

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

ETICA Y DEONTOLOGIA EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen VII - 1er. trimestre 1996

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

25

Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen VII - Nº 25 - 1er. trimestre 1996

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Gabinete Velasco Tel.: 434 0550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: (93) 430 23 09

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.600 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LOS VALORES DE LA PSICOTERAPIA MODERNA: DESARROLLO Y CRISIS	5
Antonio Semerari	
PSICOTERAPIA Y DESARROLLO DEL RAZONAMIENTO MORAL	17
José Luis Martorell Ypiens	
HACIA UNA ETICA DE LA COMPLEJIDAD	31
Luigi Onnis	
LOS DILEMAS ETICOS DE LA PRACTICA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA	39
Dr.Omar França Tarragó	
ETICA Y CONSTRUCTIVISMO. UN PUNTO DE VISTA RELACIONAL-SISTEMICO	51
Sergio Cingolani	
CUANDO LA TERAPIA HACE DAÑO: EL CHOQUE ENTRE LAS DOBLES RELACIONES	61
Michele Bograd	
ALGUNAS OBSERVACIONES A PROPOSITO DE ETICA PSICOTERAPEUTICA EN LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS PUBLICOS	73
Paolo Boccara	
SOBRE EL IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA, BUENOS AIRES, JULIO 1994	81
Maria Teresa Miró	
COMENTARIO BIBLIOGRAFICO	89
George S. Howard	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Precio de la suscripción anual para 1995
para España 4.750 pts.
para el extranjero 50 \$ USA

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

No existe actividad humana que no esté de alguna manera condicionada por sus implicaciones morales, lo que, a lo largo del tiempo, ha dado paso a la constitución de los diversos códigos deontológicos, propios de cualquier actividad profesional.

El primero de los códigos deontológicos que de alguna manera intentó recoger la dimensión esencial de los compromisos éticos de una profesión determinada fue, sin duda, el juramento hipocrático. Con él, la clase médica se comprometía en una lucha honesta contra el dolor: esta honestidad en los medios y en los fines le daba acceso a la intimidad de los hogares, de los cuerpos y de las almas. Más adelante, cuando la psicoterapia tomó a su cargo los males de la psique, adquirió un compromiso semejante al del juramento hipocrático, pero aparecieron nuevos compromisos que no han sido todavía bien evaluados.

El artículo de Antonio Semerari, que abre este monográfico, titulado *Los valores de la psicoterapia moderna; desarrollo y crisis*, se hace eco de las implicaciones que para la profesión psicoterapéutica lleva consigo la herencia hipocrática. En un recorrido histórico y conceptual muy interesante el autor nos pone frente a la trilogía axiológica característica de la psicoterapia moderna: la lucha contra el dolor, la libre expresión de sí mismo y la búsqueda de la verdad.

José Luis Martorell en su trabajo *Psicoterapia y desarrollo del razonamiento moral*, analiza los diversos niveles de construcción del pensamiento moral, siguiendo las directrices de Kohlberg. Esto le permite señalar los estadios por los que atraviesa la formación del pensamiento moral y la manera cómo la terapia puede incidir en el proceso de cambio hacia una mayor complejidad del razonamiento y compromiso éticos.

En un breve artículo, titulado *Hacia una ética de la complejidad*, Luigi Onnis se plantea también desde un punto de vista epistemológico el problema de los criterios éticos que guían la actuación terapéutica, particularmente en el ámbito de las intervenciones familiares y sistémicas, abogando por una ética de la complejidad, cuyo objetivo es el aumento de los espacios de libertad para el sujeto humano.

Descendiendo al terreno de lo concreto o aplicado, Omar França nos ofrece un panorama bastante amplio de los diversos *dilemas éticos de la práctica psicológica y psiquiátrica*, presentes en muchas de las situaciones en las que se establece la necesidad de delimitar claramente las implicaciones éticas que caracterizan la actuación de psiquiatras y psicoterapeutas, a fin de desarrollar una

conciencia profesional, cada vez más compartida por este colectivo.

Como ejemplo de temas concretos que resultan difíciles de manejar en psicoterapia podemos referirnos a la expresión de la espontaneidad. Sergio Cingolani nos pone en guardia en su trabajo, titulado *Ética y constructivismo: un punto de vista relacional-sistémico*, contra una concepción ingenua al respecto, haciendo referencia a la necesidad de preservar, de alguna manera un cierto espacio de intimidad del terapeuta para que su interacción pueda resultar saludable.

Un caso especial de pérdida de los límites de la intimidad se produce en las que Bograd llama *dobles relaciones*, que con frecuencia se producen respecto a pacientes, terapeutas en formación, colegas bajo supervisión, etc. con quienes se mantiene una relación simultánea, dentro y fuera del ámbito terapéutico. Estos son casos específicos, objeto de diversas interpretaciones respecto a la adecuación deontológica de tales relaciones.

La inmediatez de la intervención terapéutica, característica de los *servicios psiquiátricos públicos*, lleva consigo una implicación deontológica de urgencia, dado que, como dice Paolo Boccara, se produce en ellos una demanda de intervención a cualquier coste. La incomodidad de tales intervenciones exige unas condiciones especiales de trabajo que posibiliten contener y analizar en equipo el conjunto de problemática que se desencadena en tales circunstancias.

Cierran la monografía una recensión del IV Congreso sobre Constructivismo en Psicoterapia celebrado en Buenos Aires en Julio de 1994, a cargo de Mayte Miró, y el anuncio del próximo Congreso a celebrar en Tenerife, así como las secciones habituales dedicadas a la recensión de novedades bibliográficas.

LOS VALORES DE LA PSICOTERAPIA MODERNA: DESARROLLO Y CRISIS

Antonio Semerari

II Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma.

Modern psychotherapy is based on three fundamental normative principles: to fight pain, to favour free-expression of the self, to research the truth.

The first of these principles comes from the Hippocratic tradition, the other two have become part of the nineteenth century medicine with the birth of modern psychotherapy.

The present development has evidenced the contradictions between these principles: the crisis of the principle about the expression of the self and the need of a better definition of the principles about the research of truth.

A short history of this development and his crisis will be presented together with an hypothesis on a possible solution.

PSICOTERAPIA Y MEDICINA

Una de las permanentes ambigüedades de la psicoterapia hace referencia a su origen, derivado de la medicina. No se trata tan sólo de un problema relativo al origen de la psicoterapia, sino también de reconocer que ésta lleva impreso en su código genético un sistema de valores, de estrategias cognitivas, de criterios de relevancia, provenientes de aquella cultura que Hipócrates distinguió de la práctica religiosa y chamánica, cuyo apogeo coincidió justamente con el período en el cual surgió la psicoterapia moderna a fines del XIX y a los inicios del siglo XX. Es más, intentaré mostrar cómo el nacimiento de la psicoterapia es uno de los signos del triunfo de la medicina a finales del siglo pasado. En aquel momento la medicina había absorbido prácticas y culturas, valores y objetivos extraños a ella misma hasta aquel entonces, creando de este modo en su seno tensiones y conflictos de valores, de los cuales la psicoterapia moderna puede verse como el elemento más representativo y que los refleja con más claridad.

(Págs. 5-16)

ETICA Y DEONTOLOGIA EN LA MEDICINA HIPOCRATICA

Un aspecto del código genético de la medicina transmitido a la psicoterapia es el de combatir el dolor humano. Combatir el dolor humano es el objetivo básico de la antigua arte médica, objetivo que exige a quien lo persigue una determinada actitud interior. Hablando de los textos clásicos es importante detenerse en el término “hombre”, cuyo dolor es obligación del médico combatir. En los textos hipocráticos como en toda la medicina clásica están ausentes algunas distinciones que eran, sin embargo, fundamentales en aquella cultura. No se hace distinción entre libre y esclavo, entre ciudadano y extranjero, entre hombre y mujer, entre griego (romano) y bárbaro. El término que más se repite es *antrophos* (“ser humano”), aplicable a todos los seres humanos en cuanto sujetos de sufrimiento. Podríamos decir que el humanismo hipocrático es el humanismo del dolor. Es intrínseca la disposición al dolor de los seres humanos, lo que les hace, en primer lugar, dignos de respeto y que nos obliga moralmente a tomar cuidado de ellos. Esta concepción se refleja en la actitud interior del médico. Para que pueda combatir el dolor tiene que disponer de la virtud esencial de la modestia. El dolor no siempre se vencerá, pero el médico, enemigo absoluto del dolor, en ningún caso debe aumentarlo. De ahí la máxima, muy conocida “ser útil o al menos no perjudicar”. Pero la modestia hipocrática era algo más que un reclamo a los límites del arte. Exaltaba el carácter absoluto de la lucha contra el dolor limitando a ésta, la esfera de competencia y de acción del médico. El médico no busca el bien en sentido positivo. No pretende buscar la felicidad. No es un pedagogo que destila virtud o un filósofo que busca la sabiduría o un legislador social que persigue la justicia. El médico persigue el bien sólo indirectamente, combatiendo el dolor. Si parece que actúe de pedagogo, de filósofo o de legislador lo hace solamente en la medida en que esto es necesario para combatir el dolor. Dentro de esta esfera, sin embargo, es responsable de su arte. La responsabilidad constituye, con la modestia, el otro eje moral del humanismo hipocrático. En el ámbito restringido de la lucha contra el dolor, el médico debe decidir actuar o no en base al cálculo racional de costes y beneficios que su ciencia le consiente, excluyendo cualquier valoración de otros intereses, incluidos los propios. La elección exige libertad de juicio. El médico es el único árbitro en el foro interno de su decisión y su modestia no tiene que impedirle el ejercicio de su responsabilidad. Sin embargo, la modestia juega un papel fundamental en el juicio de elección en cuanto hace del arte médico una ciencia que progresa. El médico tiene que reconocer los propios errores y aprender de éstos de modo que la próxima vez pueda ejercer su decisión responsable con mayor discernimiento. Estos principios están en la base del juramento hipocrático que sirve de fundamento a la deontología médica. En ésta se ponen en primer lugar, los principios de responsabilidad y de autonomía en el juicio dirigido a reducir y no a aumentar el dolor.

“Haré uso de medidas dietéticas para beneficio de los pacientes según mi poder y mi juicio y me abstendré de causar daño”. Se afirma la limitación y la autonomía

de la ciencia respecto a cualquier contaminación de intereses personales “pura y pía conservaré mi vida y mi arte”. Asumen un especial relieve las responsabilidades finales en cuanto obligan al médico a no generar nunca dolor en ningún ser humano que se encuentren durante el ejercicio del arte aunque este dolor no sea provocado directamente por el ejercicio del mismo arte. “En cualquier casa donde yo entre, os atenderé para la mejora de los pacientes absteniéndome de cualquier injusticia y de cualquier otro daño, particularmente de actos sexuales con personas, sean mujeres u hombres, libres o esclavos”.

También la siguiente regla del secreto profesional es entendida en este contexto, como la divulgación de cosas no pertinentes a la enfermedad y a la cura que pueden generar dolor. “Todo aquello que, en el curso de la curación o fuera de ella, vea u oiga sobre la vida de los hombres, que no sea necesario en ningún caso explicar fuera, lo callaré considerando que esas cosas se deben tener bajo secreto”.

Esta normativa deontológica es ciertamente compartida por la moderna cultura psicoterapéutica. Pero el compartir estas reglas deontológicas es un indicador de que se comparten, de un modo más amplio, los principios éticos de base. Sin embargo en las exigencias que la psicoterapia se impone a sí misma se expresan aspiraciones que se oponen a la modestia hipocrática y que entran en conflicto con ésta. Estas exigencias están relacionadas con el acto del nacimiento de la psicoterapia moderna que es esencialmente expresión de la extensión sin precedentes del horizonte conceptual y de las pretensiones que se dieron en la medicina del siglo diecinueve.

EL TRIUNFO DE LA MEDICINA EN EL SIGLO XIX

Una descripción habitual de las “ciencias humanas” pretende que éstas se independizaron de la filosofía y de la religión a finales del siglo pasado.

Esta descripción forma parte de una visión más general de la historia del pensamiento occidental descrita como una progresiva lucha por la independencia, que las ciencias positivas habían tenido, a partir del Renacimiento, respecto a la filosofía y a la religión. En realidad, sería más acertado decir que el siglo diecinueve más que una guerra de independencia presenció el desarrollo de una guerra de conquistas conducida por la ciencia positiva frente la filosofía y la religión.

Territorios conceptuales que desde siempre habían pertenecido a éstas últimas pasaron a ser ocupados por los científicos con la misma seguridad imperialista con que Europa había ocupado los territorios de ultramar. La medicina fue una de las puntas de lanza de esta batalla, tanto fue así que el contraposition entre el médico ateo y positivista y el sacerdote se convirtió en uno de los estereotipos de la época.

Casi no hubo ninguna área de la vida humana y de la sociedad, de la educación de los niños a la vida sexual de los individuos, de la conducta criminal y antisocial a las leyes sobre la higiene pública, donde los médicos no asumieran competencias y pretensiones normativas. Nunca antes como en este período los médicos no habían dudado a hacerse el filósofo y a decir la suya, armados de la ciencia natural, sobre

la posición del hombre en la naturaleza, sobre la naturaleza misma, y aun sobre la existencia de Dios. Abandonando la modestia hipocrática, el médico no dudó en ser a la vez filósofo, pedagogo y legislador. El éxito de esta ofensiva tuvo entre sus consecuencias la de determinar las condiciones del nacimiento de la psicoterapia moderna. La más importante de éstas dependió del hecho que, al ocupar el campo de otras áreas del saber, la medicina del siglo XIX se hacía cargo de los problemas y de las aspiraciones humanas que hasta entonces estaban confinadas en aquellas áreas. Dos de éstas merecen una mención especial: a) la aspiración romántica de libertad de expresión de uno mismo como individuo, b) la aspiración del hombre al autoconocimiento.

El conjunto de valores, conceptos, creencias, sensibilidad y estrategias intelectuales con que la medicina de finales del XIX intentó dar respuesta a tales aspiraciones determinó la fisonomía de la psicoterapia de nuestro siglo.

EXPRESION DE SI MISMO Y AUTOCONOCIMIENTO

Se dice que la época antigua inventó la ética del honor y de la fama, la época clásica la ética del dominio y del control racional de sí mismo, la era cristiana la ética de la transformación altruista de la voluntad, y nuestra época la ética de la expresión de sí mismo (Taylor, 1989).

Esta última sostiene como un valor importante, digno de respeto y de promoción, el hecho de que los individuos se expresen a través de su conducta lo más plena y libremente posible a sí mismos aunque con los límites obvios exigidos por el respeto a la libertad de los demás. Este valor es especialmente vigente en la actualidad. Un individuo puede ser objeto de censura por ejemplo, si no expresa su orientación sexual, o la misma persona puede autorreprocharse por no expresar sus inclinaciones o, por el contrario, si tal expresión es aceptada, no es porque se atribuya un especial valor al autocontrol o la continencia, si no porque se considera el no expresarse como una particular modalidad de expresión de uno mismo y, como tal, digna de respeto.

Esta idea de valor atribuido a la libre expresión de sí mismo, entendida como expresión de la propia individualidad personal, se afirmó con el romanticismo, asumiendo algunas connotaciones fundamentales que la caracterizan en nuestra cultura y en la filosofía de fondo que preside la praxis terapéutica. La primera de estas connotaciones es la referencia a la noción de identidad. Lo que hoy entendemos como la expresión de uno mismo es la expresión de lo que nos caracteriza como individuos, lo que nos es propio en cuanto personas distintas de los demás. Incluso el respeto exigido hacia la libre expresión de los demás se entiende como respeto hacia una cierta naturaleza o inclinación que crea diferencias, que exige respeto en cuanto no es inmediatamente compartida. Lo que en realidad es importante expresar es la diversidad que nos caracteriza y que nos hace ser específicamente e individualmente lo que somos.

La segunda connotación fundamental derivada del romanticismo es que los aspectos básicos de la identidad que exigen una libre expresión están relacionados fundamentalmente con las pasiones y los deseos. El tema del derecho de los hijos a seguir su propia vocación profesional o a casarse con la persona amada independientemente y contra las exigencias de su familia asume en la cultura romántica no sólo el carácter de un derecho al deseo, sino que precisamente en cuanto derecho al deseo se convierte en expresión del derecho a seguir la naturaleza más íntima y verdadera de uno mismo. La idea según la cual la parte pasional constituye el núcleo interno de la parte más auténtica de nuestra naturaleza es tan obvia para todos nosotros que no nos permite darnos cuenta de que tal concepción representa un inversión respecto a otros tipos de autopercepciones que los hombres han tenido en un pasado. Volveremos más adelante sobre este punto, ya que, para comprender el alcance de esta inversión es importante introducir la segunda gran aspiración que la psicoterapia moderna ha heredado de la filosofía antigua: la aspiración al conocimiento de sí mismo.

El problema del autoconocimiento está estrechamente ligado con el problema de la expresión de uno mismo. Si lo que se expresa es la propia naturaleza más genuina, el núcleo más íntimo, se hace necesario identificar y conocer estos aspectos esenciales del propio yo. El imperativo “Conócete a ti mismo” había sido enunciado por la filosofía antigua, que con tal fin, había elaborado una técnica de autoobservación y de estrategia autoreflexiva. La psicoterapia moderna ha heredado tanto el imperativo del “conócete a ti mismo” como la exclusiva de las técnicas autorreflexivas aunque, como veremos, ha invertido completamente el sentido y los objetivos de los antiguos ejercicios espirituales.

