

# ENTREVISTA A HAROLD GOOLISHIAN.

Dora Fried Schnitman y Saúl I. Fuks

---

## I. CONVERSACIONES TERAPEUTICAS

*¿Cuál ha sido su trayectoria en la terapia familiar, y cómo ve los cambios en este campo?*

Durante las dos últimas décadas, nuestra visión, en el Galveston Family Institute, ha realizado un significativo corrimiento desde las teorías en ciencias sociales que habitualmente se encuentran en la base de nuestras concepciones psicoterapéuticas.

La gran mayoría de las psicoterapias (individuales, matrimoniales, grupales o familiares) están basadas en aquellos paradigmas sociológicos y científicos que consideran a la realidad como algo empíricamente objetivo y cognoscible. Conceptos tales como: estabilidad, homeostasis, ausencia de cambio, etc. y la mayor parte de las teorías acerca de la patología y el tratamiento, reflejan esta epistemología de observador independiente. Nosotros creemos que esta tendencia empírica y epistemológica es la base de las implicaciones normativas que caracterizan a la mayoría de las teorías fundamentales de terapia. Este también parece ser el caso en la terapia familiar.

Las perspectivas más recientes en las terapias sistémicas, han intentado desarrollar un marco conceptual alternativo que evite este empirismo; y en este intento han desplazado las ideas de la terapia familiar hacia una teoría con mayor orientación cibernética de segundo orden que muestra particular atención a los procesos de construcción de las observaciones.

Sin embargo, en mi desarrollo particular, puedo reconocer la sensación que tenía de que la forma de entender la terapia parecía obstaculizar la aparición de una visión acerca de los pacientes, que les fuera útil. Pero no tenía una idea clara acerca de qué estaba equivocado; probablemente esto me llevó a explorar maneras más satisfactorias de entender mi trabajo a lo largo de mi trayectoria profesional. Creo que esto un determinante en mi desvío de la terapia individual hacia lo que llamábamos terapia familiar en la década de los 50 y siempre se mantuvo como inquietud a través de todos mis cambios posteriores.

Con Anderson, hemos llegado actualmente a la conclusión de que el paradigma cibernético, tal como se constituyó en la práctica terapéutica, también tiene limitaciones. Desde nuestra perspectiva, estas limitaciones están ligadas, principal-

mente, a la metáfora mecánica que subyace en la teoría cibernética de la retroalimentación.

También estamos observando la limitada utilidad de los modelos cognitivos que definen a los humanos como simples máquinas que procesan información en contraposición a la visión de fenómenos que generan información. El hecho de haber trabajado con pacientes difíciles en condiciones complejas, creo que fue importante para mantener abierto y flexible nuestro pensamiento. A lo largo de este tiempo hemos intentado mejorar nuestra comprensión de la narrativa y del lenguaje del paciente y, al mismo tiempo, mejorar nuestra capacidad operativa.

Nuestras teorías sobre la terapia se están dirigiendo hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. Este es un enfoque que enfatiza los “significados”, tales como son creados y experimentados por individuos que participan de un diálogo.

A partir de esta nueva base teórica, hemos desarrollado ideas que modificaron nuestra comprensión de la terapia, dirigiendo nuestra atención a los sistemas cambiantes que sólo existen en las vaguedades del lenguaje y la conversación. Esto nos ha conducido a una visión de la terapia y los problemas humanos que ya no requiere de los dominios epistemológicos de la biología y la estructura social y, que en cambio, se apoya en los dominios de la narrativa y la semántica.

### **Hablar y dialogar**

*Usted ha propuesto una visión de la terapia que señala a la conversación como campo privilegiado en el que surgen y se modifican significaciones. ¿Considerar la importancia de la conversación dentro del contexto terapéutico, hace surgir el interrogante acerca de cuáles son los parámetros que permiten distinguir conversaciones, en el sentido usual del término, de las consideradas terapéuticas?*

Toda conversación tiene parámetros que son establecidos por su propósito y que a su vez la circunscriben. Podemos decir que el propósito subyacente de toda conversación es intercambiar y crear significados.

A diferencia de otras, la conversación terapéutica, está más centrada en el intercambio de significaciones; una conversación común, por ejemplo en la que uno invita a alguien a cenar, tiene parámetros distintos de una conversación donde la invitación es a tener una cita, o de otra centrada en el intercambio de información.

