría por completo con el uso de la noción tradicional de psicopatología. Permite pensar en problemas clínicos relevantes sin tener que apoyarse en semánticas metafóricas derivadas de la medicina somática o de las ciencias naturales que han llevado a reificaciones inadecuadas tales como las de enfermedad o trastorno mental. El concepto de Goolishian se centra en la comunicación y los sistemas sociales. En conexión con la creciente conciencia de los aspectos emocionales involucrados en cada terapia, el concepto de Goolishian ayudó a darle a la terapia sistémica un fundamento teórico más preciso. En suma, ayudó a posicionar claramente a la terapia sistémica dentro de un marco más amplio que la mayoría de los enfoques previos, es decir, en el dominio de los fenómenos sociales que tiene sus raíces en la biología y la psicología, pero además sus propias características distintivas que impiden su reducción a esas ciencias (*enfoque bio-psico-social*).

A modo de definición, los problemas humanos de relevancia para la teoría clínica pueden ser entendidos como consecuencia de un intento frustrado de aliviar una irritación (perturbación, disturbio, trastorno) lo suficiente alarmante como para gatillar dolor. Esta irritación (por ej. estrés) disminuye las posibilidades de superación (*coping*) por el sistema; éste no puede ni reaccionar adecuadamente ni retirarse de la situación. Como consecuencia, un “problema” personal puede emerger tal cual que, dependiendo de su esfera de influencia, puede permanecer como un *problema-de-la-vida* subjetivo (individual) o convertirse en un *sistema-problema* comunicativo. Una cualidad que caracteriza a cualquier problema que se convierte en un problema-de-la-vida o un sistema-problema doloroso es su estabilidad en el tiempo. Los problemas requieren de una constante reproducción monótona, ya sea a través de un monólogo interno o un patrón comunicacional ritualizado. Pensamientos y/o comunicaciones alternativas que podrían eventualmente ampliar horizontes, distraer del problema o incluso remplazarlo por completo tienen pocas

⁶ Este término es utilizado en este artículo en concordancia con la dicción general en la psicoterapia aunque es algo discrepante de nociones sistémicas. El concepto “problema” insinúa implícitamente llevar la solución en sí mismo mientras que los “problemas-de-la-vida” como temas de una reflexión o comunicación no son solucionables sino, a lo más, “di-solviles”.

oportunidades de éxito. En el caso del sistema-problema las comunicaciones sostenedoras del problema se ajustan gradualmente a un patrón de repetición que se reproduce a sí mismo continuamente; al mismo tiempo, las personas participantes, que en su mayoría están conscientes de que nada está cambiando, pueden reposar en la certeza de que, al menos, no empeorará.

Luego de haberse utilizado el nuevo concepto de sistema-problema durante alrededor de 10 años en Alemania, Tom Lebold, un terapeuta alemán intrigando por los resultados de las investigaciones en infantes y sus connotaciones emocionales (Stern 1985, Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery 1999) comenzó a cuestionar la utilidad general del concepto. Lebold propuso que se distinguiera claramente entre la narrativa y el aspecto emocional de un problema deplorando que esto último, por ejemplo, la percepción subjetiva de un problema junto con todos los estados emocionales que esto conlleva habrían sido innecesariamente ignorados por la teoría clínica sistémica de entonces. En este sentido avocó Lebold que el concepto aludido fuera complementado con nociones pertinentes a la experiencia subjetiva, pero sin perder la vista la esfera comunicativa. El concepto que yo propusiera en 1992 - *problema-de-la-vida* - parece cumplir con estos requerimientos ya que se conecta bien con el hecho de que las disposiciones emocionales tiene una influencia decisiva en todos los procesos de la vida humana (Ciompi 1997). La relación entre los problemas-de-la-vida y los sistemas-problema recae en el centro de la reflexión clínica y representa, por lo tanto, una distinción-guía central en la teoría clínica. Con esta distinción en mente, los problemas individuales e interaccionales pueden ser tratados como unidades entrelazadas recursivamente sin perder su independencia operacional y estructural, tal que sus interrelaciones pueden ser entendidas como de acoplamiento estructural.