De todos modos, dado que la libre expresión de sí mismo exige el conocimiento de los aspectos esenciales del sí mismo, se plantean algunos interrogantes. El primero se refiere a la cuestión de qué es lo que constituye estos aspectos esenciales de la identidad. Sobre esto la idea romántica de que la parte más íntima y auténtica de nuestra naturaleza esté constituida por las pasiones y deseos estaba en pleno acuerdo con la pretensión reduccionista de la ciencia médica de la época. Es necesario precisar que el reduccionismo en medicina y en psicología se ha presentado en dos versiones distintas aunque no contrapuestas ideológicamente. Al lado del reduccionismo físico-químico se afianzaba en la cultura médica el reduccionismo de tipo biológico, encaminado a reducir las explicaciones de la conducta humana a una herencia filogenética de algunas tendencias o instintos básicos. Sin embargo, al concebirse el instinto como impulso hacia algo, su expresión psíquica tenía que estar constituida por pasiones y deseos. De este modo, la mitología romántica y el positivismo reduccionista convergían felizmente en la concepción según la cual pasión y deseo representan la sustancia, por así decirlo, más nuclear y auténtica del hombre. La segunda pregunta que nos planteamos es ¿por qué es necesaria una técnica de autoexploración para llegar a conocer nuestros

deseos más íntimos y auténticos, y por qué éstos no se presentan simplemente al sujeto?. El tema del autoengaño y de la opacidad de la conciencia propia, con la consiguiente necesidad de estrategias para su desvelamiento es tan central en los años de transición del siglo XIX al XX que va más allá de los límites del presente artículo y de las fuerzas de su autor. Sin embargo, lo que interesa subrayar es el hecho de que las estrategias de desvelamiento tienen en su base el objetivo de mostrar al sujeto la falacia de los procedimientos racionales y de subvertir la confianza en las propias capacidades de conocimiento autorreflexivo.

El reconocimiento de la debilidad de la propia razón parece constituir para la psicoterapia moderna el equivalente de las etapas propedéuticas establecidas por las escuelas filosóficas antiguas o por las escuelas Zen. Un resultado paradójico de esto es que la práctica necesaria para la libre expresión de sí mismo exige al sujeto que renuncie a su propio juicio y que deposite su confianza en la racionalidad del método y de quien es su depositario.

La tercera pregunta que nos podemos plantear es ¿por qué esta práctica ha asumido la connotación de práctica terapéutica aunque no ha sido ejercida necesariamente por los médicos, y qué relación mantiene con la tradición hipocrática?

Hemos visto cómo el fenómeno se encuadra en la expansión sin precedentes de los horizontes y de las ambiciones de la medicina del siglo pasado. Pero existen razones intrínsecas que tienen que ver con la tradición de la lucha contra el dolor que justifican la definición de la práctica terapéutica. La ocultación del sí mismo en cuanto inhibición de las propias potencialidades expresivas genera dolor. Pero también el proceso de desvelamiento causa dolor. Y, finalmente, también la expresión del sí mismo encuentra sus límites ante las posibilidades de expresión de los demás. Se plantea, entonces, un problema de control social pero también de autocontrol. Este autocontrol se pone bajo la guía del médico sea porque tal autocontrol comporta dolor sea porque se trata en gran medida de control de fuerzas naturales. A este respecto merece subrayarse el hecho de que el hombre romántico parece vivir, al entrar en contacto con su mundo interno de pasiones, la misma experiencia de lo sublime que experimenta en contacto con las fuerzas naturales (por ejemplo, Freud (1920 y 1927).

Por esto, el hombre puede ser reacio a este contacto. Pero este contacto es lo que le permite optimizar la relación entre expresión de sí mismo y necesaria frustración de los deseos y, por tanto, reducir el dolor. La responsabilidad del médico impone empujar con firmeza al paciente para que entre en contacto con sus deseos más auténticos venciendo las resistencias que le impiden reconocer la verdad de sí mismo. El principio de verdad se reviste de este modo de implicaciones normativas. Se incita al individuo a asumir respecto a sí mismo la misma actitud de búsqueda de la verdad que el científico positivista asume frente a los fenómenos naturales.

El respeto y la búsqueda de la verdad se convierten, de este modo, en el tercer valor fundamental que añade a la lucha contra el dolor y a la expresión de sí mismo.

LOS EJERCICIOS ESPIRITUALES EN LA FILOSOFIA ANTIGUA

Una de las maneras que nos permite subrayar los valores implícitos en la psicoterapia moderna es observarlos en contraste con las prácticas de autoconocimiento y de autocontrol practicadas por las escuelas filosóficas antiguas.

Un intento esencialmente terapéutico presidía explícitamente las prácticas epicúreas, cuyo objetivo fundamental de alcanzar el placer estaba intrínsecamente relacionado con la práctica de evitación del dolor.

En la tradición platónica y, sobre todo, en la estoica, el valor perseguido es aquel grado de libertad interior que permite el dominio de uno mismo. Esta libertad, sin embargo, era concebida de modo radicalmente opuesto a la expresión del sí mismo moderno. Pero antes de describir estas diferencias es necesario clarificar un punto fundamental. También los ejercicios espirituales antiguos tenían como objetivo poner al hombre en contacto con su núcleo más íntimo y auténtico. Este núcleo, sin embargo, no tenía nada que ver con lo que nosotros llamamos identidad.

La identidad, para los antiguos, era un fenómeno eminentemente social. Un hombre se definía esencialmente por el rango, las empresas llevadas a cabo, su pertinencia gentilicia, el rol que ejercía en la organización de la ciudad, etc. Todo lo que hace a un hombre socialmente reconocible era elemento constitutivo de su identidad. Por tanto, una importante diferencia entre prácticas espirituales antiguas y psicoterapia moderna es el status asignado a pasiones y deseos. Sobre todo, pasiones y deseos no entraban a formar parte, para los antiguos, de la definición de identidad sino que constituían tendencias comportamentales, algo que el hombre hace, no algo que es.

Foucault (1984) ha descrito muy detalladamente esta diferencia en lo que se refiere a las elecciones sexuales. Un hombre podía preferir a las mujeres, otro a los chicos, pero esto no hacía que el primero fuera un heterosexual y el segundo un homosexual en el sentido moderno de la acepción. Naturalmente existían conductas sexuales consideradas lícitas, y otras consideradas honorables, otras objeto de censura, pero una clasificación de los seres humanos mediante una tipología de perversiones como ha sido realizada por la sexología del siglo pasado era, para la mentalidad antigua, impensable.

Si bien las pasiones y los deseos no constituían la esencia íntima del hombre, sin embargo le podían hacer esclavo, oscureciendo tal esencia. En otras palabras, constituían el estrato superficial del alma que podía impedir el contacto directo con el núcleo esencialmente racional. La segunda diferencia fundamental entre las dos concepciones es que ambas poseen un modelo tipo cebolla del alma humana, pero la disposición de sus capas se concibe de modo exactamente inverso.

Para los antiguos, las capas superficiales, lo que se presenta a primera vista, son precisamente los deseos ligados al placer, al honor, a la riqueza. Estos deseos convierten al hombre en un esclavo, en el sentido que hacen depender el estado anímico de las vicisitudes de los hechos y lo impulsan hacia objetivos faltos de

importancia, distrayéndolo del cuidado de un bien de mayor valor: sí mismo.

Justamente porque estas pasiones llegan a cegar se hace necesaria una praxis intelectual de relación con uno mismo que permita la superación de los deseos pasionales. Los estoicos, por ejemplo, utilizaban una praxis centrada en la representación anticipada del mal que puede suceder: pobreza, dolor, muerte. A partir de esta representación podían, mediante procedimientos de diálogo interno, controlar los cambios de estados de ánimo y demostrarse a sí mismos que podían prescindir de todo aquello que no depende de nosotros mismos. La finalidad última era hacer independiente el estado del alma de cualquier perturbación, proveniente de todo aquello que no depende de nosotros y hacer al alma misma libre de obrar según su íntima naturaleza racional. De este modo, más que una ética de control racional, la ética estoica se configura como una ética de la libertad interior, pero de una libertad que es el opuesto de la expresión del deseo. Ésta coincide más bien con el dominio de sí mismo, con la posibilidad de poder autodeterminar el propio estado independientemente de las vicisitudes existenciales y pasionales.

Queremos subrayar, una vez más, que si bien el núcleo del alma, su naturaleza más auténtica, es esencialmente racional, esto no define la identidad personal. Este núcleo representa, precisamente lo que es universal en el hombre, el aspecto de la naturaleza divina compartida por toda la humanidad. El “conócete a ti mismo” de Sócrates no tenía la acepción moderna de un “conoce tu individualidad”, sino más bien un “reconoce en ti mismo este núcleo universal de la recta razón”.

La imagen de Sócrates que interroga a un esclavo y lo incita a través de preguntas *ad hoc* hacia un correcto discurrir lógico, se ha visto impregnada en nuestra cultura de valores democráticos e igualitarios. Pero en la cultura antigua tenía un valor que se nos escapa: la misma que pueda tener un extraordinario descubrimiento científico absolutamente en el mismo plano que las teorías de Copérnico y Darwin. Significaba que todos los hombres independientemente de su educación o rango, independientemente de su sabiduría o ignorancia, poseían la facultad de razonar según principios que se imponían por claridad y corrección. Este descubrimiento ha marcado la cultura humana y ha vuelto legítimos los valores de democracia que hoy percibimos en la actuación de Sócrates. Sin embargo, esta facultad no venía dada inmediateamente. Era necesario, justamente, un procedimiento *ad hoc* como el diálogo socrático a fin de hacerla emerger.

Y entre los diversos procedimientos que el mundo antiguo inventó para desvelar ese núcleo oculto en el hombre se encuentran también las encaminadas a liberarlo de las pasiones.

No se debe entender esta práctica espiritual antigua a través de las nociones modernas de represión o frustración de los deseos. Para el hombre antiguo, el no obrar según el deseo no era vivido con un sentimiento de coartación de sí mismo, sino exactamente con el sentido contrario, con el sentimiento de autonomía y libertad interior de quien es absoluto dueño de sí mismo y puede elegir libre de los

vínculos de las circunstancias externas y de las alteraciones internas. El término con el cual los antiguos se refieren al dominio sobre las pasiones no es el de represión sino su opuesto: libertad.

La ideología victoriana y la ideología de finales del siglo pasado constituían en el fondo un paradójico homenaje a la concepción romántica, es más, a una de sus posibles variantes. Estas concepciones atribuyen también una especial profundidad y fuerza a la pasión y al deseo, pero, a su vez, subrayan su destructividad potencial. De aquí la necesidad de inhibición y represión que representa, según Freud (1929), una dolorosa necesidad, una coartación de aspectos fundamentales de sí mismo que los valores superiores de la vida en sociedad exigen. Para los antiguos, al contrario, no existía ninguna razón que suscitase una especial desconfianza o temor respecto a las oscuras fuerzas del deseo en la medida en que éstas se las consideraba siempre presentes y autoevidentes. Su dominio o control se configuraba, de este modo, no como una coartación sino como una emancipación. Ellos hubieran negado con fuerza que su práctica pudiera configurar una pedagogía represiva, sosteniendo, por el contrario, que se trataba, a lo sumo, de una práctica de liberación.

LA CRISIS DE LA PSICOTERAPIA MODERNA

Si puede considerarse válido cuanto llevamos dicho hasta el presente, en la psicoterapia moderna conviven tres objetivos fundamentales, dotados de valor: combatir el dolor, favorecer la expresión de sí mismo y buscar la verdad.

Por un breve período se cultivó la ilusión de que estos principios cooperaban entre ellos sin tensiones y conflictos. La práctica de búsqueda de la verdad ayudaba a la expresión de sí mismo que, a su vez, reducía el sufrimiento. Así que, dando por supuesto una ausencia de conflictos, no se planteaba el problema de establecer una jerarquía de valores.

La necesidad de establecer una jerarquía es inducida, en parte, por desafíos externos al campo psicoterapéutico. Por ejemplo, la existencia de terapias biológicas rápidas y de buena eficacia plantea el problema de si el criterio de la lucha contra el dolor debe subordinarse hasta el punto de renunciar a la psicoterapia o si los otros valores conservan una validez suficiente como para justificar incluso en estos casos el ejercicio de la praxis psicoterapéutica (obviamente en el primer caso se halla la posición de quien sostiene que se optimiza la lucha contra el dolor recurriendo sea a las terapias biológicas, sea a la psicoterapia).

Pero, más aún que por los desafíos externos, la crisis de la psicoterapia está relacionada con las aporías y las dificultades surgidas de sus propios presupuestos.

La hermenéutica primero, el constructivismo después, o bien el simple hecho de que escuelas terapéuticas que hacen referencia a diferentes criterios interpretativos, obtengan resultados terapéuticos análogos, han hecho que sea insostenible que el efecto terapéutico y la capacidad de expresión del sí mismo estén ligadas al desvelamiento de una cierta verdad sobre la propia esencia íntima. Pero la renuncia

a esta creencia comporta dos conclusiones que representan, ambas, el fracaso de las aspiraciones que han marcado el nacimiento de la psicoterapia moderna.

En efecto, si orientamos hacia una posición de neutralidad respecto al valor de verdad de los temas elaborados en terapia, entonces la psicoterapia se convertiría en un proceso de operaciones autorreflexivas sin fin. Se puede salir del problema de la regresión al infinito estableciendo que son válidos aquellos puntos de vista que reducen el sufrimiento. Pero, de este modo, el principio hipocrático se convertiría en el único valor que fundamenta la psicoterapia, y esta última renunciaría a las ambiciones que la han distinguido para convertirse en una simple práctica de lucha contra el sufrimiento.

La segunda vía para evitar la regresión al infinito sería la de una terapia estereotipada donde el terapeuta sería el único arbitro que decide qué verdad última asumir. Pero esta posición es claramente incompatible con el principio de la libre expresión del sí mismo, cuando no se convierte ella misma, en la práctica, en fuente de sufrimiento.

La verdad es que nuestro siglo ha vivido el declive de la noción romántica de identidad, aunque conservando y exaltando el valor de la expresión de sí mismo que se derivaba de ella. Probablemente gran parte de la patología del sí mismo con la cual nos enfrentamos estos últimos años tiene en su raíz esta contradicción de fondo de nuestra cultura. Se ha convertido en un tema común a las diversas escuelas de psicoterapia la renuncia a la búsqueda de un núcleo auténtico de identidad y el concentrarse en las operaciones dinámicas que el sujeto realiza para mantener (o perder) el sentido de unicidad y continuidad personal. Pero este hecho, junto con la expectativa incompatible de la expresión del sí mismo en sentido romántico acaba creando una falsa conciencia en quien practica la psicoterapia sea como experto sea como cliente.

En definitiva, el principio hipocrático de la lucha contra el sufrimiento es el único que se ha conservado intacto, pero eso no corresponde, por sí sólo, a las exigencias y aspiraciones de las cuales se ha responsabilizado la psicoterapia moderna. El malestar que la cultura psicoterapéutica experimenta frente a los retos de las terapias biológicas o frente a las demandas de las compañías de seguros de intervenciones breves y de eficacia comprobada se inscribe en este contexto en el cual se nos percibe tanto como arte hipocrática, como expresión de aspiraciones que van más allá de la lucha contra el dolor, y, al mismo tiempo, no se sabe bien a cuáles de estas aspiraciones es posible dar una respuesta.

UNA TRIADA ALTERNATIVA: MODESTIA HIPOCRÁTICA, LIBERTAD DE PREJUICIOS Y ÉTICA DE LA RELACION INTERPERSONAL

La influencia del constructivismo sobre las modernas escuelas de psicoterapia puede constituir, a mi entender, una oportunidad para revisar las bases de la psicoterapia que permita una superación de la crisis.

Es cierto que, hasta el momento, ésta parece perfilarse como una ocasión fallida. El constructivismo no ha contribuido a una discusión sobre los presupuestos de valor implícitos en la actividad psicoterapéutica, que, sin embargo, debería ser un campo especialmente dotado. Ni tampoco ha intervenido demasiado en la discusión sobre los principios normativos de las conductas de los psicoterapeutas si no es para teorizar confusamente sobre una especie de democracia de las tonterías donde todos los puntos de vista tendrían el mismo valor, mostrando, en este terreno, una cierta propensión a la fuga de la responsabilidad hipocrática. Si bien, en el constructivismo, depurado de sus aspectos peores, existen ideas que, quizás, pueden contribuir a la resolución de los dilemas de la psicoterapia moderna.

De forma parecida a la hermenéutica éste nos invita a considerar y a analizar con el paciente sus peculiares configuraciones dinámicas de significado. Pero, en modo claro, se hace cargo de comprobar científicamente la existencia de nexos causales entre determinadas configuraciones dinámicas de significado y el sufrimiento psíquico.

