

LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAREJA: RETOS DE LA TERAPIA DE PAREJA

Victor E. Loos
Houston Texas

Many therapists report that working with couples is very difficult and stressful. In this article I offer a few evolving thoughts on working with couples, based on Kelly's Sociallity corollary and the field of hermeneutic inquiry. The primary task of marital therapy is to work together with couples in coauthoring (or coconstructing) a history that (a) is specific to the concerns of each spouse, (b) is meaningful to the two of them as a couple, and (c) provides new options for effective action in the situation confronting them. This coauthoring process, if it is to be successful with couples, must address a number of related issues, including codefining problem, connecting with the relevant system, codeveloping specific and workable goals, maintaining flexibility and coconstructing alternatives.

Keywords: Kelly's Sociallity corollary, Personal Construct Psychology, Couples, Marital Therapy, Coconstruction.

Introducción

Muy a menudo los terapeutas consideran el trabajo con parejas muy difícil y estresante. Varios autores (por ejemplo, Guerin, Haley, 1980; Jacobson & Gurman, 1986; White, 1985) han articulado los retos y complejidades característicos de la terapia de pareja. Los retos de la terapia de pareja no son menos complejos para quienes tienen una orientación constructivista.

Por ejemplo, a menudo las parejas presentan dos visiones de la realidad que compiten entre sí y esperan que el terapeuta “arregle” al otro consorte, que le corrija “las ideas equivocadas” o que como mínimo dé un veredicto de quién tiene “razón”. Esto podría aparecer en la forma de comentarios como “Es mi marido el que necesita ayuda” o “No veo la necesidad de venir a verle, pero si es tan importante para ella, la puedo acompañar”. O puede manifestarse en que uno de los consortes pida al terapeuta que anuncie al otro que quiere separarse. Además, las parejas pueden llegar a asumir que si son capaces de “ponerlo todo sobre la mesa” y el terapeuta hace las preguntas adecuadas para desvelar los hechos, se podrá tomar una decisión correcta.

Otras dificultades surgen de las suposiciones limitantes que a menudo tienen los terapeutas en relación a la naturaleza de las relaciones y la naturaleza de la terapia de pareja. Por ejemplo, es ampliamente aceptado que a causa de problemas de alianzas, temas de transferencia y secretos potenciales “la terapia de pareja” requiere que ambos consortes estén en la misma sala (por ejemplo, Eisenstein, 1956; Nadelson, 1978). Además, es usual creer que existe una pareja ideal o normativa y que la pericia del terapeuta está en identificar las relaciones disfuncionales para conducir a la pareja hacia el modelo normativo (por ejemplo, Beaves, 1985). Muchos problemas de la terapia de pareja se han construido sobre el supuesto de que el objetivo de la terapia es aumentar la comunicación directa, con un énfasis en la franqueza y la confrontación (por ejemplo, Bach & Wyden, 1969; Greenberg & Johnson, 1988). Esto ha llevado a algunos tratamientos cuestionables en nombre de la terapia de pareja (Haley, 1980). Supuestos como estos limitan la maniobrabilidad, hacen más rígidas las construcciones, generan clientes resistentes y fomentan la fatiga de los terapeutas. En resumen, tienden a incrementar la dificultad del trabajo con parejas.

En las últimas décadas los psicólogos de constructos personales han comenzado a explorar las complejidades de la terapia de pareja (Doster, 1985; Kremsdorf, 1985; Neimeyer, 1985, 1987; Neimeyer & Hudson, 1985; Ryle & Breen, 1972; Ryle & Lepshitz, 1976, 1981) y familiar (Kenny, 1987; Loos & Epstein, 1989; Mancuso & Handin, 1983; McDonald & Mancuso, 1987; Procter, 1981, 1985a, 1985b, 1987; Procter & Stephens, 1984; Reiss, 1981), apoyándose firmemente en el corolario de sociabilidad de Kelly (Leitner, 1985; Procter & Parry, 1978; Thomas, 1979). En su corolario de sociabilidad, Kelly (1955) enfatizó que la capacidad de una pareja para desarrollar una relación íntima de roles en curso, depende de la habilidad de cada miembro para asumir el marco de referencia del otro. Es a través de esta dinámica, de este proceso en continuo cambio, que desarrollamos nuestros significados nucleares —esos constructos fundamentales a través de los cuales mantenemos nuestra “*identidad y existencia*” (Kelly, 1955, p. 482). Kelly consideraba el matrimonio como el arquetipo de una relación de roles. Leitner (1988) señaló que la noción de Kelly de rol, asociada con “una profunda relación interpersonal” (p. 253) y basada en el desarrollo dialógico del significado, es claramente diferente de los roles sociales tal como se aplican tradicionalmente a las interacciones conyugales y a la terapia de pareja.

Este artículo es el resultado de la aplicación de algunas ideas germinales de Kelly (1955) en relación al trabajo con parejas. También incorpora las nociones del floreciente campo de la investigación hermenéutica (cf. Bruner, 1986; Rorty, 1979). Hermenéutica, definida como el arte y la ciencia de la interpretación de los textos, hace referencia al amplio campo de la interpretación de la acción humana (Gergen, 1988). El enfoque hermenéutico parte del supuesto que la experiencia humana fundamental es siempre de interpretación. A través de la conversación y por medio

del diálogo, las personas construyen narrativas para interpretar las experiencias de la vida (Anderson & Goolishian, 1988; Mair, 1988; Rorty, 1979). Para las parejas, este proceso de interpretación consiste en volver-a-contar conjuntamente su narración, una historia vivida constantemente revisada a través de sus interacciones.

La tarea primordial de la terapia de pareja, desde la perspectiva constructivista, es trabajar conjuntamente con la pareja en la elaboración de sus sistemas de construcción a fin de ofrecer nuevas alternativas al problema que afrontan (Neimeyer, 1985). La terapia de pareja implica ser co-autor (o co-construir) con la pareja una historia que se caracteriza porque (a) es específica de las preocupaciones de cada cónyuge, (b) es significativa para los dos como pareja, y (c) proporciona nuevas opciones para una acción eficaz en la situación que afrontan. Esta co-autoría no consiste en la construcción de un tema de vida o un relato biográfico, sino en la co-construcción de posibilidades locales y específicas que permitan a los miembros de la pareja actuar sobre el mundo e interactuar entre sí con un sentido de entidad.

Considero que esta iniciativa terapéutica, basada en gran parte en el corolario de sociabilidad de Kelly, se produce principalmente en el campo del lenguaje y la conversación. El lenguaje no se limita a los símbolos lingüísticos o signos verbales, sino que incluye sistemas no verbales y preverbales de significado. El lenguaje se refiere a la elaboración intersubjetiva de significado en la que los participantes co-desarrollan una historia aun-no-contada o un conjunto de constructos (Anderson & Goolishian, 1988; Anderson, Goolishian & Winderman, 1986; Epstein & Loos, 1989a y b; Goolishian & Anderson, 1987; Goolishian & Winderman, 1988). El reto para el terapeuta consiste en validar la posición de cada persona en relación con el problema y al mismo tiempo contribuir a la formación de una perspectiva más amplia. Para que el proceso como coautor tenga éxito con las parejas, debe abordar una serie de cuestiones afines, incluida la co-definición del problema, la conexión con el sistema relevante, el codesarrollo de metas específicas y viables, mantener la flexibilidad y la construcción de alternativas.