Evaluación. En términos generales, la complementación de los problemas personales e interaccionales re-abre el campo sistémico a la discusión y cooperación con otras posiciones teóricas en el campo de la psicoterapia. En la terapia sistémica la relación entre los problemas-de-la-vida y los sistemas-problema ocupa un lugar central en la reflexión clínica.

LAS TAREAS DEL TERAPEUTA

Una metodología de la psicoterapia debe proporcionar un marco conceptual que permita acciones que sean capaces de contraactuar de alguna forma las dinámicas que sustentan el problema presentado. En el dominio de la terapia sistémica este problema ha sido abordado desde diferentes ángulos, moviéndose desde una directa orientación-en-el-problema hasta una exclusiva orientación-en-la-solución. En concordancia con la posición expuesta aquí, este problema ha sido resuelto al combinar aspectos de la teoría de la comunicación de Niklas Luhmann con aspectos de las teorías de la emocionalidad y de la comunicación afectiva (Stern 1985, Maturana 1988, Ciompi 1997). Estos aspectos procuran los elementos necesarios para el entendimiento del cambio terapéutico en términos de una disolución de los problemas-de-la-vida y los sistemas-problema.

Tanto los problemas-de-vida como los sistemas-problema han sido entendidos como patrones repetitivos que mantienen un *status quo* incluso displacentero, no existiendo manera de pronosticar acertadamente las consecuencias de una posible acción cambiante: ¿será la próxima movida liberadora o podría gatillar el empeoramiento de la situación e incrementar el sufrimiento? Siendo éste el caso, lo único seguro de hacer es no cambiar nada, es decir, mantenerse enredado en una continua reproducción de un patrón repetitivo. Este entendimiento de las dinámicas involucradas indica que para precipitar un cambio es necesario alterar el patrón repetitivo que sustenta el problema. Ésta sería una tarea simple si los participantes no estuvieran reprimidos por miedo al deterioro de la situación. Por lo tanto, el terapeuta debe proporcionar condiciones marginales adecuadas para otorgarle seguridad al cliente permitiéndole que éste pueda correr riesgos y probar acciones inseguras con resultados imprevisibles en vez de continuar con las repeticiones. El terapeuta debe performar un “balance artístico” entre apreciar empáticamente al cliente en su legitimidad de ser como es y, al mismo tiempo, depreciar el problema y su necesidad de ser. En este balance, el terapeuta apunta a dos aspectos simultáneamente, por un lado, a proveer al cliente de seguridad emocional y, por el otro, a desestabilizar la dinámica que sustenta el problema. Básicamente, los clientes son estimulados a “cambiar preferencias”, es decir, a desviar su atención desde el problema y sus circunstancias hacia alternativas y otros recursos que puedan reemplazar aceptablemente el problema. En este sentido, la terapia sistémica puede ser definida generalmente como una actividad social dirigida a generar encuentros sociales, por ejemplo, sesiones de terapia o, teóricamente hablando, condiciones sistémicas marginales que le creen al cliente un contexto favorable para que aquél genere el cambio por sí mismo (*ayudar a ayudarse*).

Habiendo abandonado la linealidad causal la terapia sistémica no puede continuar confiando en principios causales para elaborar intervenciones terapéuticas adecuadas. Con esta restricción en mente el terapeuta se encuentra a sí mismo en el medio de lo que yo llamo “**el dilema del terapeuta**”, el cual exige paradójicamente: “*opera en forma eficiente sin saber de antemano ni cómo hacerlo ni que consecuencias tendrá*”. (Ludewig 1992). Un terapeuta que toma este dilema en serio se abstiene de definir los objetivos terapéuticos él mismo y de planear causalmente el proceso terapéutico. En cambio, el cliente es motivado a formular sus propios anhelos y deseos de una manera que puedan guiar las acciones del terapeuta. No obstante, el terapeuta permanece responsable de generar un contexto beneficioso para conversaciones terapéuticas. Una manera de lidiar con el dilema del terapeuta es seguir paso a paso una vía que comienza 1) con la aceptación del problema presentado como punto de partida, continua 2) ayudando a formular un anhelo y luego 3) con la negociación de un encargo (meta del trabajo conjunto) y termina 4) con el esbozo de un contrato basado en los pasos previos.