Entonces, la conversación terapéutica tiene parámetros que están dados por lo que la gente presenta como problema a resolver en el curso de la terapia.

Cada uno de los participantes en una consulta tiene diferentes parámetros que generan contextos distintos; en la conversación terapéutica el terapeuta posibilita que todos estos parámetros sean considerados relevantes. Este tipo de conversación está guiada por la significación, que es relevante para el problema que trae a la gente a la consulta .

En el proceso terapéutico, el terapeuta sostiene múltiples diálogos que diseñan conversaciones diferentes, y que define a la conversación terapéutica va cambiando con las modificaciones producidas en la descripción del problema. Esta perspectiva nos orientó a enfatizar el propósito de la conversación, más que el contexto de la misma.

***El interrogante que plantea esta visión es ¿dónde radica, entonces, la efectividad de una conversación terapéutica? ¿Cómo se distingue, en términos de efectividad terapéutica, una conversación con un terapeuta de una conversación con una amiga?***

Es necesario distinguir entre hablar y estar en una conversación. Estar en una conversación es siempre mantener intercambios dialógicos, es en esta participación dialógica donde se crean nuevos significados. Partiendo de esta distinción, la terapia puede ser descrita como una conversación focalizada en significaciones, o sea que la conversación, en terapia, tiene que ser necesariamente dialógica.

Es posible hablar de manera tal que no se esté en una conversación; en este hablar, en el que no hay diálogo, no existe necesariamente generación de significados, sino que puede ser monológico.

Cuando nos referimos a conversaciones, estamos hablando siempre de intercambios. En la situación de un vecino que le dice a otro: “que hermoso día es hoy”, y el otro le contesta: “Sí, hoy está hermoso, pero ayer llovió mucho”, no existe intercambio de significaciones, no se ha agregado nada nuevo.

## **Diálogos**

***Usted usa muy frecuentemente la palabra diálogo, ¿a qué se refiere?***

Para nosotros significa hablar con, en vez de hablar a, nos referimos a un entrecruzamiento de ideas, en el cual ninguna idea es más importante que otra. Es un proceso generador de significado en el que el paciente y el terapeuta están “ahí dentro” creando significado juntos, mientras “se descifran mutuamente” y buscan una comprensión del problema. El papel del terapeuta es generar las condiciones para que semejante proceso pueda tener lugar; esto implica que el terapeuta corre tanto el riesgo de cambiar como el paciente. El diálogo, entonces, siempre implica un esfuerzo concertado de los participantes de involucrarse en un proceso de comprensión mutua. Esto también incluye un acuerdo de mutualidad en la comprensión de la generación de significaciones.

## **El propósito de la terapia**

***¿Cuál sería, entonces, el propósito del diálogo terapéutico?***

Una de las características de la terapia es que existe un intento concertado por involucrarse en un proceso de diálogo, o sea de mutua comprensión. Para eso tiene que existir mutualidad, es decir, tiene que haber una intención compartida de estar en un diálogo de comprensión y generación de nuevas significaciones. Un propósito

de la terapia es, entonces, generar comprensión mutua alrededor del foco de la misma y, en terapia, el foco es el problema del que se está hablando.

Este tipo de conversación es diferente de una conversación retórica donde lo que se hace, se intenta hacer, es cambiar el significado de lo que el otro dice para los propósitos que uno tiene. También es diferente de una conversación pedagógica donde el propósito es conducir a alguien hacia una verdad que se conoce de antemano. Esto no quiere decir que todas las conversaciones caigan dentro de estas categorías, pero estos pueden verse como dos ejemplos claros.

***Sin embargo también es posible imaginar una conversación (un diálogo interno o con otra persona) en que exista mutuo interés en la comprensión y en el cual la conversación se halle focalizada en un problema: ¿esto implicaría la posibilidad de que se genere una ayuda similar a la terapéutica? ¿El único cambio posible es el cambio en el diálogo terapéutico o usted acepta también la posibilidad de que haya cambios en contextos no terapéuticos y en qué medida?***

La gente siempre está cambiando y el cambio se produce como un resultado del diálogo, no creo que la gente cambie más frecuentemente en la terapia.