LA CO-DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las parejas no vienen a terapia porque se consideren emocionalmente deficientes o psicológicamente disfuncionales; buscan orientación psicológica porque se encuentran en lucha el uno contra el otro. La lucha consiste habitualmente en el intento de uno de los miembros de la pareja por convencer al otro de un punto de vista particular. Los problemas conyugales, entonces, ocurren “dentro del lenguaje” (Anderson & Goolishian, 1988). Por ejemplo, una pareja no contacta con un terapeuta, porque carecen de intimidad. Más bien, vienen porque la esposa quiere que su marido le cuente su día a día, mientras que él intenta no aburrirla con asuntos sin importancia y quiere hablar de “cosas positivas”. Cada uno de ellos está intentando que el otro se comporte de modo diferente.

Del mismo modo, las parejas no inician una terapia a causa de “problemas de

comunicación”, “constructos impermeables” (véase Kelly, 1985) o cualquier otro principio psicológico general. Están luchando por darle sentido a un tema específico. Para continuar con el ejemplo precedente, la esposa no desea que su marido hable tan alto o con tanta energía cuando conversan; a él no le gusta que ella se retraiga cuando él está hablando de cosas importantes. Incluso cuando las parejas dicen “sentirse confusas sobre su relación”, no suelen estar confundidos sobre lo que piensan que debería suceder. Lo típico es que tengan una clara idea sobre lo que piensan que debería ocurrir, pero pueden estar confusos sobre los motivos que tiene la pareja para negarse a ver las cosas como las ven ellos ó, en el mejor de los casos, están luchando por comprender el punto de vista insensible de su pareja.

Los problemas terapéuticos, entonces, son situaciones en las cuales una pareja es incapaz de construir conjuntamente una historia que les permita actuar de manera efectiva. La tarea del terapeuta consiste en ayudarles a ir más allá del asunto sobre quién tiene la razón, o cual es la visión del mundo que debería prevalecer y validar, a la vez, las demandas específicas de cada cónyuge.

El problema que se define en la sala de terapia es producto de la conversación o historia terapéutica. Como todos los significados, los problemas son co-construidos dentro del lenguaje¹ y están en constante cambio (Kelly, 1955). El terapeuta y la pareja necesitan articular el problema de forma *viable*. Por ejemplo, si se presenta una mujer diciendo que está embarazada y que quiere casarse con su amante, y su amante exige que ella aborte y la boda sea pospuesta, no resulta un problema muy viable intentar decidir quién tiene razón. Si los dos se mantienen firmes en sus puntos de vista y no parecen estar preparados para explorar las perspectivas del otro, el terapeuta podría introducir la posibilidad de modificar el problema sugiriendo “¿A cuál de los dos debería ayudar?”

Trasladar el problema desde determinar quién tiene razón (es decir a quién se debería convencer para que cambie de opinión) a determinar quién tiene más necesidad de ayuda es plantear un problema más “viable”, por lo menos para comenzar, porque la mayoría de parejas al menos entablarán conversaciones sobre quién necesita ayuda, qué clase de ayuda es necesaria, y cómo han intentado en el pasado ayudarse el uno al otro. Si bien el terapeuta tendría una variedad de otras posibilidades (por ejemplo, llevar a la pareja a que se cuestione por qué cada uno ha sido tan ineficaz a la hora de convencer al otro de lo que debe suceder), la tarea decisiva es utilizar el lenguaje que contiene las semillas de un problema viable. “Viable” significa que a su alrededor puede producirse una conversación: los pasos de la historia construida que permitan la elaboración común de la demanda y ampliar las posibilidades de futuro. No significa “solucionable”.

Identificar el problema viable no consiste simplemente en preguntar “¿Cuál es el problema?” o incluso administrar un repertorio de rejillas a la pareja. Se trata de acercarse a las luchas de la pareja desde una postura de “no-saber” (Anderson & Goolishian, 1988). Desarrollar conjuntamente una formulación significativa del

dilema concuerda con la “elaboración conjunta de la demanda” de Kelly (1955). Este es un proceso que algunos han denominado “negociación” (por ejemplo, O’Hanlon & Wilk, 1987); sin embargo, negociación implica un consenso final que yo considero no forma parte del desarrollo continuo, permanente y dialógico del significado. Desde esta perspectiva, no existe distinción entre evaluación y terapia. De hecho, la terapia es la evaluación permanente de un problema siempre cambiante.

En ocasiones puede ser necesario que el terapeuta defina el problema como dos problemas individuales separados. Por ejemplo, el terapeuta puede plantear, “Considero que cada uno de vosotros necesita ocuparse de su propia depresión antes de poder preocuparse de ayudar el uno al otro o incluso considerar este matrimonio.” O el terapeuta puede trabajar con la esposa con el fin de sensibilizar al marido respecto a las necesidades de esta, y trabajar con el marido para encontrar maneras de enseñarle paciencia a su esposa. En otras ocasiones el terapeuta puede encontrar necesario definir el problema como un “problema de pareja” (por ejemplo: “Tengo la impresión de que puede que no avancemos mucho respecto a los descorazonadores sentimientos que ustedes tienen desde el fallecimiento de su hijo hasta que no descubramos más sobre la manera en que habitualmente responden a la tristeza del otro”). Definir el problema como dos problemas individuales es con frecuencia útil cuando ambos miembros de la pareja se han estado culpando el uno al otro de sus dificultades; construir el problema como una dificultad conjunta es frecuentemente útil cuando se han estado culpando a sí mismos por las peleas. La definición del problema no viene dictada por una teoría a priori sobre disfunciones de pareja o incluso por la suposición de que uno está haciendo la terapia de pareja; más bien es un proceso de conversación que incorpora las luchas de los miembros de la pareja y las ideas que va desarrollando el terapeuta.

Cada problema es único respecto a su contexto específico para esa pareja en particular. Desafortunadamente, muchos modelos normativos para la clasificación de las parejas hacen hincapié en la habilidad de los terapeutas a la hora de establecer el diagnóstico de los problemas, minimizando así el proceso de colaboración en la elaboración de la demanda. Las tipologías de parejas pueden ser útiles, pero a menudo conducen a los terapeutas a perder de vista aquello que es único en la pareja y a entender el dilema de manera demasiado rápida, creyendo que han comprendido con exactitud la situación de la pareja. No hay atajo posible a la escucha receptiva necesaria para co-definir el problema. Esto significa que “las cuestiones específicas” (por ejemplo, *affaires*, secretos, violencia doméstica, la muerte del cónyuge) en que se dice a menudo que requieren intervenciones únicas no son diferentes de cualquier otro problema que debe ser co-definido en el contexto terapéutico. Asimismo, las dificultades únicas de las “poblaciones de parejas especiales” (por ejemplo, parejas de gays y lesbianas, parejas mayores, parejas transculturales, parejas con familias mezcladas, y parejas de terapeutas) no son diferentes de cualquier otra demanda que primero debe ser elaborada *conjuntamente* si se espera

que la terapia tenga éxito.