Evaluación. Abandonar la simple causalidad lineal ha sido una de las mayores contribuciones de la terapia sistémica a la psicoterapia. Sin embargo, esto ha mal guiado a algunos terapeutas llevándolos a desestimar la influencia de la biografía y el legado generacional en los clientes. Si todo lo que importa es la comunicación o el “hacer sentido”, como Niklas Luhmann lo expresa, esto siempre se desenvuelve en el curso de las acciones producidas y reproducidas por los participantes al mantener un flujo comunicativo conjunto. A diferencia del dominio de las cosas o de la existencia espacial estos eventos comunicativos no tienen una “base” sustancial que opere causal o determinantemente. De

ahí que desde un punto de vista teórico no haya necesidad de creer o aceptar las narrativas que los clientes traen consigo como la explicación de sus problemas. Esto puede ser incluso contraproducente en tanto que puede reforzar indeliberadamente los supuestos que afligen a los clientes. Con respecto a los problemas presentados es altamente recomendable profesar una actitud de irreverencia hacia el problema y la narrativa que lo sustenta (Cecchin et al., 1987). Por otro lado, todo “hacer sentido” deviene para todo propósito práctico en algo verdadero y real. Es así que depreciar el valor de todo aquello que le haga sentido a los clientes puede ser no sólo ofensivo sino que, además, un impedimento insalvable para el curso de la terapia. Una vez más sirve también aquí una clara “contabilidad lógica” para prevenir la confusión de dominio fenomenológicos. La aceptación de la realidad del cliente y el cuestionamiento de su inevitabilidad no necesitan contradecirse mutuamente.

Otro problema práctico que puede aparecer al adoptar el pensamiento sistémico como marco teórico para la psicoterapia resulta de regirse rígidamente por los esquemas propuestos por reconocidas autoridades en el campo. Esto puede servirle de alivio al terapeuta frente a la inseguridad emanada de los postulados del constructivismo, pero también puede llevarlo a severos conflictos. Un terapeuta interesado, por ejemplo, en procedimientos centrados-en-soluciones puede verse obligado durante un proceso terapéutico a elegir entre una orientación centrada-en-problemas o una centrada-en-soluciones (“*problem-talk vs. solution-talk*”, Steve de Shazer 1988). Por una lado, cualquiera conversación sobre problemas está siempre en peligro de ser confirmatoria de una estabilidad no deseada. Para más encima, Steve de Shazer ha demostrado claramente que la forma de una “solución” no necesita corresponderse con la del problema. Desde este punto de vista no hay necesidad de tener un completo conocimiento del problema presentado o de todo lo involucrado en su reproducción para poder superarlo. Es así que una “conversación-sobre-soluciones” aparece más como en acuerdo con las dinámicas de cambio que una “conversación-sobre-problemas”. Esta proposición es teóricamente correcta en cuanto armoniza bien con el pensamiento sistémico. Sin embargo, por otro lado esto mismo puede convertirse en un obstáculo en la práctica que no sólo es pragmáticamente limitante sino también poco ético. Tal como se planteó anteriormente, las personas atrapadas en los patrones repetitivos de un problema que les causa sufrimiento, generalmente necesitan sentirse seguros antes de atreverse a correr riesgos e intentar opciones disruptivas. Aunque algunos clientes se benefician de una orientación dirigida hacia una “solución”, otros preferirán ser escuchados mientras relatan sus problemas. Y dado que los efectos diferenciales de tan distintos tratamientos no pueden ser anticipados por el terapeuta éste debería, al menos, estar abierto a entablar tanto “conversaciones-sobre-soluciones” como “conversaciones-sobre-problemas” dependiendo de las necesidades del cliente pero naturalmente manteniendo en mente que la terapia al final tiene el propósito de cambio.