La psicoterapia constructivista se configura además como arte hipocrática en la medida en que plantea la existencia de una coincidencia entre el proceso de elaboración de significados y el proceso terapéutico. El constructivismo invita básicamente al paciente a reflexionar y a conocer los propios presupuestos y la historia de los propios presupuestos. Lo invita a analizar su particular organización de significados dentro de los cuales se inscriben sus deseos y su sufrimiento. En este sentido sostiene que lleva a cabo ciertamente algo más que una reducción del sufrimiento.

En sintonía con los antiguos, este algo más no es la expresión romántica del sí mismo sino un aumento del sentido de libertad interior. Una libertad esta vez entendida como posibilidad de distancia crítica de los propios presupuestos, como la libertad de prejuicios.

La libertad de prejuicios se configura, por tanto, como segundo valor que sirve de fundamento, al lado de la lucha contra el dolor y sustitutivo de la expresión del sí mismo. Podemos observar que el análisis de los presupuestos no implica necesariamente su rechazo sino su reconocimiento. Sin embargo, esto llevaría a un proceso sin fin si no fuera moderado por los principios hipocráticos.

La modestia debería llevar al terapeuta a analizar sólo aquellos presupuestos que en base al principio de responsabilidad considera que están implicados en el sufrimiento.

El análisis de los significados y la lucha contra el sufrimiento implican, sin embargo, una condición interpersonal de confianza y de seguridad. En este sentido es necesario que entre los participantes de la relación terapéutica se desarrolle una relación adecuada. Los principios que en nuestra cultura rigen la corrección de las relaciones interpersonales deben, pues, incluirse en los principios de la psicoterapia. Sin embargo, aunque pueda parecer obvio y superfluo conviene subrayarlo en

la medida en es en el seno de estos principios que hoy podemos incluir el respeto de las verdades. Esto ha perdido las connotaciones heroicas y científicas del pasado en la medida en que no se sostiene que se deba poner a un paciente reactivo frente a una amarga verdad última sobre sí mismo, sino que se afirma a través de la simple constatación de que en una relación correcta no se puede mentir.

Naturalmente el terapeuta puede decidir diferir una comunicación con el paciente en base de las exigencias de la lucha contra el sufrimiento, pero cuando decide comunicarle algo debe corresponder a lo que piensa, del mismo modo que supone que el paciente no le miente deliberadamente. No se trata del respeto a una verdad última, sino simplemente de no mentir, aunque lo que se dice pueda resultar discutible u opinable.

La psicoterapia moderna se fundamenta sobre tres principios normativos básicos: combatir el dolor, favorecer la libre expresión de sí mismo y la búsqueda de la verdad. El primero de estos principios deriva de la tradición hipocrática, los otros dos fueron asumidos por la medicina del siglo diecinueve en el momento del nacimiento de la psicoterapia moderna. El desarrollo actual ha puesto de relieve las contradicciones entre estos principios. La crisis del principio de expresión de sí mismo, y la necesidad de redefinir el principio de búsqueda de la verdad. Se expondrá una breve historia de este desarrollo y de su crisis, y se apunta un hipótesis de vía de solución.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “I valori della psicoterapia moderna: sviluppo e crisi” en *Psicobiettivo*, 14, pp. 11-21, 1994. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

- FOUCAULT, M. (1984). *L'uso dei piaceri*. Milano: Feltrinelli.
- FREUD, S. (1920). Al di là del principio del piacere. In *Opere complete, vol. IX*. Milano: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1927). L'avvenire di un'illusione. In *Opere Complete, vol. X*. Milano: Bollati Boringhieri.
- JOUNNA, J. (1993). La nascita dell'arte medica occidentale. In M.D. Gimeck (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*. Bari: Laterza.
- HADOT, P. (1988). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Torino: Einaudi. (Original, 1987).
- HADOT, P. (1992). *La citelle intérieure*. Fayard.
- SULLEWAY, F. (1982). *Freud biologo della psiche*. Milano: Feltrinelli. (Original 1979).
- TAYLOR, C. (1993). *Radici dell'Io: la costruzione dell'identità moderna*. Milano: Feltrinelli. (Original 1989).

PSICOTERAPIA Y DESARROLLO DEL RAZONAMIENTO MORAL

José Luis Martorell Ypiens
Universidad Nacional a Distancia, Madrid

In this article, the starting point is the observation of the emergency of moral dilemmas as a central issue in some persons therapy. The reflection, illustrated with case history material, focusses on the relationship between moral development and therapy progress.

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene su origen en la observación de que en un número relevante de terapias con adultos jóvenes, la existencia o emergencia de dilemas morales se constituían en el centro del proceso terapéutico. Partiendo de esta observación, y por medio del análisis de casos de adultos en terapia, indagaremos en la posible relación que existe entre el desarrollo del razonamiento moral y la resolución por medio de la psicoterapia de problemas de índole existencial, emocional y relacional que, o bien son tenidos por la persona que los padece como fuente de sufrimiento en sí mismos, o bien dan lugar a síntomas psicopatológicos (reacciones depresivas, crisis de angustia, comportamientos fóbicos, etc.) que son los que la persona capta como generadores de su sufrimiento, o ambas cosas a la vez.

Como quizá este trabajo pueda mostrar, la relación entre desarrollo moral y resolución de problemas personales es bidireccional: el desarrollo moral como impulsor en la terapia de la resolución de problemas personales, y, por otro lado, la resolución o desbloqueo de problemas existenciales, emocionales y relacionales como impulsor del desarrollo moral, estando ambos procesos en una relación de retroalimentación constante.

El hecho de que el estudio se haya realizado exclusivamente sobre adultos jóvenes no presupone que se considere esta etapa como la única en que los conflictos morales tienen una relevancia existencial elevada -en la adolescencia, por ejemplo, los conflictos morales y el modo de afrontarlos son desde un punto de vista

evolutivo muy importantes- pero sí que tienen unas peculiaridades interesantes: por un lado estos conflictos están en el centro del modo de constituirse como adulto, y por otro, tocan el tema de los modos de razonamiento propiamente adulto, es decir, aquellos modos que no pueden ser alcanzados evolutivamente antes de bien entrada la veintena.

LAS ETAPAS DEL DESARROLLO MORAL SEGUN EL MODELO DE KOHLBERG

Para orientarnos como terapeutas dentro del campo del razonamiento y desarrollo moral hemos encontrado de utilidad manejar como marco de referencia las propuestas de Kohlberg, tanto por su riqueza explicativa como por la posibilidad de inferir de sus propuestas pautas de actuación en el contexto de la psicoterapia. Su objetivo es la naturaleza del razonamiento moral y su desarrollo. Es decir, por un lado ver cómo las personas llegan a definir los valores, lo que está bien y lo que está mal; cómo los sitúan en una perspectiva social; y cómo, por tanto, prescriben el “deber”. Por otro lado Kohlberg propone que el razonamiento moral se estructura en estadios -modos consistentes de pensar sobre un aspecto de la realidad- con las siguientes características (Kohlberg, 1969):

1) Los estadios suponen diferencias cualitativas en el modo de pensar, incluso si se comparte un valor desde estadios diferentes, el modo de pensar sobre ese valor será cualitativamente diferente.

2) Cada estadio forma un todo estructurado.

3) Los estadios forman una secuencia única e invariante, es decir, la sucesión de estadios es siempre la misma y no se dan saltos entre dos estadios no contiguos.

4) Los estadios superiores integran a los inferiores, no los anulan. Como se ve, el tener en cuenta y ser capaz de utilizar estas características de los estadios puede suponer un poderoso instrumento tanto diagnóstico como de intervención cuando la terapia viene mediatizada por un dilema moral.

Kohlberg articula el desarrollo moral en tres niveles, cada uno de los cuales está dividido en dos estadios. Los niveles definen modos de enfocar los problemas morales, mientras que los estadios definen los criterios por medio de los cuales la persona ejercita su juicio moral. A continuación enumeramos muy brevemente algunas características de los niveles y estadios (Kohlberg, 1976, tomado y resumido de Hersch, Reimer & Paolito, 1979, pp. 55-56).

Nivel I: Preconvencional

Estadio 1: *Moralidad heterónoma*. Someterse a reglas apoyadas por el castigo. Punto de vista egocéntrico.

Estadio 2: *Individualismo, fines instrumentales e intercambio*. Seguir reglas sólo cuando es por el propio interés inmediato. Perspectiva concreta individualista.

Nivel II: Convencional

Estadio 3: *Expectativas interpersonales mutuas. Relaciones y conformidad interpersonal.* Vivir de acuerdo con lo que la gente espera de un buen hijo, hermano, amigo, etc.. “Ser bueno” es importante. Perspectiva del individuo en relación a otros individuos.

Estadio 4: *Sistema social y conciencia.* Cumplir deberes a los que se ha comprometido; las leyes se han de cumplir excepto en casos extremos, cuando entran en conflicto con otras reglas sociales fijas. Diferencia el punto de vista de la sociedad de acuerdos o motivos personales.

Nivel III: Postconvencional

Estadio 5: *Contrato social o utilidad y derechos individuales.* Ser consciente de que la gente tiene una variedad de valores y opiniones y que la mayoría de los valores y reglas son relativas a su grupo. Algunos valores y reglas no relativos, como la vida y la libertad, se deben mantener en cualquier sociedad sea cual sea la opinión de la mayoría. Perspectiva anterior a la sociedad; reconoce que a veces están en conflicto el punto de vista legal y el moral y encuentra difícil integrarlos.

Estadio 6: *Principios éticos universales.* Las leyes y los acuerdos sociales deben respetarse, si se apoyan en principios universales de justicia; cuando las leyes los violan uno actúa de acuerdo con sus propios principios. Respeto por la dignidad de los seres humanos como individuos. Perspectiva de un punto de vista moral del que parten los acuerdos sociales.

A la hora de trabajar con los seis estadios de razonamiento moral asumimos plenamente el llamamiento a la precaución que hacen Hersch, Reimer y Paolito (op.cit. p.54): lleva mucho tiempo y esfuerzo comprender plenamente las particularidades de los estadios; también hay que cuidarse en distinguir forma, de contenido; e igualmente hay que tener presente que las personas no son estadios, hay todo un camino del desarrollo con etapas de transición y modos preferentes y no exclusivos de razonar sobre temas morales. En terapia es particularmente importante tener esto en cuenta para no violentar de un modo simplista la visión del mundo de la persona.

Aunque se han encontrado diferencias entre países o entre el medio rural y urbano en cuanto a las edades medias en que se evoluciona de un estadio a otro, podemos decir para el tema que aquí nos ocupa que las personas de nuestro entorno cultural alcanzan el nivel convencional a lo largo de la adolescencia y permanecen en él mayoritariamente en su vida adulta. Algunas personas alcanzan el nivel postconvencional, nivel que comienza a manifestarse de un modo consistente no antes de los 24 ó 25 años e incluso bastante más tarde. Este asunto, el de la existencia de estadios de razonamiento moral propiamente adultos, ocupó una buena parte del trabajo de Kohlberg (Kohlberg y Kramer, 1969; Kohlberg, 1973; Kohlberg y Higgins, 1984).

Es importante, en orden al interés de este trabajo, el papel atribuido a la experiencia en el desarrollo moral. Kohlberg señala que en la infancia y en la adolescencia la experiencia necesaria para el desarrollo de estadios morales es sobre todo cognitiva y simbólica y no requiere una gran cantidad de experiencia personal; esto no es así más adelante, para dar el paso al estadio 5. Para dar este paso parece que debían darse dos condiciones:

-Abandonar la casa familiar, en un contexto de moratoria; típicamente, estudiar fuera de casa.

-Vivir situaciones en las que estuviera involucrada la responsabilidad por el bien de los otros, así como la irreversibilidad de las elecciones morales.

Es decir, para pasar del pensamiento convencional al de principios parece que se requieren experiencias personales que envuelvan el cuestionamiento y el compromiso, en algún tipo de integración con la estimulación a la reflexión cognitivo-moral.

También, como terapeutas, nos interesa mucho la etapa de subjetivismo o relativismo moral en la que entran determinados

sujetos, que previamente ya habían estabilizado un tipo de razonamiento convencional. En la terapia es importante valorar esta etapa como lo que es, una etapa de relativismo ético, y no una regresión a una etapa hedonista de “vale todo”. El entorno del paciente a veces interpreta de este segundo modo su posición. La visión de Kohlberg es que estos sujetos sostienen estas posiciones subjetivas radicales porque les parecen las únicas respuestas posibles a ciertas cuestiones meta-éticas o a dificultades meta-éticas con respecto a la fundamentación de cualquier normativa ética. En el movimiento hacia el razonamiento postconvencional, un período de relativismo (estadio 4/5) es una condición necesaria pero no suficiente. Este movimiento, de un modo general, se relaciona con la experiencia vital de responsabilidad moral personal. Dicha experiencia vital puede ser dividida en dos fases: una primera fase de responsabilidad por uno mismo en contextos de conflicto moral que induce al relativismo, y una segunda fase de responsabilidad social, frecuentemente relacionada con el trabajo, que lleva consigo consolidar el pensamiento del estadio 5. El proceso psicológico subyacente a la entrada en una fase de relativismo parece ser el mismo en diferentes culturas, no así las condiciones necesarias para alcanzarla. Por ejemplo, en España se han encontrado personas en el estadio 4/5 sin la experiencia de vivir fuera de la familia y sin esa responsabilidad en un contexto de trabajo (Díaz-Aguado, 1989).

EL PAPEL DEL CONFLICTO EN EL DESARROLLO MORAL

Quizá lo más relevante para nosotros sea el importante papel del conflicto en el desarrollo moral. Ya Piaget atribuye este papel al conflicto que se deriva de la interacción social (Piaget, 1932). Las personas de las que nos ocupamos en terapia son personas en conflicto, si se nos permite decirlo así, por definición. Son, en

general, personas que perciben el conflicto por encima de sus propias fuerzas, desbordándolas, de ahí su petición de ayuda. El grado de novedad, ambigüedad o incertidumbre, o también el nivel de intensidad con que se da el conflicto está por encima de lo tolerable para cada una de esas personas. Así desde el conflicto que produce un desajuste que impulsa el desarrollo, hasta el que bloquea la evolución de la persona, generando angustia, pasando por el que arrastra a las personas a regresiones -muy peligrosas en el terreno de lo moral, como el conflicto de la antigua Yugoslavia ilustra dramáticamente-, hay todo un abanico de posibilidades a tener en cuenta en la terapia.

Una precisión de importancia es que no se trata de ver si lo afectivo (un campo tradicionalmente considerado como propio por muchos planteamientos psicoterapéuticos) tienen incidencia en la captación de diferentes grados o niveles de justicia, o en la emergencia de determinados dilemas morales, es decir, la relación entre lo afectivo y lo cognitivo, puesto que se parte de la existencia de esta relación. Hersch, Reimer y Paolito (op.cit.) haciendo referencia a la posición de Piaget sobre la relación entre cognición y afecto señalan: “Una persona que está emocionalmente aislada no puede funcionar cognitivamente... El afecto, con todo, no se podría experimentar como sentimiento o emoción a no ser que se le diera sentido con una estructura cognitiva”(p.40). Y Kohlberg (1976) explícitamente postula que el desarrollo afectivo no es realmente algo distinto del desarrollo cognitivo, sino que ambos son aspectos paralelos, y representan perspectivas y contextos del cambio estructural. Lo que se pretende aquí es mostrar el modo específico en que interactúan, poniendo énfasis en el desarrollo moral, en el contexto específico de la psicoterapia.

Por último, una referencia al tema de la ética como elemento o criterio de cambio en los procesos psicoterapéuticos. Cuando estos parten de un planteamiento en el que se considera que es la persona total la que está implicada en el proceso es difícil pensar que la dimensión ética del ser humano no sea también objeto de dicho proceso, al menos, en algunos momentos o fases del mismo. Desde diferentes planteamientos, los distintos enfoques psicoterapéuticos han tocado de un modo u otro cuestiones referidas al razonamiento moral o a cuestionamientos éticos o meta-éticos.

Para empezar, no cabe olvidar que desde que Freud introduce el concepto de Super-yo el tema del “deber ser”, de la autoridad como fuente de conflicto, o de los valores sociales introyectados, toma carta de naturaleza en el campo de la psicoterapia. Así, un autor de orientación psicoanalítica como Cencillo habla de la consecución de una “ética autógena” como uno de los criterios de finalización de la terapia (Cencillo, 1988). Igualmente, es difícil ignorar la dimensión ética que tiene el abordaje psicoterapéutico que se deriva de las posiciones de Erikson (1950).

Hay un posicionamiento ético, por más discutible que sea (aunque en no pocas ocasiones se pasa antes a discutirlo que a estudiarlo), que tiene incidencia en la terapia en “*Más allá de la libertad y la dignidad*” de Skinner (1971) que no debieran

olvidar los que postulan la neutralidad de la tecnología psicológica (un estudio de las posiciones de Skinner sobre estas cuestiones puede encontrarse en Prieto, 1989). De otro lado, la psicología humanista propugna una psicoterapia donde lo ético no es ajeno, definición que expresamente recogen en sus planteamientos autores como Rogers (1957) o Berne (1976) entre otros.