En psicología, hemos tenido tendencia a pensar que una vez que la personalidad se constituye, esta configuración permanece. Esta es una concepción del desarrollo donde la persona evoluciona por un tiempo, hasta que es lo que es, y después permanece inmutable. En una perspectiva basada en la narrativa, no existe un self con esas características de evolución cerrada; el modelo es un self que está cambiando, y ese cambio es siempre el resultado de intercambios dialógicos.

Podríamos decir que el self es el resultado de las historias en primera persona que siempre nos estamos contando a nosotros mismos, que les contamos a otros y que, a su vez, los otros nos cuentan a nosotros y se cuentan a sí mismos.

El diálogo, entonces, siempre involucra un intercambio interno (diálogo interno) tanto como un intercambio externo (diálogo con otros). Yo no creo que esto sea algo que sólo se dé en el proceso de la terapia; a veces, la vida puede ser más efectiva que la terapia.

## **II. ELEMENTOS DE UNA CONVERSACIÓN TERAPÉUTICA**

***¿Cuáles serían, entonces, los parámetros de una conversación terapéutica?***

Podríamos enumerarlos así:

- El terapeuta mantiene a la exploración-indagación dentro de los parámetros del (de los) problema(s) tal como lo(s) describe el(los) paciente(s).
- El terapeuta considera simultáneamente múltiples ideas contradictorias.
- El terapeuta elige usar un lenguaje cooperativo y no un lenguaje no-cooperativo
- El terapeuta aprende, entiende y conversa en el lenguaje del paciente.
- El terapeuta es un receptor respetuoso y jamás comprende con demasiada prisa.

- El terapeuta hace preguntas, cuyas respuestas requieren nuevas preguntas.
- El terapeuta se hace responsable de la creación de un contexto de conversación que da lugar a una colaboración mutua en los procesos de definición y la disolución del problema.
- El terapeuta mantiene una conversación dialógica consigo mismo.

### **Conversaciones acerca de acuerdos y desacuerdos**

*Un aspecto que usted ha señalado en sus trabajos es que en su visión de la terapia, el sentido de ésta es ampliar las conversaciones lo suficiente como para que se pueda hablar de las diferencias. ¿Es suficiente ampliar la conversación para que este proceso permita incluir las diferencias?*

En general yo diría que sí. Sin embargo, hay situaciones de crisis tan perturbadoras como para posibilitar que el terapeuta imponga condiciones, pero eso, en mi concepción, no es terapia. Por ejemplo un borracho, manejando y amenazando la vida de la gente, necesita ser detenido; cuando lo paramos lo hacemos para nuestro beneficio, no para el de él. Esa es una acción perfectamente válida desde el punto de vista humano, pero no es terapia.

*¿Cuáles son las características que configuran un contexto terapéutico?*

Podríamos realizar una puntuación de características, por ejemplo:

- El terapeuta y su contexto son parte de la terapia tanto como el paciente y su contexto.
- El sistema terapéutico y el proceso terapéutico son una estructura y un esfuerzo colaborativos y no jerárquicos.
- La terapia es un proceso interactivo y circular en el que las realidades, las habilidades y la experiencia, tanto del paciente como del terapeuta, son respetadas reconocidas y utilizadas.
- El paciente y el terapeuta participan de igual modo en la creación de la realidad terapéutica (el diagnóstico y la cura).
- El terapeuta respeta y se apoya en la capacidad que presenta el sistema-paciente para iniciar acciones competentes para sí mismo, para poder lograr la autocreación de soluciones alternativas a su propio dilema.
- El rol del terapeuta consiste en dar lugar a un contexto o a un espacio para el cambio, en vez de especificar un cambio en términos de cambios de conducta, patrones interaccionales o comportamientos familiares disfuncionales, objetivamente percibidos.
- El terapeuta es un experto en la creación y facilitación de una conversación que dé lugar a que emerjan nuevos aspectos del sistema de significaciones del paciente. Esto promueve, además cambios en los puntos de vista y en los comportamientos.
- El cambio en una parte de un sistema puede afectar la posibilidad de cambios en otras. El cambio es la expansión, movimiento o la flexibilización de ideas (de

comportamiento) a través de la narrativa.

***¿Que concepción tiene usted, entonces, acerca del cambio terapéutico?  
¿Cómo opera la ampliación las conversaciones para que incluyan las diferencias?  
¿Cómo esto genera los cambios en las personas?***

Pensamos que en el diálogo se van modificando las significaciones y es así como se van generando alternativas.