EL DILEMA DEL DIAGNÓSTICO

El próximo desafío a superar al formular una teoría clínica en términos sistémicos es el problema del diagnóstico. Un terapeuta sistémico quien desea mantenerse dentro del “discurso normal” de la Psicología Clínica y la Psiquiatría se encuentra a sí mismo rápidamente atrapado en un problema aparentemente sin respuesta. Necesita utilizar

esquemas de clasificación convencionalmente aceptadas como CIE o DSM pero, al mismo tiempo, debe mantenerse conciente de las limitaciones de tales catálogos que no tienen mayor significado que de representar generalizaciones semánticas que condensan una complejidad de variables en una constancia categorial con una estructura propia. Mientras esté interesado en preservar la complejidad y la variabilidad y deseando no sucumbir tan fácilmente en reducciones simplificadoras el terapeuta sistémico necesita mantener - aquí también - un difícil balance entre acatar tanto las normas del reduccionismo como los postulados del discurso constructivista. Frente a tal dilema y habiendo adoptado el constructivismo como orientación teórica, la terapia sistémica rehuye radicalmente el diagnóstico clasificatorio (psicodiagnóstico, diagnóstico familiar, etc.). Muchas de las técnicas innovadoras diseñadas por terapeutas sistémicos como Steve de Shazer fueron pensadas para permitir intervenciones prescindiendo de exploraciones diagnósticas previas. Harry Goolishian contribuyó en este respecto al introducir una actitud de “No-Saber” (“*not-knowing*”) destinada a alentar al terapeuta a retraerse de “entender” (valorar, catalogar) muy pronto y a confiar en las habilidades del cliente como el experto en sus propios asuntos (Anderson & Goolishian 1992). Con el objetivo de superar este dilema he encontrado útil aplicar la noción de “*diagnóstico de supervivencia*” (Ludewig 1999). Esta noción apela al terapeuta a que implemente una actitud de interés (o curiosidad, según Cecchin 1987) por todos esos aspectos de la vida del cliente que le han permitido sobrevivir hasta el presente, es decir, una actitud que le conduzca a indagar por recursos, alternativas, excepciones y todo aquello que pueda parecer útil para desviar la atención del cliente del problema y abrirlo hacia contemplar alternativas. Con esta actitud como guía de orientación es posible considerar al cliente como un experto pero sin desconsiderar la experiencia y los conocimientos del clínico.

Evaluación. El pensamiento sistémico encauza nuestra atención a evitar aquellos extravíos lógicos que reducen los fenómenos de un dominio fenomenológico al otro, vale decir, a llevar una clara “contabilidad lógica” que sirva para no reducir los problemas-de-la-vida y los sistemas-problema a trastornos somáticos u otra condición patológica. Aún cuando esta orientación ha sido de ayuda para el desarrollo de conceptos terapéuticos, ha dado también lugar ocasionalmente a exageraciones incluso dañinas. Este es el caso, por ejemplo, cuando un trastorno primordialmente orgánico tal como algunos déficits atencionales en niños, algunos disturbios psicóticos u otras disfunciones neurológicas son tratadas como si fuesen sólo el resultado, de comunicaciones estresantes o conflictos familiares. En miras a mantener una línea clara sobre nuestras actividades en terapia no se puede prescindir en todo momento de algún tipo de *screening* que permita distinguir, por ejemplo, entre estados primordialmente orgánicos y “problemas” y que, en casos complicados, permita una ponderación cuidadosa de los múltiples factores involucrados. Desafortunadamente, la mayoría de los procedimientos de *screening* existentes en el presente proceden de marcos referenciales distintos y precisan, por lo tanto, de un mayor refinamiento antes de satisfacer claramente las expectativas sistémicas.