Más radicales -lo que no significa menos dignos de atención- son Laing y Cooper, con su énfasis en el peso de lo moral. Lo justo y lo injusto, la toma de partido del terapeuta o su colusión con los valores sociales dominantes (ver, por ejemplo, Laing, 1976, y Cooper, 1974). No parece posible, en mi opinión, abordar una terapia en la que no se atomiza a la persona sin que ésta sienta la necesidad de tratar cuestiones éticas o meta-éticas como parte del propio proceso terapéutico, con lo que se convierte en prioritaria la revisión de las ideas que sobre el ser humano sostienen las teorías que manejamos, así como la propia posición del terapeuta en el entramado social de valores y su posible participación en los juegos de poder del grupo al que pertenece (Martorell, 1988a, 1988b, 1989).

Sin embargo, a pesar de lo anterior, rara vez se explicita cómo se abordan los temas éticos y cual es su peso en otros momentos que no sea el final de la terapia. Con respecto a las cuestiones morales que el paciente pueda plantear aparece el temor a la manipulación, a la directividad injustificada (tentación contra la que, efectivamente, hay que precaverse) que quizá haya hecho de este tema un punto ciego en muchos planteamientos terapéuticos.

PLANTEAMIENTO Y SOLUCION DE DILEMAS MORALES EN PSICOTERAPIA

Como se comentó al principio del trabajo, nuestro punto de partida es el siguiente: la observación de que en un cierto número de procesos terapéuticos la existencia o emergencia de dilemas morales se convierte en el centro de dicho proceso, en el sentido de que sin una resolución de estos dilemas el proceso queda detenido o deriva hacia cuestiones periféricas, lo que supone un modo encubierto de quedar detenido.

Algunas aclaraciones sobre la afirmación anterior son necesarias:

a) La terapia se define aquí como un proceso, en el que cada momento es, en parte, determinado por el anterior y, en parte, determina al siguiente; por lo tanto requiere de las personas implicadas en él una disposición a no forzarlo con planteamientos teóricos estáticos. Estos planteamientos pueden ser sociales, vitales, profesionales y técnicos y afectan unos al terapeuta, otros al paciente, y otros a ambos. De hecho, la construcción de la terapia como un proceso es un paso en sí mismo terapéutico.

b) Cuando se hace referencia a un “cierto número” quiere decirse que la situación descrita más arriba ha aparecido claramente -en mi opinión- en unos casos y en otros no, pero no se hace ningún tipo de alusión al grado de generalización que

la situación pueda tener.

c) Cuando se habla de la existencia o emergencia de dilemas morales se hace referencia a lo siguiente: en algunas ocasiones el dilema moral es planteado explícitamente como la causa que provocó la petición de terapia; en otras el problema está presente desde el principio pero la persona no puede formularse en términos de un dilema moral, y en otras el dilema emerge en una fase de la terapia distinta de la inicial (algunas de las observaciones indican que la emergencia del dilema moral puede suceder a la desaparición o mitigación de los síntomas por los que explícitamente la persona acudió a terapia).

De las tres posibilidades de presencia de un dilema moral en la terapia, la primera, es decir, plantearlo explícitamente desde el principio como la causa que determina el acudir a terapia, es, de acuerdo a nuestra experiencia, la más infrecuente. Probablemente esto es así porque definir una situación conflictiva en términos del dilema moral que subyace a ella requiere ya una cierta madurez de razonamiento. En consonancia con esta idea está el hecho de que en las terapias en que un conflicto personal ha podido ser redefinido por la propia persona en términos del dilema moral subyacente, el avance en el proceso terapéutico ha sido considerable.

Para ilustrar la aparición, incidencia y evolución del conflicto moral en el contexto de la psicoterapia se presenta a continuación la descripción y resultados de un estudio realizado sobre diez adultos jóvenes en los que la emergencia de un dilema o conflicto de naturaleza moral se constituyó en el centro del proceso terapéutico.

UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Estas diez personas (ocho mujeres y dos hombres) tenían en el momento de iniciar la terapia entre 22 y 29 años. Siete de ellos habían terminado o estaban realizando estudios superiores, y los otros tres tenían estudios de grado medio. Después de un período máximo de cuatro años todas ellos han terminado su terapia. Fue posible realizar un seguimiento un año después de finalizada la terapia en cinco de los diez casos, en todos ellos se confirmó la estabilidad de los cambios asociados a la terapia.

La determinación del estadio de razonamiento moral de estas personas se realizó por medio de la Entrevista sobre Juicio Moral, desarrollada por Kohlberg, que está compuesta por tres dilemas hipotéticos que cubren un cierto número de temas éticos distintos. Los resultados fueron evaluados en siete de los diez casos utilizando sólo los puntos de acuerdo entre dos evaluadores (uno de ellos era el terapeuta), y los otros tres por un solo evaluador. Se buscó la consistencia con el modo de razonar y actuar sobre los dilemas reales de la vida de la persona. La evaluación a lo largo de la terapia fue determinada por el terapeuta teniendo en cuenta las variaciones en el razonamiento y la actuación del paciente sobre los dilemas morales que habían emergido en la terapia.

Presentamos ahora algunos datos generales, si bien el corto número de casos, aunque ilustrativo, hace más interesante el análisis de aspectos concretos de casos individuales, análisis que se presentará más adelante.

Estadio de juicio moral evaluado al comienzo de la terapia:

-Siete sujetos en el estadio 3.

-Un sujeto en el estadio 4.

-Dos sujetos en el estadio 4/5 (estadio transicional de relativismo).

Evolución del juicio moral a lo largo de la terapia:

a) Sujetos del estadio 3:

-Cuatro sujetos evolucionan hacia el estadio 4.

-Tres sujetos evolucionaron hacia una consolidación y extensión a más áreas relevantes de su vida del propio estadio 3.

b) Sujeto del estadio 3:

-Este sujeto evolucionó hacia una consolidación y extensión a las áreas de conflicto de su vida del propio estadio 4.

c) Sujetos del estadio 4/5:

-Los dos sujetos aumentaron significativamente el porcentaje de utilización de razonamiento de estadio 5.

Como se ve, hay cuatro sujetos (tres del estadio 3 y el sujeto del estadio 4) cuya evolución consiste en consolidar y extender el razonamiento del estadio en que fueron evaluados al principio de la terapia. Esto, desde el punto de vista terapéutico, no debe ser considerado una evolución “menor” con respecto a la de los sujetos que pasan a otro estadio, puesto que esa consolidación y extensión del razonamiento del estadio estuvo asociada a la resolución de los problemas y a la desaparición de los síntomas que llevaron a la persona a la terapia. De hecho, como ya se ha comentado, el atribuir a una persona un estadio de razonamiento moral no significa que esa persona utilice exclusivamente razonamientos y argumentos propios de dicho estadio. En realidad, las personas pueden utilizar más de un estadio de razonamiento, particularmente los más jóvenes; el ser evaluado en un estadio quiere decir que ese estadio describe su manera más común de razonar sobre temas morales. En los casos que aquí nos ocupan, este hecho -la no exclusividad del estadio en el razonamiento moral- puede ser de una importancia capital para entender lo que le sucede la persona, porque no es infrecuente el uso de un estadio más bajo justo en aquellos temas emocionalmente más cargados o en aquellos, cuyas consecuencias el sujeto percibe como potencialmente más amenazadoras (Villegas, 1993). De ahí que la extensión del tipo de razonamiento disponible más alto a las áreas y temas conflictivos tenga en sí mismo un potencial de cambio considerable. Veamos algunos casos. Obviamente, nos centraremos en los aspectos de la terapia que tienen que ver con los temas presentados aquí, sabiendo que no es posible trasladar a una breve presentación toda la riqueza de datos y matices que han ido surgiendo a través de las sesiones.

Comenzaremos por “A”, que es una mujer de 28 años, estudios medios, que vive con su familia y trabaja como obrera autónoma. El motivo por el que acude a terapia es el padecimiento de crisis de angustia con ahogos (unos dos meses antes de comenzar la terapia) que han dejado -o desvelado- un fondo depresivo, con fuertes sensaciones de futilidad y desesperanza, así como el temor a la repetición de las crisis. Tanto los episodios de su vida que ella considera relevantes como los que le afectan desde un punto de vista más cotidiano tienen básicamente la misma forma: se da un conflicto con otra persona, ella intuye que su posición es defendible, pero no encuentra argumentos lo que la lleva a dudar de si realmente es defendible su posición. A partir de ahí las ideas autopunitivas y la sensación de valer poco se adueñan de ella. Racionalmente admite que los derechos y los deberes son reversibles, pero no puede actuar con dicha idea en las situaciones conflictivas y la posibilidad de que al defender su posición se la acuse de egoísta, injusta, etc., le resulta intolerable y tambalea su posición. Se la evaluó globalmente en el estadio 3, pero en alguno de los dilemas utilizaba argumentos del estadio 2; esto sucedía particularmente en aquellas cuestiones que tocaban más de cerca las áreas conflictivas de su vida. El trabajo sobre los aspectos emocionales y relacionales fue muy extenso, pero la consecución de una mayor solidez en estas áreas se logró también por un trabajo explícito sobre los dilemas morales en que se encontraba, vividos como auténticos atolladeros al principio de la terapia.

Llamaremos “B” al sujeto de este grupo, evaluado en el estadio 4. Es una mujer de 26 años, estudiante universitaria, que vive con su familia. A pesar de que en muchas áreas presenta un pensamiento de estadio 4, se da una dramática caída hasta argumentos del estadio 2 cuando los temas o los dilemas implican el rol de hijo frente a la autoridad del padre. El motivo que alega para iniciar una terapia es la imposibilidad de permanecer dentro de un aula, pues le daban ahogos, palpitaciones y le asaltaban ideas de muerte por lo que tiene que irse; en el momento de iniciar la terapia evita entrar en las aulas con lo que la terminación de la carrera se ha retrasado y su fin queda amenazado. Presenta una gran ansiedad y un discurso sobre ella misma muy desvalorizado.

El trabajo en terapia le permitió controlar con relativa rapidez los síntomas en el aula y pudo presentarse regularmente a los exámenes hasta finalizar la carrera tiempo después. Sin embargo, después de la superación de la fobia, la ansiedad y la desvalorización permanecían en relación al conflicto con su padre. Este y otros miembros de la familia la acusan explícitamente de ser responsable de la muerte de la madre, que murió en una época en que se llevaban mal. “B” verbalmente rechaza esta acusación pero vive al “servicio” de la familia: se encarga de la compra, la limpieza y las gestiones no sólo de la familia directa sino también de tíos, etc., y es culpabilizada cuando “pierde el tiempo” estudiando, yendo a clase, o saliendo los fines de semana (hay otros factores importantes y, como se ve, implicaciones de gran riqueza, pero no es posible en un resumen dar cuenta de ellas). El punto de

inflexión en el proceso terapéutico se dio cuando pudo comenzar a plantearse que el vivir la propia vida es un derecho y replantear el fraudulento dilema moral con respecto a su padre de ser egoísta (“mala”) o hacer lo que el padre quiere (no tener vida propia), es decir, extender también a esta cuestión los razonamientos del estadio 4 que ya le eran propios en otros muchos aspectos de su vida.

La evolución en la terapia con respecto al razonamiento moral de otro grupo de sujetos consistió en pasar del estadio 3 al estadio 4. En este caso, lo que lo sucede es que los sujetos tienen un tipo de pensamiento bastante estabilizado pero al mismo tiempo rígido, de tal modo que las sucesivas situaciones que la vida pone ante ellos no pueden ser utilizadas para evolucionar. Así, conflictos planteados internamente de tal modo que se necesitaría una evolución -un paso de estadio- para resolverlos, quedan enquistados. Como ejemplo de un sujeto de este grupo proponemos a “C”, un hombre de 29 años, profesional que vive con su familia. Lo que le lleva a terapia es, por un lado, una insatisfacción sobre sus logros personales (tardía incorporación al trabajo, evitación de responsabilidades) y, por otro, una fuerte inhibición en situaciones sociales hasta el punto de presentar respuestas fóbicas de huida y evitación.

En la terapia se va alternando un análisis de tipo existencial con un afrontamiento de problemas concretos. Con respecto a este segundo tipo de intervención los resultados son razonablemente buenos: admite las situaciones sociales sin tanta angustia, su participación en ellas es mayor y acepta un empleo que unos meses antes -en palabras de él- hubiera rechazado sin ninguna duda. A pesar de estos logros el nivel alto de insatisfacción personal permanece. A partir de este momento el hecho más relevante del proceso terapéutico es la evitación por su parte de un tema concreto: entrar a valorar la influencia de su familia, y en especial de su padre, sobre él. El padre es descrito por el sujeto como persona de éxito, seguro de sí y poco dialogante. En el momento de la terapia a que hacemos referencia, el discurso de “C” versa insistentemente sobre la manifestación de sus dudas relativas a cómo comportarse, qué es lo que está bien y lo que está mal; el punto de referencia es su familia, encarnada en su padre, y el conflicto surge de que no puede ni dar por buenos los valores familiares ni enfrentarse a ellos, pero cuando este tema es propuesto abiertamente en la sesión, lo evita, lo desvía o lo trata de un modo hiperracional sin ninguna referencia a lo que siente o sintió.

Esta nos parece una de las situaciones a las que hemos hecho referencia anteriormente: hay un dilema moral subyacente que la persona todavía no puede permitirse explicitar porque, particularizando en el caso de “C”, el hacerlo le parecería un enfrentamiento, una crítica, un rechazo a su padre y aún no se puede tolerar esta situación. El planteamiento terapéutico que facilitó la resolución apuntó, como primer paso, a que el sujeto se permitiera plantearse el dilema moral de un modo explícito, y una vez planteado así, utilizar los argumentos del estadio siguiente para resolverlo, argumentos con los que ya tuvo que entrar en contacto

sólo para plantearlo.

En cuanto a los dos sujetos que pasaron del estadio de relativismo a un incremento sustancial del uso de razonamiento del estadio 5, se pudo observar que eran precisamente las cuestiones éticas (los conflictos éticos propiamente dichos, las cuestiones meta-éticas o la sensibilidad para percibir los avatares de su propia vida desde su vertiente ética) las que directamente se situaban en el corazón de los conflictos. O quizá sea más adecuado decir que el paso a un estadio de relativismo moral se produce precisamente cuando lo ético es percibido por el sujeto como de difícil solución y generador de conflictos.

Uno de los dos sujetos, “D”, nos servirá para profundizar algo más en esta situación. Se trata de un hombre de 28 años, estudiante universitario; vive solo, habiendo salido del hogar familiar a los 18 años para ir a estudiar a otra ciudad. El motivo que le impulsó a venir a terapia fue, literalmente, “las dificultades para salir de su habitación”. Pasaba días sin salir, y aunque podía hacerlo cuando se lo proponía -por ejemplo, para venir a terapia- se lo proponía pocas veces. El resultado era la eternización de sus estudios, la pérdida de relaciones sociales y la lejanía del mundo del trabajo. En otra época, hacia los 20 años, había tenido grandes crisis de angustia y dudas sobre su cordura, unas y otras habían desaparecido en el momento de iniciar la terapia. Aunque el tema de no salir de casa fue paliándose desde el inicio de la terapia, el centro de la misma fue “salir” en el sentido de integrarse en el mundo, aceptar responsabilidades y vérselas con los propios valores en situaciones reales y no en el mundo mental de los valores puros. A lo largo del proceso terapéutico se plantearon con mucha frecuencia cuestiones meta-éticas, y las sucesivas respuestas, o las sucesivas dudas, que “D” iba encontrando marcaron los hitos de dicho proceso, es decir, que resoluciones de tipo moral marcaban cambios emocionales, cognitivos y conductuales. El final de la terapia, con el resultado de su salida al mundo manteniendo la consistencia no rígida con sus propias ideas fue considerado satisfactoria tanto por “D” como por el terapeuta.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Como se ve, hay diferentes modos en los que el conflicto ético puede emerger y situarse en una posición central en el proceso terapéutico. Retomando algunos de los puntos ya mencionados y considerando a los sujetos del estudio globalmente se pueden hacer las siguientes observaciones:

En todos ellos las cuestiones morales -con diferentes grados, modos de presentarse y en diferentes momentos del proceso- parecen ocupar una posición importante dentro del proceso terapéutico.

Ayudar a plantear, analizar, debatir y resolver los dilemas morales resultó en sí mismo terapéutico, Desde el punto de vista del terapeuta, pensar en términos de dilemas morales aportó una gran riqueza de pistas y líneas de actuación.

En algunas personas parece que el aumento de estadio es un paso necesario

para resolver sus problemas, mientras que para otras personas el cambio consiste en el afianzamiento y generalización de un estadio también respecto a las áreas conflictivas.

Es de resaltar que las dos personas que obtienen una puntuación de madurez moral más alta son las dos únicas del grupo que abandonan su casa para ir a estudiar a otra ciudad, es decir, las únicas que en este sentido, como apunta Kohlberg, tuvieron un período de moratoria fuera de su casa. De los diez sujetos, seis viven aún con su familia; de ellos cinco sitúan su dilema real en las relaciones con su familia; el único que no lo hace es "C", la persona que tenía dificultad para pensar en su familia en términos de dilemas. Las dos personas que cambiaron de ciudad no sitúan en la familia sus dilemas reales. Esto parece confirmar las posiciones de Kohlberg sobre el desarrollo moral en el adulto, así como la imposibilidad de desvincular este desarrollo de la evolución emocional y cognitiva del sujeto.