Aunque el “problema” o la “demanda” son cruciales para la coautoría de una historia con nuevas alternativas, pocas veces nos encontramos ante un problema monolítico. Existen muchos problemas. No se trata únicamente de que las dos personas difieran habitualmente en sus descripciones del problema, frecuentemente tienen muchas demandas específicas. Adicionalmente, las demandas van cambiando a lo largo del tiempo, y la definición del problema se modifica a través del proceso de cuestionamiento interactivo. Debido a la naturaleza intersubjetiva del significado, el problema en la primera sesión no es el mismo problema que se trata en la cuarta sesión. Como apunta Kelly, todos los acontecimientos están abiertos a ser reconstruidos, y una parte central del proceso de coautoría es la refundición del dilema cada vez que se vuelve a contar la historia. De hecho, yo sugeriría que el proceso conversacional a través del cual se co-define un problema constituye el 80% de una terapia de pareja eficaz.

CONEXIÓN CON EL SISTEMA RELEVANTE

Especialmente en casos de pareja, es importante comprender que el sistema terapéutico no está limitado a la pareja conyugal. De hecho, “terapia de pareja” con frecuencia resulta un término poco útil, porque desalienta al terapeuta a considerar el impacto de otros en el proceso terapéutico. Muchas personas participan como coautores de nuestras historias de pareja. Es fundamental para el clínico conocer quiénes son todos aquellos que están involucrados en la definición del problema, y saber qué posición han adoptado con respecto al problema. En términos de Kelly, “¿Quién ha desempeñado un papel con ellos en torno al asunto?” o “¿Quién ha participado en la explicación de la naturaleza de la lucha y en proporcionar soluciones o proponer indicaciones?” (Kelly, 1955, p. 963).

Esto puede incluir a miembros de la familia (por ejemplo, padres, hermanos, o hijos), ex-cónyuge, amores extraconyugales, amigos (por ejemplo, vecinos, antiguos compañeros de piso de la universidad, jefes, y compañeros), o profesionales (por ejemplo, religiosos, pediatras de la familia, y especialmente anteriores terapeutas). Preguntas útiles a la hora de determinar los sistemas relevantes pueden ser “¿Quién más os da consejos?”; “¿Quién entiende vuestra situación mejor que nadie?”; “¿Quién sería la persona más sorprendida si le damos la vuelta a esto?”; “¿Qué es lo que otros piensan que deberíamos hacer?”; “¿Quién está más convencido de que esta terapia es una buena idea? ¿Quién está más en contra de ella?”; y “¿A quién le habéis hablado de vuestras dificultades?”

La narrativa que se desarrolla en la conversación terapéutica debe tener en cuenta los constructos de estas otras personas, así como los de los cónyuges y del terapeuta. Debe validar cada posición, pero también debe desarrollar una posición diferente. Cabe señalar que el reconocimiento de las posiciones de las personas más allá de la pareja conyugal, representa más que las tradicionales teorías de la

“triangulación” popularizadas por Bowen (por ejemplo, 1978), donde se dice que la terapia de pareja es difícil precisamente porque la triangulación es inherente e inevitable. Considerar los siguientes ejemplos:

Rick y Sue llegaron a terapia después de haber solicitado el divorcio por segunda vez. Ambos declararon que se amaban el uno al otro, pero simplemente no podían soportar más las peleas. Un terapeuta anterior les había dicho que sus líneas de comunicación eran demasiado indirectas y muy entrecruzadas. Se les encargó hacer una lista detallada de todos los defectos de la otra persona a fin poder iniciar una comunicación directa sobre esto. Después de dos visitas abandonaron. El mejor amigo de Rick en el trabajo, que se había separado recientemente, le dijo que era “antinatural aguantar a una mujer así” y le sugirió que era hora de pasar página y vivir la vida que siempre había deseado vivir. El grupo de Anónimos Alcohólicos de Sue hizo hincapié en que ella debía centrarse en su problema con la bebida, no en la relación. La hija de ambos de 11 años dejó de hablarles y pasaba cada vez más y más tiempo en su habitación. La madre de Rick llamaba cada dos días para ofrecer palabras de aliento, hablaba principalmente con Sue. Ella consideraba a Sue como parte de la familia—como a su propia hija—y le contaba como había pasado por cosas similares con el padre de Rick, pero que el compromiso lo era todo. Ambos respondieron que no se podían comprometer el uno con el otro si no sentían amor por el otro. Su vecina, en la que ellos confiaban y respetaban más que a todos sus otros contactos, les había dicho que ambos eran “co-dependientes”. Fue ella quién les remitió a orientación de pareja. Ellos encontraron que los libros que ella les había facilitado eran muy descriptivos de la situación en que se encontraban, pero no especialmente útiles.

Para esta pareja, el sentido en que interpretan sus dificultades está basado en la forma en que han conducido sus interacciones con los demás. El terapeuta tendrá que explorar la forma en que han incorporado (o rechazado) los puntos de vista de los demás en su propia narrativa. Por ejemplo, ¿pueden articular lo que es útil (ó interesante, digno de mención, sorprendente, etc.) y lo que es inútil acerca de la posición de cada persona, y cuál fue la razón de esta posición? Prestar atención a las posiciones adoptadas por los demás es provechoso por tres razones. Primera, ayuda al terapeuta a saber cuál es la posición que no debe adoptar. Por ejemplo, no sería beneficioso para el terapeuta intentar enseñar a Rick y Sue cómo ser más directos en sus comunicaciones, al menos no, sin haber explorado antes qué resultó infructuoso a cerca de la posición del terapeuta anterior. Del mismo modo, si el terapeuta no tiene conocimiento del punto de vista de la madre de Rick y les pide a los dos con insistencia que reafirmen su compromiso con el otro, puede ser que se sientan incomprendidos. Segunda, el acceso a la perspectiva de los demás que desempeñan un papel con la pareja también ayuda a desarrollar una perspectiva más amplia. Por ejemplo, cómo comparan y contrastan las aportaciones de Alcohólicos Anónimos, de la madre de Rick, de su vecina y de su hija (utilizando la tipología

triádica de Kelly). ¿Con quién están más de acuerdo? ¿Cuáles son los puntos de vista más opuestos? La introducción de la perspectiva de los otros amplía las posibilidades de diagnóstico y de cambio desde el punto de vista polarizado de la pareja. Tercera, las personas dentro del sistema determinado por el lenguaje (Anderson et.al., 1986) pueden ser precisamente las personas que interactúan con la pareja de forma más regular que el terapeuta. Ellos son recursos potenciales para el terapeuta. Por ejemplo, a la pareja se le puede asignar que entreviste a otros, que haga preguntas sobre otros, o que experimente con otros. O estas otras personas (por ejemplo, la vecina) pueden ser invitadas a la terapia a conversar con la pareja y el terapeuta con el fin de facilitar el proceso de conceptualización. De este modo, también para la pareja, el sistema terapéutico que es un sistema definido por el lenguaje, deja de estar limitado al dúo presente en el despacho.