LA TECNOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

La terapia sistémica ha elaborado sólo unas pocas técnicas específicas en los últimos 20 años, por ejemplo, preguntas circulares y constructivas, externalización, deconstrucción y

reflecting team. Como sea, no existe necesidad práctica o teórica de reducir la práctica sistémica a la suma de estas técnicas. Establecida con el fin de utilizar una nueva forma de pensar en el dominio de la psicoterapia, la terapia sistémica ha dedicado gran parte de su trabajo a la formulación e implementación de una actitud terapéutica de acuerdo con el pensar sistémico, dedicando menos tiempo y energía al desarrollo de nuevas técnicas. Siempre y cuando el terapeuta sistémico reflexione sobre su trabajo refiriéndose al pensamiento sistémico y actué dentro de ese marco, puede sentirse libre de incorporar técnicas en su trabajo que han sido desarrolladas en otros enfoques. Toda técnica que sea capaz de proveer al cliente de suficiente sentimiento de seguridad tal que se atreva a terminar con los patrones de repetición del problema puede ser beneficiosa. Una manera de evaluar si una técnica es apropiada o no es usando los siguientes tres criterios como marco de referencia evaluativa: *utilidad* con respecto a los objetivos de la terapia, *belleza* con respecto a la selección de las intervenciones, y *respeto* con respecto a la actitud interpersonal entre terapeuta y cliente (Ludewig 1988).

Evaluación. Por una parte, la formulación de actitudes terapéuticas sistémicas ha ayudado a muchos prácticos en su trabajo diario. Por otra parte, algunas de las actitudes propuestas como la parsimonia, paciencia y respeto han mal dirigido a algunos terapeutas a ceñirse demasiado rígidamente a una actitud de pasividad esperando a que el cliente señale que ya es tiempo de dar el primer paso tentativo hacia una “solución co-construida”. Personalmente no veo la necesidad de tal restricción. El tratar a los clientes respetuosamente como “expertos en sus propias vidas” no significa que el terapeuta deba recostarse y esperar a que el cliente trabaje. Hay muchos clientes que por distintas razones no están habilitados para iniciar y crear diferencias y cambios por sí mismos. Este es, especialmente, el caso de los niños pequeños como, asimismo, de algunos adultos seriamente discapacitados o perturbados. Evitar dar consejos, no proveer de claras estructuras o incluso no provocar una sana reacción revela, bajo ciertas condiciones, una falta de empatía por la situación del cliente y, por lo tanto, una actitud descuidada e irrespetuosa por parte del clínico. Sin embargo, el problema de encontrar cuál o cuáles son los procedimientos recomendables y aceptables en cada caso, sigue siempre vigente.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El enfoque sistémico a la psicoterapia ubica fenomenológicamente a esta práctica en el dominio al cual ésta pertenece - la socialidad - en cuanto todo lo que pasa en psicoterapia es comunicación. Uno de los mayores beneficios de la adopción del pensamiento sistémico en la psicoterapia ha sido liberarla de su compromiso histórico con el objetivismo. Sin embargo, en tanto el ser humano sólo puede ser entendido adecuadamente al considerarse simultáneamente los diferentes tipos de sistemas que lo conforman, vale decir, los varios sistemas biológicos, psicológicos y sociales, puede derivarse que la psicoterapia debería ser considerada como una compleja interacción **social** entre unidades a su vez complejas y multisistémicas o **bio-psico-sociales**, es decir, entre seres humanos.

Desde el punto de vista del pensamiento sistémico los seres humanos pueden ser considerados como seres vivos que son inseparablemente individuales y sociales. El ser humano como ser-vivo-lenguajeante según Humberto Maturana sólo puede ser entendido

cabalmente al considerarse simultáneamente su biología y su lenguaje. Esto implica que el ser humano no debería ser reducido ni a un *homo biologicus* ni un *homo sociologicus*. Más encima, si cada cognición proviene de una distinción, la existencia de **YO** debe ser referida existencialmente a un otro **YO**, o sea, a un **TÚ** del cual se le distingue. Por otro lado, **NOSOTROS** denomina a un sistema social compuesto de los elementos **YO** y **TÚ** que, a su vez, genera a sus componentes **YO** y **TÚ** proveyéndoles de las condiciones de su existencia. Esta relación generativa recursiva entre el sistema individual y el social refleja lo que yo llamo el *principio sistémico* implicando que la humanidad comienza con, al menos, dos seres humanos. La humanidad tiene sus raíces en un sistema social y sólo puede existir como tal.