La actitud del terapeuta aceptando las cuestiones éticas como parte de pleno derecho de la terapia, junto con una adecuada propuesta de modos de razonamiento sobre los dilemas morales del sujeto progresivamente más evolucionado, son, en mi opinión, las piedras angulares sobre las que descansa el éxito terapéutico cuando la situación se da como la hemos descrito aquí. Probablemente, una cuestión clave sea la habilidad en integrar estos instrumentos favorecedores del desarrollo moral con los planteamientos, modos y técnicas habituales del terapeuta. De hecho, se da la desaparición o mitigación de síntomas patológicos al desbloquear el conflicto moral, y, a su vez, estos conflictos están ligados a la personalidad y experiencias globales del sujeto, por lo que un afrontamiento integrado no sólo será útil sino, quizá, imprescindible.

Finalmente, quisiera volver sobre la cuestión de que la emergencia de dilemas morales en algunas ocasiones como centro del proceso terapéutico, toca un tema tradicionalmente delicado en el campo de la psicoterapia: la hipotética neutralidad del terapeuta. ¿Cuál es el grado de intervención idóneo, si es que lo hay, no sólo desde el punto de vista de la eficacia, sino también desde el punto de vista de lo que es ético y de lo que no lo es? Es innegable que los valores del terapeuta, o mejor, que la interacción entre los valores del terapeuta y los del paciente tiene un papel importante en el encuentro terapéutico (Pope, 1979; Rojí, 1986). Obviamente, hay que protegerse contra la manipulación para que un determinado valor o grupo de valores prevalezcan, pero eso no debe hacernos temer la propuesta de abrir la terapia cuestiones meta-éticas o a la posibilidad de ofrecer modos de razonamiento sobre temas éticos un paso más evolucionados que los que la persona presenta en un momento dado, y que no le permiten avanzar en la resolución de sus problemas.

Lo anterior lleva inevitablemente a la cuestión del nivel de razonamiento moral del propio terapeuta, en dos sentidos. El primero sería la necesidad del conocimiento del propio estadio desde el que se juzgan los asuntos morales y el incremento de la sensibilidad al reconocimiento y al trabajo sobre los temas

morales, así como su integración con otros elementos que conforman la personalidad desde un punto de vista global. El manejo razonablemente fluido de una teoría sobre el cambio en el pensamiento moral -aquí se ha manejado la de Kohlberg, pero no es la única- parece necesario.

El segundo sentido en el que la cuestión del nivel de razonamiento moral del terapeuta interesa es el que desemboca en las siguientes preguntas: ¿cuál es el estadio mínimo de razonamiento moral exigible a un terapeuta? ¿puede, por ejemplo, un terapeuta en un estadio 4 asumir la terapia de una persona en un estadio 4/5 cuando el tema de las cuestiones meta-éticas es relevante para la terapia? No parece posible, por un lado, concebir a un terapeuta que merezca tal nombre por debajo de ciertos niveles de razonamiento moral, aunque la historia de las aplicaciones de la tecnología psicoterapéutica nos muestre no pocos ejemplos de niveles morales ínfimos; y, por otro lado, parece claro que cuanto mayor distancia haya entre paciente y terapeuta a favor del primero más difícil le será a éste no ya ayudarle si no, para empezar, entenderle. En cualquier caso, son temas que, sin duda, merecen nuestra atención.

En el presente artículo se parte de la observación de la emergencia de dilemas morales como parte central de la terapia de algunas personas, para seguir indagando, por medio del estudio de casos, en la relación entre desarrollo del razonamiento moral y avance de la terapia.

Referencias bibliográficas

- BERNE, E. (1976). *Beyond games and scripts*. New York: Ballantine.
- CENCILLO, L. (1988). *La práctica de la psicoterapia*. Madrid: Marova.
- COOPER, D. (1974). *La gramática de la vida*. Barcelona: Planeta, 1978.
- DIAZ-AGUADO, M.J. (1989). El conflicto como motor del desarrollo moral. En I. Etxebarria, I. (Comp.). *Perspectivas acerca del cambio moral*. San Sebastián: Servicios Editoriales, Universidad del País Vasco.
- ERIKSON, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- HERSH, R., REIMER, J., y PAOLITO, D. (1979). *El crecimiento moral. De Piaget a Kohlberg*. Madrid: Narcea, 1984.
- KOHLBERG, L. (1969) Stages and sequence: the cognitive-developmental approach to socialization. En D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization. Theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- KOHLBERG, L. (1973). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development revisited. En P. Baltes & W. Schaie (Eds.), *Life-Span developmental Psychology*. New York-London: Academic Press.
- KOHLBERG, L. (1976). Moral stages and moralization: the cognitive developmental approach. En T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior*. New York: Holt.

- KOHLBERG, L., & KRAMER, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Human Development*, 12, 93-120.
- KOHLBERG, L., & HIGGINS, A. (1984). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. En L. Kohlberg, *Essays in moral development*. Vol.2. San Francisco: Harper & Row.
- LAINO, R. (1967). *La política de la experiencia*. Barcelona: Crítica, 1977.
- MARTORELL, J.L. (1988a). Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja. *Cuadernos de Terapia de Familia*, 5, 10-22.
- MARTORELL, J.L. (1988b). *Guiones para vivir*. Madrid: PPC.
- MARTORELL, J.L. (1989). Laing y la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27/28, 128-138.
- PIAGET, J. (1932). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Crítica, 1974.
- POPE, B. (1979). *The mental health interview. Research and application*. New York: Pergamon Press.
- PRIETO, J.L. (1989). *La utopía skinneriana*. Madrid: Mondadori.
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- ROJAS, M.B. (1986). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: Cuadernos de la UNED.
- SKINNER, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: A.A. Knoff Publishers.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.

HACIA UNA ETICA DE LA COMPLEJIDAD

Luigi Onnis

Dipartimento di Psichiatria, Università “La Sapienza” di Roma

The author deals with the problem of the psychotherapy ethics from the point of view of the epistemologies that guide psychotherapeutic acts. Considering the systemic epistemology evolution, which is also illustrated by a short clinical example, the author underlines that today it fosters the emerging of an “ethics of complexity”. This ethics, in psychotherapy field, promotes the increasing of the patient’s creativity and liberty and of his/her possibilities of choice; but also beyond the psychotherapy field, it fosters a culture of tolerance and of respect of differences.

La cuestión de la ética en psicoterapia tiene, desde luego, múltiples implicaciones. Puede referirse a la deontología profesional, es decir, al código de normas éticas que debe guiar al psicoterapeuta en su relación con el paciente, una relación extremadamente delicada por las implicaciones y las expectativas, las proyecciones y las atribuciones puestas en juego.

Pero hablar de ética en el campo de la psicoterapia, puede también significar, en términos más generales, discutir los conceptos y principios que orientan la actuación psicoterapéutica, situando la cuestión de la epistemología de referencia y valorando cómo, al variar esta última, puede también modificarse, aunque salvando la irrenunciable tutela del paciente, la ética de la psicoterapia.

En este artículo me plantearé el problema de la ética desde esta última acepción, con particular referencia a la orientación sistémica, que es la que me resulta más próxima, considerando las transformaciones epistemológicas que se han producido a través de su evolución en los últimos años.

LAS TRES REVOLUCIONES EPISTEMOLOGICAS

El pensamiento sistémico, en estos últimos decenios, se ha visto enfrentado a profundas renovaciones intelectuales, auténticas revoluciones epistemológicas, que han influido fuertemente y han transformado la terapia familiar, tanto en su aspecto teórico como práctico.

Me gustaría retomar los momentos de transición renovadora, que a mi juicio,

se pueden sintetizar en tres (Onnis, 1989; 1991), antes de intentar definir hacia qué objetivos se está dirigiendo hoy en día la terapia familiar.

Recuerdo todavía, como seguramente muchos de mis lectores recordarán, la emoción con que asistimos, hace ya algunos años, a las primeras sesiones de terapia familiar. A cuantos proveníamos de la terapia individual, nos parecía extraordinario observar con qué evidencia las modalidades interactivas de las familias influían sobre el comportamiento de los individuos: eran los llamados “efectos pragmáticos de la comunicación”. Y sin embargo, nos dimos cuenta casi de inmediato que en esta observación había algo de insatisfactorio: el sistema familiar se nos presentaba como inamovible, en una dimensión sin tiempo ni historia, cerrado sobre la rígida repetición de las secuencias interactivas redundantes, en las que incluso el comportamiento sintomático parecía retener la única función de mantener el *status quo*; incluso nosotros los terapeutas nos sentíamos inmovilizados en la posición igualmente rígida de observadores externos y neutrales.

Pero dos revoluciones epistemológicas, desarrolladas casi contemporáneamente, vinieron a librarnos de la prisión de la primera cibernética.

La primera revolución nació del encuentro entre pensamiento sistémico y paradigmas evolutivos, que reintrodujeron en el sistema la dimensión del flujo temporal y la importancia de la historia (y en consecuencia también del pasado) restituyendo al propio comportamiento sintomático el significado “evolutivo” de una oscura y sufrida exigencia de cambio.

La segunda revolución epistemológica nació del encuentro entre pensamiento sistémico y la “cibernética de segundo orden” (V. Foester, 1982) por un lado y, por otro, de las orientaciones constructivistas que sacuden al terapeuta de su inamovilidad de observador externo y neutral y lo reintroducen en el interior de la escena terapéutica. Esta escena no puede continuar siendo descrita simplemente por el terapeuta, porque él mismo, en cada momento, está participando en su construcción. Esta transición es particularmente importante porque el terapeuta se hace corresponsable del proceso terapéutico, de su evolución y de sus salidas hacia el cambio o hacia la cronificación. Es en este punto donde el terapeuta encuentra una nueva dimensión ética, porque es aquí donde el terapeuta, para usar una apropiada expresión de Von Foester (1991), pasa del imperativo “harás”, característico de los códigos morales, al imperativo “haré” propio de la postura ética.

Pero una vez que el terapeuta recupera el valor de “sujeto” con una nueva responsabilidad ética, aparecen otros sujetos en la escena sistémica, no más como comparsas, sino como actores: los individuos. Los individuos con sus vivencias emocionales, con sus motivaciones, sus experiencias y sus historias personales, no son sólo partes de la familia y de sus interacciones, sino que emergen en toda su irreductible singularidad.

Obsérvese, pues, cómo a través de estas dos revoluciones epistemológicas el pensamiento sistémico no sólo se enriquece, sino que se articula en la identificación

de una multiplicidad de niveles sistémicos: presente y pasado; aquí y ahora e historia familiar; individuo y sistema; observador y observado.

Pero aquí se presenta un problema ulterior: ¿cómo se organizan entre ellos estos niveles múltiples sistémicos, cuál es su relación recíproca?

Para intentar una respuesta, las dos revoluciones epistemológicas de que hemos hablado, exigían una tercera, que en algunos aspectos sería la consecuencia y la antítesis de las dos primeras, nace del encuentro entre pensamiento sistémico y óptica de la complejidad.

Pero ¿qué nos dice la óptica de la complejidad? Nos dice que los distintos niveles sistémicos no se hallan en oposición mutua, no se excluyen recíprocamente, según las clásicas dicotomías cartesianas, sino que son *complementarios* entre sí, en el sentido que uno remite al otro y no puede subsistir sin el otro: así el pasado remite al presente en cuanto continua vivo en el presente; el individuo remite al sistema familiar en una constante dialéctica entre identidad y pertenencia; el observador remite al observado en una relación de diálogo en la que construyen conjuntamente una nueva realidad.

Todos estos niveles sistémicos, por tanto, desde una perspectiva de la complejidad, se entrecruzan como los hilos de un tejido, de acuerdo con la bella metáfora de Morin (1977), a pesar de continuar manteniendo cada uno de ellos, la propia autonomía y especificidad.

¿Qué significa para la terapia familiar esta renovación epistemológica? Significa que la propia terapia familiar se transforma y se convierte ella misma en más compleja. Me gustaría utilizar un ejemplo clínico para esclarecer mejor estos conceptos.

LA HISTORIA DE HILARIA

Hilaria es una niña de 9 años, hija única de padres que rozan los 30 años, que llega a terapia familiar con un síntoma insólito: una alopecia total que le ocasiona una calvicie absoluta. Dos años antes perdió todos los cabellos y desde entonces ha sido visitada por muchos médicos y dermatólogos que han prescrito toda clase de curas sin ningún resultado eficaz.

A través de las informaciones que recogemos sobre su historia llegamos a conocimiento de que existe un fuerte lazo con la familia de origen de la madre, con la que vive la familia de Hilaria desde el principio del matrimonio. El padre, en cambio, abandonó precozmente a su familia, después de la separación de sus padres.

Nos enteramos igualmente de que la historia de esta familia se halla marcada por muchas enfermedades: la madre ha empezado a presentar crisis epilépticas, aunque esporádicas, inmediatamente después del nacimiento de Hilaria; el padre sufre una cardiopatía grave por la que debe ser hospitalizado frecuentemente; la última hospitalización se produjo después de una crisis cardíaca, originada a causa de haberse contagiado la varicela de su hija Hilaria. Fue en esta ocasión cuando

Hilaria empezó a perder de improviso todos sus cabellos.

Como puede verse en esta familia las relaciones parecen estructurarse alrededor de acontecimientos enfermizos, y la historia parece ir acompañada de angustias de muerte y pérdida. Y es ciertamente en este contexto donde el síntoma de Hilaria encuentra su ubicación. Pero la escena se ilumina de significados insospechados cuando le pedimos a Hilaria que haga la “escultura del futuro”, de acuerdo con el método que usamos frecuentemente en nuestro trabajo con familias (Onnis, 1994); al pedirle que nos represente a la familia tal como imagina que será dentro de diez años, Hilaria se coloca a sí misma sentada delante de una mesa, esperando que la madre le traiga de comer; está en el centro de la escena, en medio de los padres que, distanciados entre sí, se vuelven de espaldas. Y cuando el terapeuta le pregunta “¿será así dentro de 10 años?” Hilaria responde: “Será así. Todo igual, como ahora”.

La imagen que Hilaria presenta es la de un bebé “sin cabellos”, que espera ser alimentado por la mamá, única garantía, evidentemente, contra la amenaza de que la distancia entre los padres aumente, con todos los significados y temores de pérdida irreversible que la distancia representa para esta familia.

El intento de Hilaria de detener el tiempo y con ello cualquier posibilidad de crecimiento, resulta difícil. Es lo que decimos a la familia en la redefinición durante la sesión de clausura. La terapia ha tenido su efecto positivo e Hilaria ha recuperado sus cabellos.

Pero la pregunta que me gustaría suscitar ahora no se refiere a la terapia de Hilaria, sino a su síntoma. Podemos preguntarnos, en efecto: ¿qué representa la pérdida del cabello de Hilaria? ¿Una reacción biológica? ¿Una manifestación psico-emocional? o ¿un problema interpersonal en la esfera familiar?

Una pregunta planteada en estos términos es una pregunta mal formulada. Puesto que la pérdida de cabello de Hilaria obedece a todos estos tres niveles simultáneamente: es biológica, porque seguramente implica una reacción somática cutánea; es psicológica, porque seguramente el shock emocional de Hilaria, sus miedos interiorizados y no elaborados, sus dinámicas intrapsíquicas están en el origen de sus reacciones neurovegetativas; es sistémica porque expresa una disfunción relacional en la familia, sus fantasmas ocultos, sus mitos compartidos de unidad. Estos tres niveles, desde una perspectiva de la complejidad, no pueden contemplarse como antinómicos, sino que deben más bien considerarse relacionados en base a su complementariedad.

Está claro en la situación terapéutica de Hilaria que un presente inmóvil, que parece querer anular toda perspectiva de futuro se conecta con un pasado que continúa persistiendo en el presente; y cómo el sufrimiento individual de una dificultad de crecimiento se relaciona y se confronta con los vínculos de lealtad dictados por la pertenencia familiar.

Y el terapeuta, ¿qué lugar ocupa? El terapeuta en la complejidad de este proceso se halla constantemente implicado, porque las informaciones que recibe le

permiten introducir, a su vez, visiones de realidad alternativas respecto a las de la familia, de modo que el éxito del proceso es verdaderamente una “construcción entre dos” de una nueva realidad. Pero en relación con la complejidad se trata, desde luego, siempre de construcciones parciales, cuya utilidad y eficacia se ve limitada a sus finalidades: favorecer el cambio terapéutico, permitir a la familia encontrarse por fin, a sí misma, su propia vía original de transformación, utilizando sus propios recursos autoterapéuticos, convirtiéndose en artífice de su propia curación” (Bateson, 1979).

No se puede menos que compartir, desde esta óptica, la opinión de Von Foester (1991) que afirma que el imperativo ético para el terapeuta es aumentar la posibilidad de elección. En consecuencia, la función ética del terapeuta consiste en ampliar los espacios creativos de libertad.

HACIA UNA ETICA DE LA COMPLEJIDAD

Creo que esta apertura hacia la complejidad es el desarrollo actualmente más maduro del pensamiento sistémico, uno de los horizontes hacia el que tiende, con influencias importantes, como se ha visto, en el campo de la terapia familiar, aunque no exclusivamente en éste.