***¿Por el sólo hecho de dialogar?***

Es una pregunta interesante porque, de alguna manera, interroga acerca del poder del lenguaje para generar cambios. Cuando hablamos de dialogar nos referimos al intercambio interactivo de concepciones en una conversación entre personas. En el lenguaje siempre existe la posibilidad de un cambio porque no hay una relación fija y única entre el significado y el significante.

***¿Cuál es la relación que usted describe entre el lenguaje y la significación?***

Es este precisamente mi punto. En mi concepción, la relación entre el lenguaje y significado está siempre cambiando y es en el diferir, en la diferencia, donde se da el proceso de generar nuevas significaciones.

## **Comprensión y diálogo**

Lo que describimos como lenguaje, son los productos de nuestros esfuerzos por entendernos (comprender y hacernos comprender) con quiénes estamos interactuando.

La experiencia humana es definida a través de las descripciones que hacemos de ella, con la particularidad que se da en el lenguaje humano de que haya diferencias.

Lenguaje es toda interacción comunicacional, simbólica, significativa. O dicho de otro modo, la interrelación humana es producto de la interacción en un campo lingüístico, constituido por sistemas de significación que se construyen en el diálogo.

***¿Sí pero entonces, ¿realmente es posible que las personas se entiendan?***

Uno nunca habla el mismo lenguaje aunque hable el mismo idioma. Por eso la significación siempre está cambiando. Contestaría diciendo que siempre nos estamos entendiendo y que, simultáneamente, estamos cambiando todo el tiempo; si la pregunta implica que llegamos a acordar acerca de lo que se comprende, entonces mi respuesta es no.

Si bien los sistemas de significación implican una base de acuerdos consensuales organizados lingüísticamente, esto no quiere decir que podamos acordar acerca de lo que se comprende.

***Pero, ¿podría plantearse que llegamos a una comprensión común que va cambiando?***

Nos ponemos de acuerdo en que entendemos, pero la significación va cambiando. La naturaleza de esa experiencia es bastante parecida a lo que la gente

llama amor o empatía.

***Dado que hay posiciones que plantean que uno finalmente sólo se traduce a sí mismo y, desde esta perspectiva, la comprensión no existe, ¿es posible este tipo de “comprensión”?***

Estoy de acuerdo con esa posición. Uno nunca termina de entender a otra persona, uno esta siempre en un proceso de entender y eso lo incluye a uno mismo. No es un proceso que se termina y uno puede decir: “¡Ah! lo entendí”. Significado y comprensión son construcciones creadas social e intersubjetivamente. Por intersubjetivo me refiero a un desarrollo de eventos en el que dos o más personas acuerdan en que están experimentando el mismo hecho, de igual manera. Significado y comprensión se involucran en esta experiencia intersubjetiva. Sin embargo, se entiende que el consenso resulta frágil y está permanentemente abierto a la renegociación y a la disputa.

Vivimos con el otro en un mundo de narraciones conversacionales y nos comprendemos, nosotros y entre nosotros, a través de historias cambiantes y autodescripciones. Nosotros no llegamos al significado y a la comprensión hasta que nos involucramos en un diálogo generador de significado dentro de un sistema para el cual la comunicación tiene relevancia. En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema en el cual la comunicación tiene una relevancia específica. El significado y la comprensión son construidos social e intersubjetivamente. Podríamos aquí citar a Braten que caracteriza a un sistema socio-cultural como un “sistema procesador de significado y de participantes interactuando; quienes mantienen y transforman su propia identidad y la de la red vincular a través de una comprensión más o menos compartida de ellos mismos y del mundo. esta comprensión compartida no es objetiva ni subjetiva, sino intersubjetiva, llevándose a cabo en un entrecruzamiento dialogal de perspectivas.

### **Intervenciones terapéuticas**

***¿Qué tipo de intervenciones serían coherentes con su manera de entender la terapia?***

Considero que la idea de intervención en terapia emergió de una metáfora cibernética y que, como concepción, describe a los sistemas humanos en términos de circuitos recursivos. Últimamente me ha preocupado la manera en que las metáforas fundamentales de nuestras teorías terapéuticas limitan nuestro pensar. Por ejemplo, la metáfora central de la física es la medición: un sujeto que mide un objeto. No importa cuanto uno le dé vueltas, no se puede escapar a la limitación que se produce al pensar a partir de esta metáfora central. En la teoría cibernética, el paradigma teórico que más ha influido las ideas acerca de las familias, está ligado a la metáfora del control mecánico, esto es: el control ejercido por una parte del sistema sobre otra parte del mismo y todo al servicio de la autorregulación. Una vez que se está en este ámbito, es posible evitar los temas del poder y la jerarquía. Esto

límites, o geografía teórica, están implícitos en la metáfora que subyace a la perspectiva teórica del paradigma.