El pensamiento sistémico, como hijo de fines del siglo XX, una época en la cual nuevos conocimientos científicos han comenzado a sobrepasar muchos de los bloqueos heredados del reduccionismo, nos permite considerar simultáneamente la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos que constituyen la existencia humana sin tener que reducir estos aspectos del uno al otro. Los principales beneficios de esta forma de pensar han sido recolocar a la psicoterapia dentro de un marco humanista, liberándola de su dependencia conceptual de las ciencias naturales y así librarla de la pesada carga de una postura exclusivamente realista e individualista.

Sumando lo anterior, espero haber dado cuenta de los beneficios generales del pensamiento sistémico para la teoría y práctica de la psicoterapia reconociendo que éstos son bastante más importantes que las constricciones y dificultades involucradas. Veo esto como una buena razón para seguir apoyando el desarrollo de la terapia sistémica, no permitiendo la dilución de sus cualidades distintivas en el difuso flujo de los enfoques tradicionales.

Dirección del autor:
Kurt Ludewig, Dr. phil., Dipl.-Psych.
Muenster, Alemania
Email: kurtludewig@t-online.de

LITERATURA

- Anderson, H., H.A. Goolishian, G. Pulliam, L. Winderman (1986), The Galveston Family Institute: Some Personal and Historical Perspectives. In Efron, D.E. (ed.), *Journeys. Expansion of the Strategic-Systemic Therapies*. New York (Brunner/Mazel), pp. 97-122.
- Anderson H, HA Goolishian (1992) The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In: S. McNamee, S. & K. Gergen (eds.), *Social Construction and the Therapeutic Process*. Newbury Park, (Sage).
(cast., 1995), El cliente es el experto: Un enfoque de la terapia del "no-saber." *Sistemas Familiares*. 11(3):9-22.
- Cecchin, G. (1987), Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity, *Family Process* 26, 405-413.
- Ciampi, L. (1997), *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Goettingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Dell, P.F. (1982), From systemic to clinical epistemology, Institut für Ehe und Familie Zurich, *Zusammenhaenge* 3, 51-78.
- Fivaz-Depeursinge, E., A. Corboz-Warnery (1999), *The Primary Triangle*. New York (Basic Books).
- Haken, H., G. Schiepek (2006), *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen (Hogrefe).
- Ludewig, K. (1988), Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien, *System Familie* 1, 103-114.
- Ludewig, K. (1987), 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Zeitschrift für systemische Therapie* 5: 178-191, (engl., 1989), 10 + 1 Guidelines or Guide-Questions - An Outline of a Systemic Clinical Theory. In Hargens, J. (ed.), *Systemic Therapy. A European Perspective*. Systemic Studies, Vol. 1. Broadstairs (Borgmann);
(cast., 1989), 10 + 1 guías o preguntas-guía. Lineamientos de una teoría clínica en el ámbito psicosocial con fundamento sistémico. *Sistemas familiares* 5(2): 21-36.
- Ludewig, K. (1992), *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta);
(cast., 1998), *Terapia sistémica. Bases de teoría y práctica clínicas*. Barcelona (Herder), 2ª ed.
- Ludewig, K. Herder(1998), Emotionen in der systemischen Therapie - eine Herausforderung an die klinische Theorie? In: Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (eds.), *Gefühle und Systeme - Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse.*, Heidelberg (Carl Auer-Systeme), pp. 52-76.
- Ludewig, K. (1999), "Ueberlebensdiagnostik" - eine systemische Option. *Kontext* 30 (2), 121-135.
- Luhmann, N. (1984), *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Luhmann, N. (1997), *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Maturana, H.R. (1988), Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument, *Irish J. Psychology* 9, 25-82.
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1972), *De máquinas y seres vivos*. Santiago de Chile (Editorial Universitaria).
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1984), *El árbol del conocimiento*. Santiago (Editorial universitaria).
- Merten, J. (2001), *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Stern, D.N. (1985), *The interpersonal world of the infant*. New York (Basic Books).