En primer lugar un pensamiento sistémico inspirado en la complejidad se opone en un sentido fuertemente crítico a todos los reduccionismos, empezando por el de la psiquiatría biológica en fuerte expansión, gracias al apoyo de la industria farmacológica, no porque el pensamiento sistémico desconozca la importancia de los componentes biológicos, y en ciertos casos la utilidad de los fármacos, sino porque se niega a pensar que el ser humano no es otra cosa que un conjunto de moléculas y de reacciones bioquímicas.

Pero al mismo tiempo, un pensamiento sistémico inspirado en la complejidad, toma distancia respecto a los modelos holísticos que pretenden ser omnicomprendidos y exhaustivos y en la presunción de explicarlo todo terminan por convertirse en dogmáticos, porque no admiten otras perspectivas o visiones de la realidad; modelos de totalidad que desembocan en la univocidad de los totalitarismos.

Si existe una palabra clave en la óptica de la complejidad es la “pluralidad”. Precisamente de la conciencia de que cualquier modelo de referencia es necesariamente limitado y parcial, surge la exigencia de una pluralidad de puntos de vista, entendidos también en sentido literal, de diversos ángulos de observación, puesto que sólo en la confrontación entre ellos puede nacer una mayor aproximación cognoscitiva de la realidad observada.

Me parece que el pensamiento sistémico inspirado en la complejidad retoma precisamente en este punto y desarrolla la gran lección de Bateson sobre la diferencia: “sólo las diferencias y el contraste entre diferencias son generadoras de información y conocimiento”. Las implicaciones de esta concepción que proviene de la óptica de la complejidad son, a mi entender, de gran importancia. En el campo

de la psicoterapia favorece la caída de los dogmatismos de escuela y estimula una confrontación fecunda entre orientaciones psicoterapéuticas diversas.

En el campo más amplio de lo social promueve una cultura del respeto y de la tolerancia, de la que tenemos particular necesidad ante fenómenos de renaciente racismo, de discriminación de las minorías, de violencia sobre mujeres y niños, de rechazo de la diversidad, que caracterizan de forma tan dramática nuestra sociedad actual.

En este sentido creo que un pensamiento sistémico inspirado en la complejidad puede ejercer hoy en día una función que va más allá del campo terapéutico y que desarrolla más allá de estos límites una función ética. Una función de ética y libertad.

El autor se plantea el problema de la ética en psicoterapia desde el punto de vista de la epistemología que guía la actuación psicoterapéutica. Considerando la evolución de la epistemología sistémica, que se ilustra con un breve ejemplo clínico, subraya la emergencia actual de una ética de la complejidad. Esta ética en el campo psicoterapéutico promueve el aumento de los espacios de libertad del paciente y de sus posibilidades de elección, pero, incluso más allá de este campo, favorece una cultura de la tolerancia y del respeto hacia la diferencia.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Nota editorial:

Este artículo es una versión reelaborada de la ponencia presentada por el autor en el Congreso Internacional “Ethics and Liberty” organizado por la European Family Therapy Association (EFTA) en Atenas (abril 1994) y ha sido publicado con el título “Verso un’etica della complessità” en *Psicobiiettivo*, 1994, 3, pp. 59-64. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
BATESON, G. (1979). *Mind and nature*. New York: Dutton.
MORIN, E. (1977). *La methode I: la nature de la nature*. Paris: Le Seuil.

- ONNIS, L. (1989). Psicoterapia sistemica, epistemologia e complessità. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 23 (3), 23-42.
- ONNIS, L. (1991). Le renouvellement epistemologique de la therapie systemique. *Therapie Familiare*, 12 (2), 99-109.
- ONNIS, L., et al. (1994). Sculpting present and future: a systemic intervention model with psychosomatic families. *Family Process* (in press).
- VON FOESTER, H. (1982). *Observing systems*. Intersystems Publ., Seaside, Ca.
- VON FOESTER, H. (1991). Ethique et cybernetique de second ordre. In Y. Rey e B. Prieur (Eds.), *Systems, ethique, perspectives en therapie familiale*. Paris: E.S.F.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

LOS DILEMAS ETICOS DE LA PRACTICA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA

Dr. Omar França Tarragó
Universidad Católica del Uruguay

In this article the autor considers differen moral dilemmas which arise through the everyday practice of psychiatry and psychotherapy. The way to face these situations demands the development of a deontologic awareness on the part of the professional.

La Psicoética es una temática de interés creciente en numerosos países. En una investigación hecha hace 13 años en los Estados Unidos de América (Tymchuk, 1982), se encontró que el 37% de los psicólogos graduados ya habían tenido cursos de ética profesional como parte de su formación psicológica. Simultáneamente, se comprobó que alrededor del 60% de los psicólogos de aquél país consideraba que no tenía -entonces- suficiente formación en Psicoética, de acuerdo con lo que necesitaba (Corey 1984,3) y casi un 90% estimaba necesario que se incorporara a la formación de los estudiantes de psicología cursos sistemáticos de Ética de la práctica psicológica.

En el momento presente se percibe, pues, una clara distinción entre el nivel técnico y el nivel ético en toda práctica profesional y, en concreto, en la práctica de la salud mental: “Es un error argumentar que las interrogantes éticas pueden ser evitadas por una correcta técnica; de la misma manera que es un error confundir lo que es básicamente un asunto de transferencia, con los asuntos éticos”, afirman categóricamente los psicoanalistas británicos Holmes y Lindley (1989).

Los dilemas éticos que suscita la práctica del psicólogo y del psiquiatra no son nuevos. Pero lo que sí es reciente, es que se esté incluyendo la formación psicoética sistemática en los curricula normales de las facultades o departamentos de psicología y psiquiatría de las universidades de los países de América del Norte y de Iberoamérica. En los Estados Unidos de América hace ya más de 15 años que la American Psychological Association (APA, 1978) estableció en sus “Criteria for Accreditation of Doctoral Training Programs and Internships in Professional Psychology” que se formaran “en los patrones científicos y en ética profesional a

todos los estudiantes de los programas de doctorado en Psicología”. Ya son numerosos los libros de textos de Psicoética que se han publicado como material de estudio y reflexión para los estudiantes de pregrado en psicología, al menos, en los Estados Unidos. Los *Psychological Abstract*, de la *American Psychological Association* -quizá la bibliografía más importante del mundo en cuanto a psicología se refiere- tiene una entrada especial para la Ética Psicológica o Psicoética. Son cada vez más las revistas especializadas de psicología y psiquiatría -del ámbito anglosajón- que publican artículos sobre el tema; de la misma manera que las revistas científicas de la medicina lo hacen con temáticas bioéticas. En contraste con esta creciente preocupación por la Psicoética, en los Estados Unidos de América son cada vez más los “ex-pacientes” que demandan judicialmente a los psicólogos y psiquiatras por causa de su mala práctica en la salud mental (Lakin, 1989).

La gran preocupación de la Psicoética es clarificar -de una forma sistemática y metódica- cuales son las ocasiones concretas de la práctica psicológica y psiquiátrica en la que se ponen en juego dilemas o valores éticos. Por otro lado busca pasar del “diagnóstico” al “tratamiento” y llegar a formular, de forma interactiva y consensuada, aquellos procedimientos adecuados para la correcta resolución de esos puntos conflictivos.

A exponer cuales son las principales asuntos que aborda la Psicoética, -como parte de un gran e importante capítulo de la Bioética y de la Ética Profesional en general- se dirige el contenido del presente artículo. Sin embargo, tenga en cuenta el lector que en este caso abordaremos fundamentalmente los problemas éticos de la práctica clínica. No ignoramos que el profesional de la psicología también desarrolla su labor en organizaciones de diverso tipo (educacionales, empresariales, policiales, etc.) que también suscitan una serie de problemas éticos. Pero no podemos ocuparnos de ellos en esta ocasión.

Como una pretensión colateral a la anterior nos mueve también el deseo de promover en el seno de la profesión la preocupación permanente de que los temas Psicoéticos se integren como algo “normal” en la discusión, tanto en los Congresos de Psicología como en la enseñanza universitaria psicológica.

DILEMAS PSICOETICOS COMUNES A LA PRACTICA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA.

Sin pretender ser exhaustivos, podríamos agrupar los principales problemas psico-éticos que se presentan en ambas profesiones, en los siguientes rubros:

1.- La implicación ética de la estructuración “técnica” de la relación

1.1.- El dogmatismo escolástico. Nos referimos a la actitud del psicólogo o psiquiatra que da por supuesto que su propia orientación o escuela psicológica es la capaz de responder óptimamente a todos los problemas planteados por los pacientes. Con ese presupuesto “dogmático”, el profesional de la salud mental puede encajonar a los pacientes por un carril determinado, sin ser capaz de derivarlos a profesionales que,

por su propia orientación psicoterapéutica, podrían estar en mejores condiciones de ayudar al problema particular que presenta el paciente. Esto tiene que ver directamente con los problemas éticos de capacitación teórica y práctica, recibidos en las Escuelas universitarias respectivas, tanto el psicólogo como el psiquiatra.

1.2.- La actitud de imprudencia temeraria, es la del psicólogo o psiquiatra que acepta tratar a un paciente utilizando procedimientos o dinámicas terapéuticas que él no está capacitado para emplear. Pensemos el caso del psicólogo que ha practicado durante 10 años psicoterapia individual de tipo psicodinámica con clientes adultos y que, luego de un curso intensivo de fin de semana en Terapia de Parejas empieza a practicar este tipo de técnica terapéutica con algunos de sus clientes, mientras lee material bibliográfico al respecto. Presionados algunas veces por intereses económicos o de prestigio personal ciertos profesionales se exceden de los niveles de competencia personal, con el consiguiente riesgo de perjudicar al paciente. Esto tiene relación con la responsabilidad de la sociedad -a través de su sistema legal y control ético-social- de establecer las exigencias mínimas necesarias para asegurar efectivamente la capacitación permanente del profesional, una vez que éste adquiere el título que lo habilita para ejercer como tal en la sociedad.

Si el “dogmatismo escolástico” tiene que ver con la orientación teórica básica recibida por el profesional, la “imprudencia temeraria” se relaciona más con una actitud permanente y subjetiva del propio profesional cuando enfoca su práctica concreta. Pero tanto respecto a uno como a otro problema, la sociedad -ya sea a través de los organismos oficiales o de las organizaciones de profesionales- debe estar permanentemente alerta para evitar los problemas éticos que se pueden derivar de una u otra actitud, en perjuicio del bien-estar mental de los ciudadanos.

2.1.- Aspectos éticos de la estructuración “ética” de la relación

2.2.- El imperativo de la veracidad. Se trata -sin lugar a dudas- de uno de los presupuestos éticos esenciales y básicos de toda “correcta” relación entre un profesional de la salud mental y una persona. Sin embargo, hay ciertos procedimientos terapéuticos que recurren al engaño para alcanzar determinados propósitos en el paciente (por ej., ciertas técnicas que se usan en algunas escuelas de Terapia Familiar). Se amparan para justificarlos éticamente en el hecho de que si se le dice al individuo el objetivo de una determinada técnica imprescindible para el cambio terapéutico, se invalida su eficacia. Sin embargo, la introducción de la “falsedad” como algo “posible” en la relación profesional abre un importante interrogante con respecto a cuáles son los límites máximos aceptables éticamente. La dinámica de que el fin terapéutico justifica, de por sí, determinados medios -en este caso, la mentira- podría ser muy peligroso. No queremos cuestionar radicalmente los procedimientos “engañosos”, pero consideramos que tienen que estar específicamente justificados desde el punto de vista ético a través de ese proceso -tan imprescindible- que es la confrontación con los colegas; aunque ése no tiene por qué ser el único modo de control ético aceptable.

2.3.- El consentimiento informado. ¿Debe el psicólogo o psiquiatra solicitar el consentimiento válido cuando inicia una terapia de tipo psicológico o psiquiátrico? ¿En qué consiste? ¿Cuales son sus condiciones?. ¿Cual es el mínimo necesario que se debe exigir para hacerlo? Si hemos afirmado antes el imperativo ético de que toda relación psicológica o psiquiátrica debe estar basada radicalmente en la verdad es porque consideramos un derecho del paciente el decidir válidamente sobre lo que a él le compete sin perjudicar a otros. La forma como una persona es informada con respecto a las posibilidades, expectativas y molestias que puede acarrearle el hecho de iniciar una relación psicológica determinada, es esencial desde el punto de vista ético. Esto se debe a que en psicología y psiquiatría, a diferencia de las demás relaciones profesionales, la capacidad de un individuo para decidir válidamente sobre sí mismo puede estar ausente o muy limitada. A su vez, la recuperación de la capacidad de decisión es algo progresivo y dinámico que no aparece de un momento a otro sino como consecuencia del mismo proceso terapéutico. De ahí que el imperativo ético de lograr el consentimiento sea siempre un deber “prima facie”, es decir, “en principio”, siempre y cuando el individuo esté en condiciones de hacerlo. Este horizonte debe estar siempre presente en la relación y el profesional debe estar constantemente atento a no prolongar un paternalismo que dé por supuesto una incapacidad permanente de decisión, que ya ha dejado de ser tal a lo largo del proceso terapéutico.

Podría objetarse que un porcentaje significativo de personas consultantes no tienen la capacidad de decisión válida, precisamente por su problemática psicológica o psiquiátrica. Incluso, muchos enfermos mentales nunca tendrán ya esa capacidad para la decisión informada. La solución para estas circunstancias no es pensar que el profesional no debe buscar el consentimiento válido de la persona implicada en la relación, sino que el Consentimiento debe ser dado por la familia o el representante legal del paciente. Es lo que se ha dado en llamar el Consentimiento Válido Sustituto. Pero en todo caso, este derecho a tomar la decisión sigue siendo uno de los imperativos más básicos de la Psicoética.

2.4.- La confidencialidad o secreto profesional. Aunque es un tema muy obvio, no siempre es cumplido de la misma manera que se entiende su imperativo ética. La revelación de datos que pertenecen al paciente, sin su autorización, puede hacerse de forma accidental o intencional. Es importante que el paciente sepa que sus datos serán confrontados con el supervisor terapéutico -en caso de que sea necesario- y por eso, al empezar la relación, deberá dar su consentimiento en ese sentido. Pero aparte de esta necesidad de tipo “técnica” la confidencialidad de los datos del paciente no siempre es custodiada como debería hacerse. Los comentarios que se hacen a colegas -sin un propósito que tenga directo beneficio en la terapia de un determinado cliente-, sólo es una de las tantas maneras en que el derecho a la confidencialidad es vulnerado. En otros casos, la obligación ética es la contraria: el profesional debe revelar los datos confidenciales del paciente, aún a costa de la

ruptura de la relación profesional. Pensemos en las personas con severas depresiones, que amenazan con suicidarse pero no quieren avisar a su pareja o familia, ni recurrir al psiquiatra; o en los sujetos paranoicos que corren riesgo inminente de pasar a la acción y llevar a cabo una agresión a un tercero inocente. En ambos casos el profesional debe romper el imperativo ético de preservar la confidencialidad porque cede la norma ética ante el Principio Fundamental: el deber de no perjudicar el bien premoral básico: la vida; sobre todo si es la del tercero inocente.

3.- Las consecuencias éticamente problemáticas de la relación

3.1- El riesgo de manipulación. El límite justificable entre el continuo de “respeto > orientación > persuasión > orientación” y “dirección > sugestión > coacción > imposición”, no siempre es claro; especialmente para algunas técnicas psicoterapéuticas. El riesgo de manipulación del paciente está en el centro del problema ético de la práctica psicológica y psiquiátrica. Entre las distintas posibilidades de llevar a cabo esta conducta no ética, destacamos las siguientes:

3.1.a. La imposición de valores personales. Va desde la actitud del psicoterapeuta centrado en sí mismo de tal manera que se hace incapaz de velar por el verdadero interés de su paciente, hasta la búsqueda más o menos consciente de influir en el mundo de valores y filosofía de vida de la persona. En ese sentido es destacable que la metodología empleada por algunas psicoterapias ofrece particulares riesgos de vulnerar la libertad de las personas si el psicólogo no se preocupa de estar “alerta” ante esa posibilidad. La imposición de valores puede tener que ver con los roles y estereotipos sexuales en la pareja, con el ideal de familia, con los valores políticos, religiosos, laborales, o étnicos. Quisiéramos destacar, en particular, la imposición de valores relacionados con el aspecto religioso de la vida. Esto se puede dar -por ejemplo- cuando el profesional (que se confiesa ateo) atiende un paciente (considerado creyente) que consulta por una problemática de tipo religioso. También podría darse en los casos en los que, en nombre de una religión supuestamente “sana” se quiere “liberar” a un individuo determinado de su pertenencia a una “secta”. En ese sentido se han descubierto acciones organizadas de “lavado de cerebro” y se han denunciado intervenciones de profesionales de la psicología con esos objetivos.

3.1.b La explotación económica. Puede darse cuando la relación psicológica o psiquiátrica se continúa sin beneficio claro para el paciente, sólo por interés pecuniario del profesional. En otras ocasiones el resistirse a romper la relación no se debe al interés económico sino a los dinamismos psicoafectivos del psicólogo o psiquiatra que se niega a aceptar que el paciente ya no necesite de él.