Prestar atención al sistema terapéutico relevante es de especial importancia cuando se tratan pacientes derivados a terapia de pareja por otros terapeutas. A menudo los profesionales derivan a un cliente y su cónyuge a orientación de pareja mientras continúan tratando a este cliente en terapia individual. Por ejemplo, Tony y Sharon fueron derivados a terapia por el psiquiatra de Sharon. Sharon continuó viendo a su psiquiatra tres veces por semana y Tony asistía semanalmente a terapia de grupo con otro orientador. El terapeuta de pareja necesita aclarar por qué se está solicitando orientación de pareja y quién lo está pidiendo. Por ejemplo, ¿Cuales son las expectativas, y se trata de un contrato posible de alcanzar? ¿Está intentando el psiquiatra que derivó poner presión sobre el marido para que acepte los cambios en la esposa en la dirección que él como psiquiatra está trabajando? ¿Se dijo a los miembros de la pareja que tenían “dificultades de comunicación”, y si fue así, a qué se refería el psiquiatra con esto? ¿Está el psiquiatra derivando a la pareja porque él o ella piensan que hay cuestiones “de la familia de origen” del cónyuge que están dificultando el avance clínico? ¿Si el terapeuta decide ver a los esposos por separado, se ofenderá el psiquiatra? ¿Cómo puede hacer el terapeuta para aprovechar las ideas que el marido recoge en su terapia de grupo para maximizar, en lugar de limitar, las posibilidades de la terapia de pareja?

Acceder al sistema de lenguaje relevante es, pues, un aspecto importante del co-desarrollo de una narrativa que es específica a las inquietudes de cada cónyuge, trata los asuntos de la pareja y promueve direcciones alternativas para una acción efectiva.

CODESARROLLO DE METAS PEQUEÑAS Y ESPECÍFICAS

El objetivo de la terapia de pareja es ayudar a los miembros de la pareja a construir juntos el tipo de pareja que ellos quieren (Neimeyer, 1985). Este proceso colaborativo y en curso parte directamente de las demandas que se han ido elaborando y co-definiendo a través de la conversación. También sugiere una guía simple para la orientación de parejas: *No trabajar nunca hacia ninguna meta que*

no haya sido co-desarrollada. Por ejemplo, si un terapeuta empuja a una pareja a enfrentarse a los maltratos sufridos en la infancia por el marido, pero ninguno de los dos cónyuges lo entiende como relevante para sus dificultades actuales y no se convierte en parte de la narrativa que desarrollan juntos, es muy probable que el terapeuta genere clientes resistentes y que aumente su propia frustración.

Esta posición cuestiona metas predefinidas propias de modelos normativos. Por ejemplo, algunas parejas informan que les resulta más satisfactoria aprender a interactuar de una manera paralela que de forma íntima (Sillars, Pike, Jones, & Murphy, 1984). Para algunas parejas resulta más adecuado aprender a evitar el conflicto que resolver conflictos (Loos, 1987). Otras parejas en cambio informan alcanzar mayor intimidad y mayor satisfacción al emplear estrategias de “pelea y reconciliación” en lugar de estrategias de “cooperación” del uno con el otro (Fitzpatrick & Winke, 1979).

La terapia de pareja resulta menos difícil si el terapeuta es modesto respecto a las metas. Aunque la terapia de pareja implica ampliar los roles que los cónyuges desempeñan el uno con el otro (Neimeyer, 1985) Kelly era consciente de que la comprensión mutua tiene lugar alrededor de los constructos sobre temas cotidianos. Por ejemplo, si una pareja afirma, “nosotros únicamente queremos estar más cómodos el uno con el otro”, sería más útil dirigir la conversación hacia metas pequeñas (por ejemplo, “¿Si las cosas comienzan a mejorar y ustedes comienzan a sentirse cómodos el uno con el otro, cuál será la primera pequeña señal que nos permitirá saber que nos estamos moviendo en la dirección correcta en lugar de metas ambiciosas (por ejemplo, “¿Supongamos que ustedes están completamente cómodos el uno con el otro, cómo sería la relación?) Otras posibilidades, a la hora de elaborar las implicaciones mínimas respecto al cambio propuesto, pueden incluir preguntas sobre aquello que no debería cambiar (por ejemplo, “Supongamos que las cosas comienzan a cambiar. ¿Qué cosas *no* te gustaría que cambiaran?), preguntas sobre el progreso del cambio (por ejemplo, ¿En qué medida, por pequeña que sea, habéis notado que ya os estáis moviendo en esa dirección?) y preguntas sobre obstáculos frente a las metas (por ejemplo, “¿Qué has hecho para intentar que Sharon se sienta más cómoda? ¿Por qué no ha funcionado? o “¿Qué ideas se os ocurren sobre pequeñas cosas que se nos pongan en el camino mientras intentamos movernos en esa dirección?).

Una meta común de los terapeutas de pareja es intentar que las parejas se comprometan. Esta empresa rara vez funciona. Si el terapeuta intenta convencer a los cónyuges para que moderen sus posiciones, normalmente aun se aferran más a ellas, y sienten que no les han comprendido. Pensemos, por ejemplo, en una pareja donde uno de los miembros de la misma desea fervientemente tener “relaciones sexuales románticas” a diario, mientras que su pareja no está interesada en “entretenerse” más de una vez al mes. Si el terapeuta le insiste a cada uno de ellos que debe adaptar una postura “más razonable”, esto normalmente provoca una

respuesta unidimensional en la que ambos intentan adoptar una “versión pasada por agua” de su postura original. Si por el contrario se desarrolla una narrativa basada en la comprensión mutua, sus opciones son multidimensionales. Ellos pueden, por ejemplo, decidir que oscilar es probablemente una meta más viable que llegar a un consenso numérico específico; o pueden decidir que la cuantía de caricias es un punto más crítico que la frecuencia de las relaciones sexuales; o podrían optar por tomarse unas vacaciones juntos para averiguar qué descubren; o podrían incluso decidir pasar un tiempo alejados el uno del otro para reducir la presión de tener que responderle al otro. El “compromiso” es una consecuencia del intercambio conversacional, una descripción lingüística que dan los participantes cuando se han sentido validados en el proceso de co-autoría. Cuando ambas personas se sienten comprendidas y ambas se sienten capaces de comprender al otro, son capaces de generar un abanico de posibles acciones que ellos pueden vivir. Ellos comúnmente describen esta experiencia cómo “alcanzar un compromiso”.

La parte final del proceso de co-desarrollar metas viables en terapia de pareja consiste en saber cuándo parar o cuándo aflojar la marcha. Esto supone respetar los prejuicios de cada persona, incluidos los del terapeuta. Si, por ejemplo, la pareja informa que está satisfecha con la situación actual y que ya no necesitan terapia, sin embargo, el terapeuta considera que un cónyuge ha pasado a adoptar una postura demasiado servil y está preocupado por concluir la terapia en este punto, el terapeuta podría presentar su preocupación de una manera tentativa (por ejemplo, “Tengo el pensamiento persistente de que tal vez estamos pasando algo por alto. Ayudadme a disipar esto.” o “Algunos terapeutas se sentirían incómodos acabando la terapia ahora. ¿Podéis entender por qué?”) El comentario del terapeuta debería ir orientado a mantener la conversación en lugar de pararla. La manera en que se finaliza la terapia es una parte integrante de la narrativa construida. Por ejemplo, esto podría suponer modificar la frecuencia de las sesiones, ver únicamente a un cónyuge durante una temporada, negociar un problema diferente y metas diferentes, o hablar con la pareja a cerca de la importancia de *no* hablar con el terapeuta. Si las metas de la terapia son modestas, y si el terapeuta considera la vida como un proceso de autoría que no está completado, entonces el contexto es propicio para que los clientes vuelvan a entrar en terapia cuando lo necesiten. No se ve tanto como “finalización” sino como el desarrollo de una nueva narrativa en la cual los clientes ya no están luchando por aquello que fue definido como el problema originariamente. No se trata de una historia que resuelve problemas, sino de una que proporciona el contexto en el que los problemas “se disuelven” (Goolishian & Anderson, 1987).