Si se sostiene que la organización social resulta del producto de la comunicación social, ésta es una visión diferente de la que sostienen otros autores.

### **El papel del terapeuta**

Este tipo de pensamiento define el papel del terapeuta de una manera específica; lo que yo planteo es que la idea de intervención surge de este tipo de paradigma. Por lo tanto, si uno no comparte este paradigma, la intervención deja de ser un tema central y el eje es diferente.

Para nuestro paradigma, tiene más sentido referirnos a las preguntas como instrumento terapéutico que pensar en términos de estrategias o intervenciones”. A través de los diferentes tipos de preguntas, el terapeuta gestiona el desarrollo de un espacio para la conversación y el proceso dialógico. Para lograr esto, el terapeuta deviene experto en formular preguntas desde una posición de “desconocimiento”, en lugar de hacerlo a partir de un método o de preguntas que requieren de respuestas específicas. Si planteamos las preguntas tal como suponemos que lo hacemos, desde la posición de “perplejidad”, no somos intervencionistas sino participativos. Creemos que esto evita que consideremos a la terapia como algo instrumental. Las preguntas que hacemos no son intervenciones que tienden a producir un cambio o que producen “una diferencia que hace las diferencia”; cambiamos, devenimos diferentes en el proceso de preguntar.

Nosotros conceptualizamos la realidad como un significado multívoco surgido en un intercambio social dinámico y que emerge en el diálogo. Esto nos distancia bastante de propuestas que sostengan visiones únicas. Por lo tanto, dentro de este marco, no existen entidades externas “reales”, solo comunicación y lenguaje entre sujetos humanos. Todo esto implica para nosotros que no existen “hechos” para conocer, ni sistemas para ser “comprendidos”, ni patrones y regularidades para ser “descubiertos”.

### **Algunas consideraciones sobre el uso del proceso reflexivo**

#### *¿Qué implicaciones tiene entonces esto?*

Mantener el proceso reflexivo breve, avanzando despacio y a pequeños pasos. Mantenerse en el lenguaje de comprensión y en la metáfora del paciente, siendo cauteloso en el uso del lenguaje psicológico o dinámico para entender aquello que se está diciendo

- Es útil ser coherente con las diversas narrativas y relatos tal como son desarrolladas por el paciente, compartiendo ideas con el otro y teniendo cuidado con la trampa seductora de tratar de entender todo lo que dicen los pacientes o el equipo.

- Este proceso no es una búsqueda detectivesca de una comprensión diagnóstica que le dé sentido a algo que está mal. Lo único que interesa es que la conversación

se abra o que encontremos nuevas formas para hablar sobre las cosas.

- Es necesario estar alerta frente a la tentación de buscar y/o encontrar una connotación positiva para todo aquello que se escucha. La connotación positiva muchas veces no va más allá de un intento de convencer o sacar a la gente de sus problemas.

- La connotación negativa, o la invalidación de cualquier posición importante, de cualquier participante (incluyendo a un colega) destruye el proceso que apunta a crear un espacio para la conversación.

- La habilidad-experiencia está en los pacientes. Nuestra habilidad-experiencia está en desarrollar una conversación acerca de los temas que son relevantes y centrales para ellos.

***En los cursos que dicta en Galveston, ¿qué otros modelos de terapia enseña, además de la suya?***

Soy ecléctico. Nosotros enseñamos modelos comparados, pero quisiera volver al tema del entrenamiento, al uso de equipos. La manera en que usamos el equipo no es la misma en que se describen los equipos sistémicos. Para nosotros lo más importante fue siempre conservar la terapia como un sistema abierto. En ocasiones usamos una persona o dos, equipos, a veces terapeutas “visitantes”, donde cada uno visita la terapia del otro; de lo que se trata es de mantener a las fronteras de la terapia en forma abierta. En este sentido podemos decir que la enseñanza de la terapia tiene que ver más con colaboración que con transmisión; es vivir el proceso de la terapia juntos, ya que los intercambios no se dan solamente entre personas del mismo grado de experiencia; con los pacientes preferimos estar en conversación acerca de lo que pasa, más que corregir los “errores” de las personas.