3.1.c Relaciones extraterapéuticas. Es el tema de si la relación humana entre el psicólogo o psiquiatra y la persona, fuera del contexto terapéutico, es conveniente o inadecuada. El asunto tiene un amplio espectro y va, desde los contactos triviales del profesional que se encuentra compartiendo con su paciente un mismo ámbito social, hasta la relación erótica genital. Mucho se ha escrito sobre el punto pero sigue siendo un tema que suscita muchos interrogantes éticos. Dentro del mismo rubro de

problemas podemos situar el referido al grado de intimidad que un terapeuta puede compartir con su paciente. Algunas escuelas o corrientes psicológicas y psiquiátricas son decididamente contrarias a que la relación terapéutica sea bilateral y que el profesional comparta asuntos de su propia intimidad con su paciente. En cambio, otras corrientes son favorables y lo consideran un ingrediente necesario para el proceso terapéutico. Es un tema abierto y complejo que suscita muchos interrogantes éticos que merecerían ser abordados de forma más sistemática.

3.2.- Asuntos éticos relacionados con determinados grupos humanos. Es un problema que recorre horizontalmente toda la práctica psicológica y psiquiátrica, pero al que sólo vamos a aludir sin entrar en él. Nos referimos a la atención psicológica o psiquiátrica a niños, adolescentes, ancianos y enfermos mentales crónicos. En relación con todos estos pacientes, hay terceros implicados que son los padres (en el caso de los niños, adolescentes y enfermos mentales crónicos) y los hijos (en el caso de ancianos). ¿Debe el psicólogo o psiquiatra ser fiel al adolescente o a sus padres, al anciano o a sus hijos?. ¿Cuando dar por hecho que tiene que haber autonomía completa de parte de un paciente dado, (por ej. un adolescente de 14 años) respecto a los terceros presumiblemente involucrados con su vida? Por otra parte, pensemos si el ejemplo que nos proporciona el siguiente caso, no sucede con cierta frecuencia en la práctica profesional: “GG completó su programa de formación en psicología clínica pero hizo toda su práctica en el campo del tratamiento con adultos. A pesar de que no ha tomado cursos en desarrollo y psicología infantil, ahora quiere trabajar con niños y ha empezado a incluirlos como clientes. Para eso se ha provisto de varios manuales de psicología evolutiva y terapia infantil” (Keith-Spiegel, 1985).

3.3. Aspectos éticos relacionados con la investigación en psicología y psiquiatría. La experimentación clínica es un viejo asunto en la historia de la medicina; pero aquí nos referimos a la investigación del psiquismo humano. Tratándose de ensayos clínicos con psicofármacos, existen legislaciones que regulan óptimamente los diversos problemas éticos implicados en ella. Sin embargo, la ética de la investigación propiamente psicológica con seres humanos merece una ponderación exhaustiva que todavía está por hacer. Evidentemente, la coacción sobre la libertad de los sujetos de investigación puede darse desde situaciones “banales” hasta las que son éticamente escandalosas. Un ejemplo de coacción -que no me animo a calificar si sería banal o no- es el del profesor de psicología que invita a sus alumnos a participar “libremente” en un cuestionario de investigación, pero al ver que una alumna se retira -porque no quiere contestar- dice en voz alta y con intención de resultar humorista: “bueno, espero que el resto de ustedes quiera ayudarme”

3.4. Aspectos éticos relacionados con la psiquiatría y psicología forense (o jurídica). Tanto el psicólogo como psiquiatra tienen un gran poder de estigmatización legal de los ciudadanos. Un peritaje hecho por un profesional de la salud mental puede marcar la diferencia entre alguien que vaya a la cárcel y quien sea internado -de por vida- en un hospital psiquiátrico. La palabra de “perito” del profesional de

la salud mental puede hacer que un juez decida dar la tutoría de un hijo -de pareja divorciada- al padre, en lugar de dárselo a su madre, o viceversa. Pensemos en un caso como éste: “Un psicólogo (CC) estaba tratando a una mujer (MA) que tenía muchos y graves desajustes psicológicos y estaba en trámite de divorcio. Después que trabajó con ella durante 6 meses, el abogado de ésta le preguntó si tenía inconveniente en testificar ante el juez -como parte de los procesos legales del divorcio- que MA era una buena y cariñosa madre que estaba en condiciones de mantener la custodia de su hijo de 7 años. CC estuvo de acuerdo y así lo hizo”. Como puede suponerse, de casos análogos a este, los riesgos de perjudicar que tiene todo psicólogo cuando actúa como perito, son muy notables.

ALGUNOS PROBLEMAS ÉTICOS PROPIOS DEL PSIQUIATRA.

Dado que este artículo va destinado fundamentalmente a psicólogos sólo mencionaremos, al pasar, tres problemas éticos propios de la práctica psiquiátrica:

1. La adecuada información sobre los trastornos secundarios de la psicofarmacología. Descartando las situaciones en que haya una emergencia psiquiátrica es de decisiva importancia ética la información que se pueda dar a los pacientes respecto a ciertos fenómenos secundarios: el síndrome parkinsoniano, la acatisia, la toxicidad conductual y las distonías. Y entre éstas, la más preocupante de todas es la discinesia tardía irreversible. Si bien hay cuadros psiquiátricos cuyos síntomas son infinitamente más molestos que estos trastornos secundarios que acabamos de mencionar, hay casos en que la sintomatología de los pacientes es leve y que una medicación psicofarmacológica merecería un sopesamiento pormenorizado y personalizado que, si no se hace, podría tener consecuencias catastróficas sobre el futuro bienestar mental y social de las personas. Pacientes cuyas actividades consistan en pintar o maniobrar con movimientos finos de los miembros podrían quedar definitivamente imposibilitados si, ante un cuadro psiquiátrico, se les aplica la psicofarmacología sin pensar en otras alternativas terapéuticas.

2. Lo mismo podría decirse respecto a las otras dos grandes terapias orgánicas que pueden ser usadas en psiquiatría: la electroconvulsiva y la psicoquirúrgica. En ambos casos debería informarse -si no al paciente, a su representante legal- sobre los siguientes puntos: 1) Razones de por qué, en ese determinado paciente, está indicada alguna de estas terapias; 2) Posibles riesgos de su aplicación a corto, mediano y largo plazo; 3) Posibles riesgos de perjuicios de su no aplicación en condiciones óptimas, a corto, mediano y largo plazo; 4) Descripción de la técnica de aplicación en condiciones óptimas; y de la técnica tal como se aplica en el lugar concreto.

3. Problemas éticos relacionados con la internamiento del enfermo mental crónico. Aquí se dan una serie de dilemas que van, desde la misma decisión de internar compulsivamente al paciente, hasta la forma de trato que se le dé dentro de una institución de internamiento permanente. En particular destacamos: a) Los

problemas éticos relacionados con la elección de las diversas alternativas que existen para la continuidad asistencial del enfermo mental crónico; b). Los problemas relacionados con la internamiento institucional crónico.

ASPECTOS ÉTICOS MÁS PROPIOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA

1.- ¿Eficacia comprobada de algunas psicoterapias? El primer problema ético que se podría suscitar con la práctica de algunas psicoterapias es con respecto a su real eficacia y a si compensa la disposición de tiempo, esfuerzo y dinero que implica su empleo. Pero hoy en día la efectividad -en general- de las psicoterapias, (no me refiero a ninguna en particular), parece estar bien establecida (Holmes y Lindey, 1989). El célebre trabajo de meta-análisis de Smith & Glass (1980) en el que se muestra que el promedio de eficacia del conjunto de las psicoterapias es, al menos, de un 70% (contra un 30% de los pacientes que mejoran espontáneamente), parece ponerlo rotundamente en evidencia. Esto no quiere decir que no haya que hacer un seguimiento permanente del grado de eficacia que pueda tener cada una de las terapias psicológicas tomadas individualmente. Siendo un problema muy difícil de resolver de ninguna manera es neutro desde el punto de vista ético.

2.- ¿Qué metas y objetivos se proponen algunas psicoterapias?. Es obvio que no cualquier meta u objetivo buscado por un paciente es aceptable éticamente y digno de respetarse por parte del psicoterapeuta. Sin duda, a ningún psicólogo se le ocurriría que la meta de vencer la inhibición a matar al cónyuge, fuese aceptable éticamente. Ojalá nadie dudara que es ilícito ayudar a un torturador que consulta para que el psicólogo le ayude a sobrellevar la “angustia” que le genera el tener que “interrogar vigorosamente” a sus internados o a matar mejor a sus enemigos. Pero, independientemente de que pueda decirse que esos casos “jamás se presentan en la realidad”(¿;?), son ejemplos que nos sirven para llamar la atención sobre el hecho de que no toda meta u objetivo terapéutico planteado por un paciente o un psicólogo, es de por sí justificable para una ética racional cuyos valores éticos básicos estén basados en la Declaración de los Derechos Humanos. Algunos dirían sin dudar, que el único objetivo que justifica la existencia de la psicoterapia es el intento de que el paciente recupere su autonomía de opción. Pero es evidente que este objetivo terapéutico ya es, de por sí, una toma de postura ética de larga tradición en filosofía. Cuando los psicólogos o psiquiatras enfocan todo su esfuerzo con el fin de que el individuo se vuelva responsable de él mismo y se haga cargo de que es el juez de su propio yo, están haciendo de la terapia una “ética aplicada”. Y aunque pensemos que dicha meta “técnica” sea la única “admisible” es innegable que se trata de una opción ética admitida normalmente como “correcta” por la profesión. En consecuencia, todas las psicoterapias -en un sentido o en otro- tienen una ética que -de hecho- se aplica, son “fundamentalmente métodos de implementación de una ética u otra” (Breggin, 1975).

3. ¿La concepción de “lo sano” es neutra éticamente?. La psicología es una

ciencia que no es neutra desde el punto de vista antropológico. Las diversas ocasiones en las que el psicólogo toma postura frente a lo que es “normal” o “anormal”, “sano” o “enfermo”, implican concepciones no meramente “científicas” de lo que “es” el “ser humano” para llevar -implícitamente- un “deber ser”, con claras implicaciones de tipo ético. En ese sentido es que Breggin piensa que “toda forma de terapia implica una visión utópica del ser humano y sus relaciones con la sociedad y el estado”.

Sin embargo, no todas las escuelas de psicoterapias o psicoterapeutas coinciden en lo anterior ya que se preguntan: ¿existe la libertad o la autonomía, o son apenas “fantasías”?; ¿es posible y realista buscar que un individuo recupere su autonomía para decidir su propio mundo de valores o lo único que se debería pretender es facilitarle la adaptación sintónica a aquellos determinismos que él reconoce como propios?.

Tanto si se considera imposible la autonomía del paciente, como si se considera ésta el único objetivo posible de una psicoterapia, es indudable que, en un caso o en otro, nos estamos introduciendo en el terreno ético y tomando posturas que van mucho más allá de lo meramente “científico” y “técnico”.

4.- ¿Cuándo una praxis psicológica se vuelve “mala práctica”? La inmensa mayoría de los psicólogos son profesionales competentes, responsables e implicados con la tarea de ayudar al paciente a que encuentre su propio camino de vida, libre de toda traba psicoemocional. Sin embargo, las psicoterapias pueden ser usadas de forma perjudicial para los pacientes. Numerosos autores lo han señalado repetidamente (Mays, 1985). La mala praxis no es rara en la práctica profesional. Pero con frecuencia creemos que son los miembros de otras profesiones los que hacen las cosas incorrectas mientras escuchamos de los colegas, las cosas positivas que hacen y sus éxitos terapéuticos en beneficio de sus pacientes. Por el contrario, sobre los errores hay una especie de “velo de silencio”. La incompetencia, sin embargo, no es extraña; y quienes sufren las consecuencias suelen ser los pacientes que consultan desde su desconsuelo, su conflicto, o su desconcierto.

5.- ¿Un narcisismo éticamente irresponsable?. En todas las sociedades hay una minoría de psicólogos que no se sienten implicados por atenerse fielmente a los mínimos éticos comunes requeridos por los códigos de ética de los Colegios respectivos. Estos profesionales (a los que llamaremos psicólogos-B) se sienten comprometidos fundamentalmente con sus propios intereses. Un sentido de lealtad profesional mal entendida podría llevarnos a pensar que las conductas éticamente irresponsables de los Psicólogos B se arreglarán por sí solas “según las leyes del mercado”. Se supone que los pacientes, luego de haber sido perjudicados una y otra vez por los “psicólogos B”, recurrirán a los profesionales “A” mientras que los malos profesionales se quedarán sin clientes. Pero hay varios motivos para pensar que esto no será necesariamente así. En primer lugar porque los psicólogos “B” seguirán perjudicando individualmente a los pacientes que ingenuamente recurran

a ellos; y seguirán consiguiendo pacientes sin que nadie se los derive. Pero, en segundo lugar, sucede que la impericia, negligencia o conductas éticamente improcedentes, son notorias sólo en un muy bajo porcentaje de casos: aquellos más graves. En la mayoría de las ocasiones, las conductas éticamente cuestionables de los B-psicólogos no pueden ser conocidas por los demás colegas porque:

1) El-la psicólogo/a B no se supervisa y, por tanto, ni siquiera un A-psicólogo podría darse cuenta de su forma de proceder.

2) Los B-psicólogos nunca toman apuntes de sus propias entrevistas ni registran magnetofónicamente lo que hablan con el paciente; de manera que, ni el paciente ni ningún otro colega, podría saber -a posteriori- cómo han sido sus intervenciones en caso de querer evaluarlas.

3) Si el paciente protesta porque no progresa, los psicólogos B explican ese hecho atribuyéndolo a la “resistencia” del paciente; o los acusan de que no se esfuerzan suficientemente; o de que su ambiente está incidiendo de tal manera que invalida lo que él intenta hacer como psicoterapeuta.

4) el-la psicólogo-a B atiende a sus pacientes a lo largo de un período de tiempo prolongado, de forma tal, que siempre es posible afirmar que la persona está en “un proceso de mejoramiento”; y que los “aparentes” deterioros no son más que “parte ineludible del proceso de recuperación”. El paciente encuentra entonces, una explicación coherente y los demás colegas, en caso de conocer al paciente, también encuentran lógica esa explicación del psicólogo B.

5) El psicólogo B crea una “dependencia” afectiva con el paciente, de manera que éste nunca llega a ser consciente de un posible estancamiento del proceso terapéutico ya que se siente cómodo y gratificado en la relación entablada.

6) Los psicólogos B insisten en que el cliente ya ha cambiado, pero que todavía no es suficientemente lúcido como para darse cuenta de ello y, por eso, manifiesta insatisfacción con la relación terapéutica.

6.- El psicólogo que no trabaja en la clínica individual. El poco espacio que dedicaremos a este rubro de problemas éticos no es -ni mucho menos- indicio de la importancia actual que esta área de trabajo del psicólogo tiene ya en las alternativas profesionales (y que continuará adquiriendo en el futuro). Las instituciones educativas, las empresariales o laborales y otras de muy diverso orden (como los ámbitos militares, de inteligencia policial, del tráfico, y un largo etcétera) son algunos de los “nuevos” sectores laborales donde el profesional del hecho psíquico actúa y “da orientaciones”. La conducta profesional que pueda tener un psicólogo en relación con los niños y adolescentes de los centros educativos, los trabajadores de una empresa, o los miembros de un ejército está, sin lugar a dudas, preñado de dilemas éticos de gran importancia.

7.- ¿Qué demandas judiciales se avizoran en el horizonte? Pese a que, como acabamos de decir, no es fácil que la malapraxis “menuda” -aquella que es disimulada cotidianamente por los psicólogos B-, salga a la luz, se ha pronosticado

(Lakin 1988) -teniendo en cuenta la experiencia de la American Psychological Association- que las demandas legales que en el futuro se hagan contra los psicólogos serán motivadas, fundamentalmente, por las siguientes causas:

1) Por engaño o porque el paciente considera que no fue suficientemente informado de las posibles consecuencias de la aplicación de una psicoterapia, antes de dar su consentimiento al inicio a la relación.

2) Por negligencia: a. en la aplicación correcta de las psicoterapias de clínica individual y grupal; b. al no haber recomendado el empleo de determinados tratamientos de corta duración (o por no derivar al paciente al psicólogo correspondiente) en los casos de que dichos tratamientos fuesen los indicados para la problemática concreta del paciente afectado;

3) Por impericia: a. al haber empleado tratamientos psicológicos ordinarios, pero de manera ineficaz; b. al haber aplicado mal determinadas técnicas específicas (como el biofeedback, terapias de grupos, terapias familiares, etc) que hayan tenido como consecuencia que los pacientes experimenten complicaciones emocionales no previamente informadas; c. al haber aplicado procedimientos supuestamente perjudiciales cuando se trataba de niños o incompetentes

4) Por imprudencia temeraria al no haber derivado a los pacientes depresivos al psiquiatra y haberlos tratado sólo con psicoterapias verbales.

5) por manipulación o explotación: a) a causa de “influencias indebidas” llevadas a cabo por los psicólogos que han atendido, por ejemplo, a ancianos; b) a causa de explotación económica, como podría ser el caso del paciente que ha sido inducido a participar de ciertas metodologías terapéuticas, y luego se comprueba que éstas no eran las indicadas para su necesidad específica sino motivadas por los intereses económicos del psicólogo. c) a causa de manipulación sexual.

COMENTARIOS FINALES.