EL MANTENIMIENTO DE FLEXIBILIDAD

Desde el principio, el terapeuta se enfrenta a una serie de demandas que compiten con el fin de adquirir un rol específico. Por ejemplo, con frecuencia las parejas esperan que el terapeuta haga de juez (y como tal, arbitre una amarga

disputa), de experto (y como tal, rectifique los defectos de la pareja), o de maestro (y como tal, imparta conocimiento correctivo). El rol del terapeuta es una parte a negociar dentro de la narrativa, al igual que las demandas de la pareja y las metas de la terapia. Se trata de un proceso en marcha de co-construcción que implica los *inputs* de todas las partes involucradas y está cambiando constantemente.

T: ¿Qué ideas tenéis sobre la manera en que alguien como yo puede ser de ayuda para vosotros?

E: Nosotros pedimos el divorcio hace tres semanas, pero mi abogado me remitió a usted y me dijo que debía hablar con usted.

T: ¿Y para qué piensa que le puede ayudar hablar conmigo?

E: Para que no lamentemos la decisión que estamos tomando...

M: Yo no estoy convencido de esto del divorcio y se lo he estado diciendo a ella. Creo que su abogado piensa que esto quedará bien en el juicio.

T: ¿Así que usted querría que yo testifique en el juicio? ¿En qué clase de testimonio había pensado?

E: Bien, no realmente ir a juicio; simplemente ayudarnos a decidir.

M: ¿De todos modos, a qué se dedica usted?

T: No estoy muy seguro que pudiera serles de utilidad en un juicio... Más bien me veo a mi mismo hablando con ustedes con el fin de intentar darle sentido a este lío en que están metidos.

E: ¿Servirá?

T: Bien, para serle sincero, no lo sé. He hablado con muchas parejas a lo largo de los últimos años, y a veces hemos tenido la suerte de darle la vuelta a la situación. No sé lo suficiente sobre aquello por lo que ustedes están luchando como para saber cómo podría ayudarles, o incluso, si es que podría prestarles algún servicio. ¿Por qué no hablamos de ello?

Si bien el terapeuta podría haber respondido de mil maneras, *su rol deberá ser co-desarrollado a través de la conversación con la pareja*. No se trata meramente de hacer preguntas para evaluar sus expectativas, sino más bien de entablar un diálogo que permita la co-evolución del rol del terapeuta. Esto puede suponer, en algún momento, incluir preguntas sobre los peligros o efectos secundarios percibidos del hecho de hablar con un terapeuta.

Para desarrollar una narrativa significativa con la pareja, el terapeuta necesita la flexibilidad para adoptar cualquier posición que sea necesaria con el fin de manejar de modo efectivo el flujo de conversación. A menudo esto supone dirigir las preguntas a cada miembro de la pareja y hacer que este responda al terapeuta, en lugar de responder entre ellos. Por ejemplo, si un marido es especialmente enérgico y no para de interrumpir a su mujer bien sea para corregirla o para interpretar su comportamiento, el terapeuta se puede dirigir al marido y solicitar su ayuda como observador:

Gerard, está visto que has prestado mucha atención a las dificultades que

tiene tu esposa. Me gustaría pedirte que hicieras algo, si tú puedes. He estado dando vueltas a algunas preguntas a las que me gustaría hacerle a Linda. En unos minutos te voy a pedir que vayas haciendo notas mentales y observaciones sobre lo que hablamos, especialmente cualquier idea nueva que tengas.

Aunque un espejo unidireccional puede facilitar este proceso (por ejemplo, tener a un cónyuge escuchando detrás del espejo mientras el terapeuta conversa con su pareja), no es indispensable. Lo que es crucial es que el terapeuta no adopte el rol de instruir al marido sobre la mejor manera de comunicar, cómo escuchar adecuadamente, o cómo modificar su estilo de interacción; más bien, el terapeuta necesita conducir la conversación de tal manera que se pueda producir la elaboración mutua de sus constructos.

La tarea del terapeuta consiste en manejar el flujo de conversación de tal modo que se desarrolle una narrativa con posibilidades de futuro para una acción efectiva. “Narrativa” se refiere a un argumento en torno al cual la pareja organiza sus interacciones y anticipa futuras acciones; “acción efectiva” implica competencia pragmática –la habilidad para elegir y seguir con éxito un curso de acción seleccionado. El terapeuta hace preguntas no para sacar hechos a la luz, sino para crear información. Por consiguiente, el terapeuta querría hacer preguntas que permitan al cónyuge oír algo diferente de lo que oye en los típicos intercambios dentro de la pareja. Por ejemplo, a menudo es útil entablar una conversación con uno de los cónyuges (con el otro escuchando) a cerca de las previsiones que tiene de las explicaciones de la pareja sobre los acontecimientos, sobre las metas de la pareja, o la descripción que hace la pareja de la demanda. Interacciones como estas facilitan la mutua elaboración de expectativas (Kelly, 1955), en contraposición a dirigir a los miembros de la pareja a que hablen el uno con el otro. Rara vez resulta de utilidad que la gente “dé rienda suelta a sus emociones” y se enfrenten el uno con el otro; es más, una pelea en el despacho del terapeuta no estimula una ampliación de roles.

El terapeuta puede necesitar también la flexibilidad para ver a los miembros de la pareja por separado, si es que eso puede favorecer el proceso de elaboración. Con frecuencia este es el caso cuando los cónyuges implacablemente se culpan el uno al otro. La decisión sobre quién ver, y en qué combinación, es fruto de la conversación continuada. El “posicionamiento” pasa a ser una cuestión del lenguaje y no una cuestión sobre qué lugar ocupa en el despacho. Si el terapeuta adopta un rol modesto respecto a la construcción de una narrativa mutua, normalmente no suelen aparecer secretos ni cuestiones de alineamiento. Por ejemplo, si una persona está a punto de decir un secreto o de contarle al terapeuta algo que le pondría en una posición difícil de manejar, el terapeuta puede protegerlos de decir algo al respecto (por ejemplo, “Puede que no sea útil para mi saber esto” o “Mi memoria va fallando, y no puedo recordar qué le prometí a quién que no contaría”). Las historias adquieren forma tanto a partir de lo que se cuenta como de lo que no se cuenta.