Frecuentemente, en terapia se sostiene la noción sobresimplificada de que las personas tienen problemas por que no tienen consenso. Yo no pienso de ese modo, sino que lo necesario, en terapia, es la capacidad de permanecer en diálogo acerca de las diferencias.

***¿Es una cuestión que hace a la organización de la terapia?***

Estoy describiendo un proceso, no un estado; el proceso de conversar es un diálogo acerca de las diferencias. Volviendo a la concepción de la terapia basada en forma, sustancia o estructura, la tarea de la terapia es corregir esa estructura: resolver el problema.

## **Sistemas terapéuticos**

Sin embargo es posible pensarlo a partir de otras premisas:

- Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y generadores de significación, o sea creamos significación el uno con el otro.

- Un sistema terapéutico es el sistema generador de significación en el que el paciente y el terapeuta crean significación el uno con el otro.

- Todo sistema en terapia se ha cohesionado en torno a algún “problema”.

- Denominamos al grupo de personas con quienes hablamos en terapia, incluidos nosotros mismos, sistemas organizadores y disolutores de problemas.

### **Proceso terapéutico**

- El proceso de terapia consiste en una conversación terapéutica, en un diálogo, en un “hablar con”. En este proceso, el terapeuta y el paciente participan de un proceso de desciframiento mutuo y de una búsqueda de la comprensión del “problema” y de su “solución” tal como el paciente los define. Hablamos con el paciente acerca de sus perspectivas y creamos, a través de este aprendizaje, un proceso de “estar juntos” que conduce a una nueva significación, a una nueva narrativa, y a una nueva capacidad de iniciar acciones competentes (agency).

- Un elemento central de la conversación terapéutica es aquello que denominamos preguntas conversacionales. Las preguntas conversacionales siempre vienen de una posición de no-saber, de la necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho. Nosotros creemos que la meta de la psicoterapia es mantener y ampliar el diálogo, la conversación, de manera que los problemas se disuelvan.

***¿Quiere decir, entonces, que existen conversaciones o historias mejores que otras y que la terapia implica cambiar unas por otras?***

Podemos hablar de dos sentidos diferentes de la retórica. En primer término tenemos el significado que proviene de la etimología, y en este sentido estamos hablando de la persuasión. En terapia familiar esto aparece como el arte de persuadir para modificar la significación y el ejemplo más claro de esto es la reformulación. En esta técnica, a través de la persuasión, se cambian ciertas palabras, o cierta articulación de argumentos, para cambiar la significación que se le atribuye a las conductas. El otro sentido en que aparece la retórica es como una utilización sofisticada del lenguaje.

***Hay quienes sostienen que la gente tiene narrativas patológicas o disfuncionales que producen problemas; como consecuencia de esto la terapia intenta modificar el estilo narrativo con el fin de hacerlas beneficiosas para ellos; es decir editarlas, narrarlas, de otro modo, ¿Cuál es su posición acerca de esto?***

Estos terapeutas difieren en la técnica: confrontan la narrativa, o intentan cambiarla pero, en suma, están buscando la insensatez de la narrativa, la insensatez patológica. Esto conduce directamente a buscar la manera de cambiarla, cambiarle el sentido a la narrativa incorrecta. Para nosotros la clave está en mantenerse en el significado tal como es presentado por la gente.

### **Rol del terapeuta**

***¿Cuál es el aporte del terapeuta, entonces?***

La habilidad-experiencia y la responsabilidad del terapeuta consisten en crear un espacio en el que puedan tener lugar tanto el proceso terapéutico como la conversación terapéutica y en facilitar este proceso. Esta es una posición no-

intervencionista en la que el terapeuta también corre el riesgo de cambiar. La postura básica es que el terapeuta sigue las significaciones propuestas por la familia pero, obviamente, cada vez que uno se involucra en un diálogo se hace parte de éste. En la medida en que se participa en el diálogo, es inevitable que se pase a formar parte de la generación de significados. El terapeuta lo hace desde lo que es, desde su historia, desde sus pensamientos, sus creencias, sus emociones. En tanto no existe una narrativa que debe emerger, existe una narrativa que emerge de la coparticipación en el diálogo.