La maniobrabilidad del terapeuta supone, entonces, la libertad de decidir si se reúnen conjuntamente, si conversan conjuntamente, o incluso si plantean preguntas conjuntas. A veces el terapeuta puede necesitar plantear preguntas que implican que los dos son una unidad (por ejemplo, “¿Dónde les gustaría estar dentro de un año?”; “¿Cómo les describirían a ustedes sus amigos?”). En otras ocasiones el terapeuta puede necesitar plantear preguntas que explícitamente subrayan la individualidad de cada persona (por ejemplo, “¿A quién debería ayudar?”; “¿Si uno de los dos tuviera que abandonar el matrimonio, quién lo haría primero?”; y “¿Quién entiende mejor al otro?”)

A veces los cónyuges apoyan puntos de vista tan contradictorios que el terapeuta puede llegar a sentir que no hay opciones de maniobra disponibles. En momentos como esos, puede ser útil resaltar los aspectos contrapuestos del dilema e invitar a la pareja a darle vueltas a los siguientes pasos. Por ejemplo, el terapeuta puede comentar, “Podemos abordar esto de frente, aun a riesgo que se nos vaya de las manos, o podemos proceder con precaución y abordar esto muy lentamente y correr el riesgo de que se desmorone antes de tan siquiera haberlo aclarado. ¿Qué ideas se os ocurren a cerca de cómo deberíamos abordar el dilema?” Nuevamente, el terapeuta de pareja puede reflexionar.

Algunas parejas con las que he hablado comentan que la manera más útil de manejar sentimientos de rabia es hablando sobre ellos; otras me han dicho que les resulta mucho más útil “dejar las cosas como están” y olvidarse de intentar hablar. Por lo que vosotros habéis dicho aquí, tú John manejas mejor la rabia ventilando los temas y hablando en el momento. Cuando no tienes esa oportunidad te vuelves explosivo. Jan, tú prefieres pensar en los aspectos positivos y simplemente no hablar de cosas destructivas. Enfrentamientos airados te dejan profundamente deprimida. Además, ambos habéis afirmado que creéis que estas son diferencias genéticas – algo con lo que ambos habéis nacido. ¿Qué sugerencias me daríais a mí como terapeuta sobre la manera de ser útil a una pareja como vosotros?

Si se invita a la pareja a darle vueltas al dilema y el dilema es presentado como algo compartido por todos los implicados en el proceso de autoría, a menudo se observa que los dilemas contienen las semillas para la flexibilidad. El terapeuta no “arroja” irrespetuosamente el dilema de vuelta sobre las espaldas de la pareja, ni tampoco carga el dilema sobre su propia espalda apresurándose a ofrecer una narrativa mejor con una mejor alternativa.

Como gestor de la conversación, el terapeuta no dicta lo que se dice, sino que participa con la pareja en la co-creación de una narrativa. El terapeuta no dirige la historia, sino que influye sobre su desarrollo haciendo preguntas, prestando especial atención al lenguaje y mostrándose sensible respecto a los constructos de la pareja. Esto significa adoptar una postura de investigación, en la que el terapeuta nunca asume que él o ella han alcanzado una comprensión total. La compleja tarea de gestionar la conversación conlleva, entonces, mucho más que simplemente

“incluir” (Kelly, 1955) los sistemas de constructos de los clientes. También implica conocer la posición de todos los miembros del sistema relevante, de modo que sus puntos de vista puedan ser validados sin perder maniobrabilidad.

CONSTRUCCIÓN DE ALTERNATIVAS

El matrimonio ha sido descrito como la experiencia de vida primordial para elaborar el sistema propio de constructos y para desarrollar perspectivas alternativas (Berger & Kellner, 1964; Nelly, 1955; Neimeyer & Hudson, 1985). Muchas parejas, sin embargo, llegan a terapia con puntos de vista muy polarizados o muy fragmentados. Sus constructos se han vuelto rígidos de manera que limitan su habilidad para actuar juntos de manera efectiva. El terapeuta tiene una serie de posibles vías para ayudar a generar movimiento en la historia y co-desarrollar nuevas posibilidades.

El terapeuta puede facilitar el movimiento o el co-desarrollo de nuevas posibilidades introduciendo incertidumbre respecto a la definición del problema o a la solución propuesta. Esto se consigue fundamentalmente a través del proceso de establecer preguntas. Las preguntas pueden introducir pequeños matices, pequeñas dudas, o suposiciones ligeramente diferentes. Por ejemplo, “¿Desde cuándo te ronda la idea que tu marido pudiera estar deprimido?” es diferente de “¿Desde cuándo estás deprimido?” La primera pregunta implica que el diagnóstico de depresión es *una idea* que puede cambiar, una idea de la que puede haber muchas. De modo parecido, si en una pareja muy antagónica no tienen nada positivo que decir el uno del otro, el terapeuta puede decir, “¿Cuando estabais hablando sobre venir a verme, qué cosas se os ocurrían que queréis conservar, que queréis asegurarnos de no cambiar?” Esta pregunta introduce la posibilidad de que hay algunas cosas que ellos han hecho o podrían haber hecho juntos (por ejemplo, “hablar juntos fuera de la sesión”) y que puede haber algunos elementos satisfactorios en la relación.

Las preguntas que formula el terapeuta vienen dadas por el lenguaje de los clientes y por sus posiciones. Están destinadas a promover el diálogo y la exploración mutua y no pretenden intentar convencer a la pareja de un punto de vista en particular. De hecho, el uso de razonamientos, lógica o argumentos tienden a reducir más que a ampliar las posibilidades narrativas. En la situación expuesta arriba, el terapeuta podría plantear muchos enfoques útiles, pero una postura que no sería útil para desarrollar una historia conjunta sería decir “Mirad, todas las personas tienen rasgos positivos. Tiene que haber algo positivo y algo bueno en cada uno de vosotros” e intentar convencerles de que adopten un punto de vista más positivo.

El terapeuta también puede co-crear posibles alternativas para la pareja poniendo las cosas en marcha, de modo que no permanezcan estáticas. Como apuntó Kelly (1955), esto se puede hacer por contraste (por ejemplo, “¿Cuándo no te sientes de esta manera?” o “¿Qué haces cuando no estás deprimido?”) o por

conexión (“¿Cuándo os peleáis más? ¿Menos?; “¿Qué más ocurre cuando tu marido comienza a “perder el control?”, “¿Cuándo estás más deprimido?”; y “¿Bajo qué condiciones resultan los problemas más notorios? ¿Menos?”).

Otra simple herramienta para aumentar la variabilidad en el argumento implica llevar a los cónyuges a que pongan sus observaciones en términos numéricos y después jueguen con los números. “Jugar con porcentajes” es especialmente útil cuando se está trabajando con parejas que usan constructos del tipo todonada (por ejemplo, “Nunca me escuchas,” “Tú siempre llegas tarde a casa,” y “De lo único que siempre hablas es de lo mucho que te preocupa el dinero”) o usan un lenguaje que refleja criterios imposibles (por ejemplo, “No quiero que me muestre amor sólo porque yo se lo pido. Quiero amor genuino, no amor fingido... Cuando sonrío es fingido, cuando me besa, no lo siente de verdad.”) Es más sencillo conseguir que los cónyuges exploren juntos posibilidades haciendo que expresen las cosas en números, que jueguen con porcentajes o simplemente hagan observaciones estadísticas, que intentar *convencerles* de la falacia de la lógica. Por ejemplo, en el caso precedente de la esposa que sólo quería amor genuino, después de elaborar un constructo de rol nuclear relacionado con asumir riesgo y satisfacción, el terapeuta comentó,

¿Sería justo decir que el 85% del tiempo él está fingiendo....OK...digamos, tal vez 8 de 10 veces? Así pues, si durante unos días tú te sintieras especialmente aventurera, sabes...como que quisieras hacer algo arriesgado, y decidieras actuar como si el 50% del tiempo él fuera sincero y el otro 50% del tiempo estuviera fingiendo, ¿qué pasaría? Te das cuenta que estarías arriesgando drásticamente tus posibilidades de padecer dolor. ¿Cómo pensáis que sería esto para vosotros?”