Nosotros, por ejemplo, no consideramos al paciente como un texto que hay que leer, creemos que nuestro aporte es proveer un contexto en el que los pacientes puedan relatar su historia y, en el relato y el re-relato, cambia la narrativa.

En este sentido, vamos al terapeuta como un artista narrativo involucrado en la co-construcción social del nuevo significado; nuevo significado e historia que son coherentes con los fragmentos de la memoria de antiguos relatos. Por eso el terapeuta es un participante en la conversación en lugar de un editor narrativo.

*¿Sería muy complicado sintetizar las premisas fundamentales de su perspectiva clínica?*

En lo que hace a nuestra narrativa actual, se apoya en las siguientes premisas:

1. Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y simultáneamente, son sistemas generadores de significado. La comunicación y el discurso definen a la organización social. Un sistema socio-cultural es el producto de la comunicación social, en vez de ser la comunicación un producto de la organización estructural. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y son mejor descritos por sus participantes que por observadores objetivos externos.

El sistema terapéutico es un sistema lingüístico semejante a los anteriores mencionados.

2. El significado y la comprensión son construidos social e intersubjetivamente. No arribamos a, ni tenemos significado y comprensión hasta que llevamos a cabo una acción comunicativa. Un sistema terapéutico es una sistema para el que la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialógico.

3. Cualquier sistema en terapia se ha cohesionado dialógicamente alrededor de algún “problema”. Este sistema desarrollará un lenguaje y un significado que sean específicos para sí, específicos para sus organizaciones y específicos para su disolución en torno al “problema”. En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema que se distingue por la evolución de la co-creación de significación, en lugar de hacerlo por una estructura social predeterminada.

El sistema terapéutico es un sistema organizador-disolutor de problemas.

4. La terapia es un suceso lingüístico que tiene lugar en lo que nosotros llamamos una conversación terapéutica. La conversación terapéutica es una mutua búsqueda y exploración que se logra por medio del diálogo, un intercambio bidireccional, un entrecruzamiento de ideas en los cuales continuamente evolucio-

nan nuevos significados hacia la “disolución” de problemas y por lo tanto, hacia la disolución del sistema terapéutico; es en este sentido un sistema organizador-disolutor de problemas.

5. El rol del terapeuta es el de un maestro en el arte de la conversación, un arquitecto del proceso dialógico. La pericia del terapeuta está en crear un espacio para facilitar una conversación dialógica.

El terapeuta es un co-participante de la conversación terapéutica.

6. El terapeuta ejercita este arte a través del uso e preguntas terapéuticas. La pregunta terapéutica es el instrumento principal que facilita el desarrollo de un espacio para la conversación y el proceso dialógico. Para lograr esto el terapeuta es experto en formular preguntas desde una postura de “desconocimiento” en vez de hacer preguntas que requieren respuestas específicas.

7. Los problemas son acciones que expresan nuestras narrativas humanas de tal manera que disminuyen nuestra sensación de “ser competentes” y de libertad personal. Los problemas son una respuesta de alarma o de preocupación frente a una situación para la cual no podemos definir una acción competente para nosotros mismos. En este sentido, los problemas no son más que una respuesta de alarma y existen en el lenguaje. Todos los problemas son únicos al contexto narrativo del cual extraen su significado.

8. El cambio en la terapia consiste en la creación dialógica de una narrativa nueva y, por lo tanto, el comienzo de una oportunidad para una nueva acción competente. El poder transformador de la narrativa descansa en la capacidad que posee para re-relacionar los sucesos de nuestras vidas en el contexto de un nuevo y diferente significado. Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en las conversaciones que se generan entre nosotros. La destreza del terapeuta consiste en la pericia para participar en este proceso.

---

### Nota editorial

La primera parte de este artículo está formada por una entrevista construida sobre la base de los intercambios realizados con el Dr Goolishian durante la visita que realizara a la fundación INTERFAS del 29 de noviembre al 7 de diciembre de 1990. Fragmentos fueron publicados en *Sistemas familiares, año 7, n. 1*, abril 1991.

La segunda parte, que inicia en el apartado “Elementos de una conversación terapéutica”, está extraída de Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). *Sistemas humanos como sistemas lingüísticos. Algunas ideas preliminares acerca de las implicaciones que tiene para la teoría clínica. Family Process, 27, 371-393.*