La pareja utilizó la pregunta como un trampolín para considerar una serie de posibilidades para interactuar que no eran posibles con el criterio todonada apuntado anteriormente. Otro ejemplo a considerar:

Una pareja está convencida de que hay algún secreto oscuro en su pasado del que necesitan hablar en terapia, pero no han sido capaces de hacerlo. Tienen la convicción urgente de que necesitan hacerlo ahora y que el terapeuta de alguna manera debería hacer que hablen de ello. Han estado entrando y saliendo de terapia durante los últimos 5 años, pero nunca han conseguido “enfrentarse al temido dragón”. En un momento de la conversación el terapeuta comentó, “¿Cuánto habéis conseguido hablar de ello, un... 20% tal vez? OK...Bien, en un sentido esto es artificial, pero vosotros habéis estado trabajando duro en terapia durante los últimos cinco años y habéis cubierto una 1/5 parte del camino, lo que significa que este proceso de terapia probablemente durará unos 25 años más... No, me he confundido... 20 años más.”

El comentario generó la exploración de los diferentes recursos que los clientes habían estado utilizando y ayudó al terapeuta a evitar adoptar la posición de “soltarlo todo” y hablar ahora mismo, o intentar convencerlos de que hablar de ello

sería demasiado peligroso.

Hacer que la gente juegue con números (ponga las cosas en porcentajes) tiene varias ventajas: (a) Incrementa la maniobrabilidad del terapeuta en tanto que evita tener que adoptar una posición de o el uno / o el otro; (b) ayuda a los cónyuges a probar diferentes perspectivas; (c) ayuda a las parejas a adoptar un rol de investigación y experimentación que hace hincapié en la observación y quita el énfasis de la culpabilización y los intentos maliciosos; y (d) introduce opciones que no están disponibles en el pensamiento unidimensional. Una vez que los dos se comprometen con un número, este valor puede ser utilizado como punto de anclaje para generar un número infinito de posibles perspectivas. Esto puede incluir que se inviertan constructos (por ejemplo, “Supongamos que 8 de cada 10 veces él es sincero en sus besos, en lugar de falso, ¿cómo se reflejaría eso?”), llevar el pensamiento polarizado a los límites extremos (por ejemplo, “O sea que nunca dice ‘gracias’. Como mucho, da las gracias ¿cada seis meses...tal vez dos veces al año?”), identificar metas que comienzan a verse (por ejemplo, “Dices que él inicia el sexo una de cada 15 veces, y te gustaría tomara la iniciativa el 50% del tiempo. ¿Cuál sería el mínimo tolerable?”), o elaborar el rol del terapeuta (por ejemplo, “Habéis afirmado que le dais a este matrimonio un 30% de posibilidades de funcionar en los próximos 6 meses. ¿Cómo cambiaría mi rol si vosotros creyerais que las posibilidades de darle la vuelta a esta relación son 50/50?”). La cuestión no es, por supuesto, si los números reflejan la “realidad objetiva” o incluso el ideal terapéutico, sino si los números ayudan a abrir el diálogo en lugar de cerrarlo.

Hay muchas otras maneras de introducir perspectivas alternativas, incluido el escalamiento (Hinkle, 1956; Neimeyer, 1985), la utilización de “procedimientos piramidales” (Landfield, 1971), la administración de rejillas (Neimeyer & Hudson, 1985; Ryle & Breen, 1972), haciendo preguntas reflexivas (Anderson, 1987), planteando preguntas subjetivas del tipo ‘como si’ (Bruner, 1986), utilizando preguntas circulares (Cecchin, 1987; Selvini-Palazzoli, Cecchin, Prata, & Boscolo, 1980), o aplicando preguntas orientadas al futuro (Penn, 1985). Todas ellas son útiles si vienen de la narrativa y contribuyen al desarrollo de la misma. Las historias aun-no-contadas que surgen son un producto conjunto del lenguaje que se genera en torno a las cuestiones relevantes para ellas. Esto significa que las preguntas deben venir de una posición de “no saber” y que es imposible esbozar el resultado de la historia por adelantado.

CONCLUSIÓN

La tarea primordial de la terapia de pareja es trabajar conjuntamente con la pareja en la co-autoría (ó co-construcción) de una historia que a) resulte específica para los intereses de cada uno de los cónyuges, b) sea significativa para ambos *como pareja*, y c) ofrezca nuevas opciones para una acción efectiva en la situación que afrontan. En el Glaveston Family Institute hemos encontrado que resultan de

especial utilidad en este esfuerzo el énfasis que pone Kelly en la construcción intersubjetiva del significado (corolario de sociabilidad) así como su énfasis en la hermenéutica a la hora de co-desarrollar narrativas. El diálogo debe llevar a definir un problema viable, conectar con el sistema terapéutico relevante, co-desarrollar objetivos pequeños y específicos, mantener la flexibilidad e incrementar las alternativas de la pareja.

Muchos terapeutas afirman que el trabajo con parejas es muy difícil y estresante. En este artículo se ofrecen unas reflexiones surgidas a lo largo del trabajo con parejas basado en el corolario de sociabilidad de Kelly y el campo del estudio hermenéutico. La tarea principal de la terapia de pareja es trabajar (o co-construir) conjuntamente con la pareja una historia que sea a) específica para los intereses de cada miembro de la pareja, b) significativa para ambos en cuanto a que son pareja y c) que ofrezca nuevas opciones para una acción efectiva en la situación que afrontan. Este proceso de coautoría, para que sea exitoso con las parejas, debe considerar un número de temas relacionados, incluyendo la co-definición del problema, la conexión con el sistema relevante, el co-desarrollo de objetivos específicos y viables, el mantenimiento de la flexibilidad y la co-construcción de alternativas.

Palabras clave: Corolario de Sociabilidad de Kelly, Teoría de los Constructos Personales, Parejas, Terapia de pareja, Coconstrucción.

Traducción: Ursula Stade

Notas

1. El término *lenguaje* evoca representaciones estáticas de símbolos lingüísticos y sintaxis gramatical. Tal como se utiliza en este documento, *lenguaje* y *uso del lenguaje* se refieren a la elaboración intersubjetiva de significado que con mayor frecuencia es evidente en conversaciones animadas, diálogos, y las historias siempre cambiantes y en negociación que se cuentan entre las personas. Siempre implica acción y puede ser visto como el proceso de interpretación en la acción.

Nota del autor:

Quiero expresar mi agradecimiento al Instituto Galveston de Familia donde se ha llevado a cabo este trabajo.

Nota de la redacción: Este artículo apareció en *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4: 293-312 (1991) con el título “Construing couples: the challenges of marital therapy”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and metadialogue in clinical work. *Family Process*, 25, 415-428.
- Anderson, H. & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about implication of clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H., Goolishian, H. A. & Winderman, L. (1986). Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of strategic and systemic therapies*, 5 (4), 1-14.
- Bach, G. R & Wyden, P. (1969). *The intimate enemy: How to fight fair in love and marriage*. New York: William Morrow.
- Beavers, W. B. (1985). *Successful marriage: A family system approach to couples therapy*. New York: W. W. Norton.
- Berger, P. L., & Kellner, H. (1964). Marriage and the construction of reality. *Diogenes*, 46, 1-24.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Brunner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- Doster, J. A. (1985). Marital violence: A personal construct assessment. In F. Epting & Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology* (pp. 225-232). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Eisenstein, V. W. (1956). *Neurotic interaction in marriage*. New York: Basic Books.
- Epstein, E & Loos, V. (1989a). Some irreverent thoughts on the limits of family therapy: Towards a language-based explanation of human systems. *Journal of family psychology*, 2, 405-421.
- Epstein, E & Loos, V. (1989b). The ethic of language and the language of ethics. *Journal of family psychology*, 2, 426-429.
- Fitzpatrick, M. A. & Winke, J. (1979). You always hurt the one you love: Strategies in interpersonal conflict. *Communication Quarterly*, 27 3-11.
- Gergen, K. J. (1988). If persons are texts. In S.B. Messer, L. A. Sass & R. L: Woolfolk (eds.), *Hermeneutics and psychological theory: Interpretive perspective on personality, psychotherapy and psychopathology* (pp. 28-51). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Goolishian, H. A. & Anderson, H. (1987). Language system and therapy: An evolving idea. *Psychotherapy*, 24, (529-538).
- Goolishian, H. A. & Winderman, L. (1988). Cosntructivism, autopoiesis and probem determined systems. *Irish Journal of Psychology*, 9, 130-143.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy with couples*. New York: Guilford.
- Guerin, P. Fay, L. Burden, S. & Kautto, J. (1987). *The evaluation and treatment of marital conflict*. New York: Basic Books.
- Haley, J. (1980). Ho to be a marriage therapist without knowing practically anything. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 6, 385-391.
- Hinkle, D. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of theory oc construct imications*. Unpublished doctoral dissertation. Ohio State University, Columbus.
- Jacobson, N.S. & Gurman, A. S. (Eds.). (1986). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York. Norton.
- Kenny, V. (1987). Family somatics: A personal construct approach to cancer. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct theory casebook (190-208)*. New York: Springer.
- Kremsdorf, R. B. (1985). An extension of fixed-role therapy with a couple. In F. R. Epting & A. W. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology* (216-224).
- Kremsdorf, R. B. (1985). An extension of fixed-role therapy with a couple. In F. Epting & Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology* (pp. 216-224). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Leitner, L. M. (1985). The terrors of cognition: On the experiential validity of personal construct theory. In D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in personal construct theory* (83-104). London: Academic Press.
- Leitner, L. M. (1988). Terror, risk and reverence: Experiential personal construct psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 251-261
- Loos, V. & Epstein, E. (1989). Conversational construction of meaning in family therapy: Some evolving thoughts on Kelly's Sociallity corollary. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 149-167.

- Loos, V. E. (1987). Communication and conflict in marital dyads: A personal construct approach (Doctoral dissertation, North Texas State University, 1986). *Dissertation Abstracts International*, 47, 3530B.
- Mair, M. (1988). Psychology as storytelling. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 125-137.
- Mancuso, J. C. & Handin, K. H. (1983). Prompting parents toward constructivist caregiving practices. In I. Sigel & L. Laosa (Eds.), *Changing families* (163-202). New York: Plenum.
- Macdonald, D. E. & Mancuso, J. C. (1987). A constructivist approach to parent training. In R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook* (172-189). New York: Springer.
- Nadelson, C. C. (1978). Marital Therapy. In Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems perspectives* (101-153). New York: Brunner Mazel.
- Neimeyer, G. J. (1985). Personal constructs in the counselling of couples. In F. Epting & Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology* (pp. 201-215). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Neimeyer, G. J. (1987). Marital role reconstruction through couples group therapy. In Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct theory casebook* (127-152). New York: Springer.
- Neimeyer, G. J. & Hudson, J. E. (1985). Couples' Constructs: Personal systems in marital satisfaction. In D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in personal construct theory* (83-104). London: Academic Press.
- O'Hanlon, B. & Wilk, J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. New York: Guilford.
- Penn, P. (1985). Fee-forward: Future questions, future maps. *Family process*, 24, 209-310.
- Procter, H. G. (1981). Family construct psychology: An approach to understanding and treating families. In Walrond-Skinner, S. (Ed.), *Developments in family therapy*. (350-266). London: Routledge & Keagan Paul.
- Procter, H. G. (1985a). A construct approach to family therapy and systems intervention. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (327-350). Beckenham, England: Croom Helm.
- Procter, H. G. (1985b). Repertory grid techniques in family therapy and research. In N. Beail (Ed.), *Repertory grid techniques and personal constructs: Application in clinical and educational settings* (218-239). Beckenham, England: Croom Helm.
- Procter, H. G. (1987). Changes in the family construct system: The therapy of a mute and withdrawn schizophrenic patient. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct theory casebook* (153-171). New York: Springer.
- Procter, H. G. & Parry, G. (1987). Constraint and freedom: The social origin of personal constructs. In F. Fransella (Ed.), *Personal construct psychology 1977* (157-170). London: Academic Press.
- Procter, H. G. & Stephens, P. (1984). Developing family therapy in the day hospital. In AA. Treacher & J. Carpenter (Eds.), *Using family therapy* (138-144). Oxford, England: Blackwell.
- Reiss, D. (1981). *The family's construction of reality*. London: Harvard University Press.
- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Ryle, A. & Breen, D. (1972). The use of the double dyad grid in the clinical setting. *British Journal of Medical Psychology*, 44, 383-389.
- Ryle, A. & Lipshitz, S. (1976). Repertory grid elucidation of a difficult conjoint therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 48, 39-48.
- Ryle, A. & Lipshitz, S. (1981). Recording change in marital therapy with the reconstruction grid. In Walrond-Skinner, S. (Ed.), *Developments in family therapy* (246-257). London: Routledge & Keagan Paul.
- Selvini Palazzoli, M., Cecchin, G., Prata G., & Boscolo, L. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 2-12.
- Sillars, A. L., Pike, G. R., Jones, T. S. & Murphy, M. A. (1984). Communication and understanding in marriage. *Human Communication Research*, 3, 317-350.
- Thomas, L. F. (1980). Construct, reflect and converse: The conversation reconstruction of social realities. In P. Stringer & D. Bannister (Eds.), *Constructs of sociality and individuality* (49-72). London: Academic Press.
- White, M. (1985). Marital therapy: Practical approaches to long-standing problems. *Australian Journal of family therapy*, 5, 27-43.