Hemos pretendido mostrar un panorama de cuales son los principales dilemas problemas e incertidumbres éticas que surgen en la práctica psicológica y psiquiátrica. A la luz de los valores y principios éticos, hemos intentado observar e interrogar esos dilemas de la práctica de una forma metódica y sistemática. La Psicoética, -que indudablemente es una disciplina interdisciplinar con un pie sobre lo empírico y otro sobre lo teórico- intenta, primero que nada, clarificar los dilemas éticos de la práctica concreta y, luego, trata de encontrar a través del diálogo interdisciplinar entre la psicología y la ética, posibles vías o criterios operativos que construyan una relación psicológica “correcta” y “justa” con las personas que acuden a los servicios de los profesionales. El valor ético por excelencia para la Psicoética es dignificar a la persona humana. Esto significa intentar garantizar que toda práctica psicológica y psiquiátrica tome al individuo siempre como fin y nunca como medio. Por consiguiente, implica la búsqueda -con los medios técnicos que disponen los profesionales de la salud mental- del perfeccionamiento de las notas

de excelencia de toda Persona: la conciencia, la libertad y la comunitariedad (o capacidad de convivir con los demás). Para esta búsqueda, la psicoética utiliza - como método- a la razón ética intercomunicativa o deliberativa, que en un proceso dialéctico y pluralista, vaya encontrando interdisciplinariamente los consensos mínimos para la práctica profesional. En otras palabras: implica la indagación de aquellos criterios éticos que permitan concretar los “Valores éticos fundamentales” -que todos conocemos como “Declaración Universal de los Derechos del Hombre”- en un ámbito específico de actividad profesional: la psicológica y psiquiátrica.

En este artículo el autor considera distintos dilemas morales que se plantean en la práctica habitual de la psiquiatría y de la psicoterapia. La manera de hacer frente a estas situaciones exige el desarrollo de una conciencia deontológica en el ámbito de la profesión.

NOTA EDITORIAL

El presente artículo es una reelaboración de la Conferencia pronunciada en las Jornadas de Psicoética organizadas por el Hospital Psiquiátrico de Cienpозuelos (Madrid) y la Cátedra de Bioética de la Universidad P.Comillas (Madrid) el 18 de mayo de 1995

Referencias bibliográficas

- APA Council of Representatives. (1978). *Criteria for accreditation of doctoral training programs and internship in professional psychology*, Washington DC APA.
- AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION. (1983). *Value Judgment in Psychoanalytic Theory*. *Psycho.An.Quar.* 3:4.
- BREGIN,P. (1971). *Psychotherapy as applied ethics*” *Psychiatry* 34
- BREGIN,P. (1975). *Psychiatry and Psychotherapy as Political Processes* *Am.J.of Psych* 29 369-382.
- COREY,G; SCHNEIDER,M; CALANAN,P, (1984). *Issues & Ethics in the helping professions* Monterey, California Brooks/Cole Publ.Co
- FRANÇA,O (1994). *Introducción a la Psicoética* Montevideo (600 pags., inédito)
- HOLMES,R y LINDLEY,R (1989). *The values of Psychotherapy* Oxford: Oxford Univ.Pres.
- KEITH-SPIEGEL,P Y KOOCHEER,G (1985) *Ethics in Psychology* Random House/ New York
- LAKIN,M. (1988) *Ethical issues in the Psychotherapies* Oxford Oxford Univ.Press
- MCLEAN,H. (1960). *Psychoanalysis as concerned with the problem of values* En Masserman,J.H. *Psychoanalysis and human values*, Grune & Stratton, New York
- MAYS,D.T. y FRANK,C.M. (1985) *Negative outcome in Psychotherapy and what to do about it* New York: Springer
- POST,S (1972). *Moral values and the superego concept in Psychoanalysis* New York Int.Un.Press.
- SMITH, G.V.GLASS (1980). *The benefits of Psychotherapy* Baltimore: Johns Hopkins Univ.Press
- TYMCHUK,A.J. et al., (1982). *Ethical decision making and psychologists' attitudes toward training in ethics*. *Professional Psychology* 13:3 412-421

ETICA Y CONSTRUCTIVISMO. UN PUNTO DE VISTA RELACIONAL-SISTEMICO

Sergio Cingolani
Centro di Psicoterapia, Roma.

In this article the autor explores the relationship between a constructive approach to psychotherapy and the ethical issue. Family therapy is assumed as an exemple of a wider range of therapeutic intervention adopting a constructivistic perspective.

No es necesario penetrar muy a fondo en el pensamiento constructivista para darse cuenta de que esta concepción lleva infaliblemente a hacer responsable al hombre pensante, y a él solo, de su pensamiento, de su conocimiento y, en consecuencia, también de sus acciones. Si los conductistas otorgan toda la responsabilidad al ambiente mientras que los sociobiólogos querrían descargarla en gran parte sobre los genes, es incómoda una teoria que nos atribuye a nosotros mismos la responsabilidad del mundo en el cual creemos vivir.

Ernst Von Glasersfeld

A la puesta en cuestión de mi espontaneidad por la presencia del otro, se le llama ética.

Emmanuel Levinas

INTRODUCCION

¿Existe todavía hoy la posibilidad de dar alguna definición de responsabilidad para un psicoterapeuta? Hace tiempo era muy sencillo responder: se recurría a la metáfora del poder y del control de la primera teoría cibernética. Pero ahora que esta metáfora se ha venido abajo -en la medida en que hay una creciente adhesión a la cibernética de segundo orden, llamada también constructivismo- ¿cómo redefinimos nuestra responsabilidad hacia los pacientes?. Dicho más prosaicamente: ¿por qué se nos paga?.

Se trata de una cuestión -la cuestión ética- de cierto peso, que tendemos a afrontar, sin embargo, de forma un poco superficial; o la reprimimos del todo, o bien la resolvemos por simple contraposición con el pasado. Y de este modo se sostiene que el terapeuta debería abandonar cualquier posición “meta” no teniendo ya sentido su aspiración a mantener el poder en terapia (Hofman, 1985; Andersen & Goolishian, 1990) y por lo tanto debería olvidar “cualquier definición de patología y cualquier intento de reparar eventuales estructuras disfuncionales o vías para el cambio” (Hoffman, 1990), o incluso debería dejar de lado cualquier esfuerzo consciente para obtener sus objetivos terapéuticos (Hofman, 1988; Atkinson e Heath, 1990), y todo esto con el fin de favorecer una relación no artificial, en un clima “conversacional” de intercambio emocional auténtico y paritario con los pacientes (Anderson & Goolishian, 1988; Griffith *et al.* 1990; Goolishian & Anderson, 1992).

Intentaré más bien analizar la definición de responsabilidad terapéutica que nace de la simple contraposición con la primera cibernética, y llegaré a la conclusión que anticipo a continuación: *es imposible para un terapeuta constructivista poner en práctica, sin traicionarlo, el imperativo de no asumir ninguna metaposición en el sistema terapéutico.*

El entramado conceptual del que me serviré lo he sacado del inagotable arsenal de Gregory Bateson. Se encuentra esbozado en dos hermosos ensayos de *Hacia una ecología de la mente* y desarrollado plenamente en la obra póstuma *Donde los ángeles duan* (Bateson y Bateson, 1987): una reflexión sobre la relación entre espontaneidad y finalidad terapéutica consciente, parte de una amplia disanima sobre “los frágiles confines que separan lo sacro de lo profano”.

LA ESPONTANEIDAD EN TERAPIA

En su intervención en la mesa redonda sobre “Emociones y terapia sistémica”, organizada con motivo de la clausura del congreso nacional del 1989 de la Società Italiana di Ricerca e Terapia Sistemica, Luigi Boscolo describía de este modo una sesión suya:

“Era la pareja más simétrica que había visto en toda mi vida. Se pasaban toda la sesión haciéndose recriminaciones sobre banalidades del tipo ‘Yo he lavado cinco calzoncillos, ¿tú has lavado cinco?’. ‘No, he lavado siete’, y así continuamente. Ambos hacían exactamente lo mismo, y se acusaban con terrible sadismo. Si hubieran recurrido a la violencia física se habrían matado... Por mi parte había intentado hacer intervenciones y entrar en la conversación. Lo intenté una y otra vez. Recuerdo que la mañana de la sesión sentía náuseas ante la idea de que a las cinco tenía que verlos. Me dije ‘Espero realmente que no vengan’. La pareja, en cambio, vino, y en seguida empezó con sus recriminaciones. Estuve durante veinte minutos en silencio; experimenté sentimientos de futilidad, confusión, impotencia y náusea, con todos sus correspondientes componentes psicósomáticos; después, de repente,

hice una cosa que me vino espontánea: me dejé caer en la silla con las piernas y los brazos abiertos. Ellos me miraron estupefactos y me preguntaron:

- '¿Qué sucede?'

- 'Me rindo', respondí.

- '¿Cómo, se rinde?'

- 'Sí, me rindo'.

- 'Pero, pero...¿en qué sentido?'

- 'Me rindo porque me siento mal. Esta mañana he empezado a pensar que vendriáis y he sentido náuseas. He sentido que tengo que rendirme porque me siento totalmente impotente, y tengo miedo de enfermar. No he conseguido ayudaros: me paro aquí. Id a otro colega, quizás él pueda hacerlo mejor. Yo declaro mi rendición total, lo siento'.

- 'Pero no, mire...'

- (Entonces me levanto) 'Me marchó - digo- porque no puedo estar más aquí'.

- 'Pero...de verdad...'

Después se dan cuenta de que lo digo en serio. Se levantan y se miran un poco incómodados.

- 'Por lo que se refiere a la sesión...si queréis la pagáis, si no no la paguéis...'

- '¡No, no la pagamos!'

Cuando se marcharon estaba convencido que había sido un fracaso total, no tenía ninguna duda sobre ello. Seis meses después me llama el marido y me dice: 'Mi mujer y yo querríamos concertar otra cita (me da un ataque). Pero mire, no queremos reiniciar la terapia, queremos sólo volverle a ver a usted!... Nos ha ocurrido algo incomprensible: parece que todo se haya resuelto. Cuando salimos de la última sesión estábamos desconcertados. Hemos vuelto a casa, y nos hemos mirado, y desde ese momento ha sucedido que hemos empezado a pensar también en un sentido positivo el uno del otro. Nuestra vida ha cambiado'.

- 'Pero ¿estáis seguros de que no volvéis reiniciar la terapia?'

- 'No, no, no'

- 'Bien, tomo nota''

EL USO (PROBLEMATICO) DE LA ESPONTANEIDAD EN TERAPIA

¿Cuántas veces en terapia, como Boscolo, nos hemos encontrado presos de emociones fuertes, vividas espontáneamente, sin demasiadas reflexiones? Quizás no siempre somos tan afortunados: a menudo reacciones de este tipo sirven sólo para acelerar el momento de la interrupción de la terapia, o quizás incluso para decretar su fracaso. Esta intervención, sin embargo, parece que fue exitosa. Y sin embargo no se realizó como una intervención. Es más, parece que haya sido precisamente la ausencia de cualquier finalidad consciente (su espontaneidad) lo que la hizo ser tan eficaz.

Y de este modo el caso se concluyó felizmente, pero un interrogante perma-

nece abierto: ¿qué sucedería si quisieramos extraer del relato de Boscolo una enseñanza para ponerla en práctica en un futuro en casos similares?

Hagamos un experimento imaginario: imaginemos que nos encontramos frente a la misma pareja simétrica. Como de costumbre intentaremos escucharlos, y de tanto en tanto decir la nuestra. Pero, he aquí una primera diferencia. Es probable -incluso, esperable- que esta vez nuestros esfuerzos para escucharlos y para ser escuchados sean un poco menos genuinos y un poco más académicos, quizás un poco recitados “como de un guión”. En el fondo, ahora sabemos que los contenidos no son tan importantes en situaciones de este tipo, y que ni tan siquiera los maestros consiguen hacerse escuchar. Entonces, ¿por qué esforzarse tanto donde los maestros también fracasan? Y con un mayor distanciamiento, hasta notar casi un sutil sentimiento de complacencia, asistiremos a la inagotable disputa “Yo hago todo como tú más uno” que tantas veces, en el pasado, puso a prueba nuestra paciencia.

Como dice Gianfranco Cecchin, la psicoterapia siempre ha existido. Los seres humanos, cuando se encuentran, producen siempre algo, y dan vida a psicoterapias ingenuas. Los curanderos son precisamente aquellas personas que tienen esta capacidad instintiva de hablar, de ponerse en contacto. Pero nosotros, haciendo de terapeutas, y no de curanderos, y habiendo inventado esta profesión, estamos costreñidos a hablar, estamos costreñidos a hacer comentarios sobre lo que hacemos, tenemos que observar qué tiene más o menos efecto, qué emociones te sirven más y cuáles menos. Por tanto -concluye Cecchin- acabamos siendo un poco falsos. Y aquí empieza la idea de “parecer”. Y fatalmente las emociones, todas las emociones, en el momento en que hablamos sobre ellas, se convierten en teatro.

Todo esto tiene un importante corolario, que enunciare en seguida de la manera más directa posible: si queremos crecer profesionalmente y convertirnos en expertos (no sólo haciendo, sino poniendo también conscientemente en práctica nuestras experiencias, haciendo que fructifiquen, no podemos olvidarnos del “parecer”, es decir, de la representación (o de la omitida manifestación) de emociones, actitudes, comportamientos o convicciones personales. Debemos resignarnos, en último término, a situarnos con modestia pero con competencia en lo profano, renunciando a una ambición -la de la espontaneidad- que en el momento mismo en que nace como una ambición está ya muerta. Debemos sobre todo conseguir vencer la peligrosa tendencia a corretear por las frágiles fronteras entre sagrado y profano que incluso “los ángeles dudan en pisar”.

LA PROFANACION INEVITABLE

Es muy fácil encontrar ejemplos de esta tendencia. Gran parte de la literatura que trata el tema de la relación entre emociones y psicoterapia está llena. Veamos alguno de estos ejemplos. El primero, tomado de Watzlawick, 1977:

...se hace evidente la inadecuación de un procedimiento (terapéutico) que básicamente consiste en traducir el lenguaje analógico (hablado por el paciente)

en un lenguaje digital de la explicación, de la justificación, del análisis, de la interpretación, de la confrontación, etc. (...) en lugar de, por el contrario aprender el lenguaje, típico del hemisferio derecho, del paciente, y utilizarlo como una vía regia que conduce al cambio terapéutico.

Bien, admitamos que hemos sido buenos discípulos: hemos llegado a ser muy buenos hablando el lenguaje del cerebro derecho. La cuestión es la siguiente: ¿se trata realmente del mismo lenguaje que usan nuestros pacientes?.

Se nos presenta en seguida una diferencia: el lenguaje que llamamos derecho de nuestros pacientes no es elegido, es el único que conocen, se expresa espontáneamente y sin darse cuenta. En pocas palabras: se encuadra dentro de lo sacro. Nuestro lenguaje “derecho” inversamente -en especial cuando lo usamos con una finalidad consciente- por ejemplo, para favorecer el cambio de un sistema, es de lo más profano que podamos imaginar: somos conscientes de usarlo, lo estamos eligiendo cuidadosamente entre tantos lenguajes (izquierdos y derechos) que podríamos hablar, seleccionamos activamente metáforas y matices analógicos para favorecer la comprensión de quien nos escucha. Y si después consideramos nuestras exigencias de crecimiento profesional, tenemos que considerar también la necesidad de convertir nuestro lenguaje “derecho” en un objeto de aprendizaje explícito, lo que equivale a decir que deberemos continuamente profanarlo con los instrumentos típicos del cerebro izquierdo: análisis, racionalidad, lógica, etc. Y cuanto más expertos seamos, tanto más profanos nos volveremos.

Si para clarificar todo esto no bastara el sentido común, tóme-se al menos un dato de la psicología experimental. Se ha constatado en un estudio sobre la dominancia cerebral en la escucha musical, que con el crecimiento de la competencia musical crecía también la dominancia del hemisferio izquierdo, mientras que en los no iniciados predominaba el hemisferio derecho de forma casi exclusiva (Bever y Chiarello, 1974). Falta la prueba contraria, y sería interesante llevarla a cabo, pero parece que puede aventurarse que para los psicoterapeutas las cosas funcionan de modo parecido. Veamos otros dos ejemplos:

“demasiada conciencia puede hacer imposible la realización de una secuencia deseada de acontecimientos. Según esto espero la constitución, en terapia de una serie de procedimientos menos conscientes, aun sabiendo que estoy construyendo estos procedimientos menos conscientes de modo consciente” (Hoffman, 1988).

“Siempre tengo confianza en mi inconsciente. Demasiados terapeutas intentan programar lo que deben pensar, en lugar de esperar o ver qué estímulos reciben, y dejar que su mente inconsciente los procese” (Erikson, 1981)

Estos son otros tantos ejemplos de precipitación sobre los límites que dividen lo sagrado de lo profano: cómo se puede poner conscientemente bajo control consciente nuestra conciencia para conseguir menos conciencia? Y cómo se puede esperar, sin verse arrastrado por la parálisis, la emergencia de las reacciones inconscientes? ¿Se os ha dado el caso de que el supervisor os pida que uséis más las

emociones en psicoterapia? Pero como se hace para usar algo que o se impone a nuestro control consciente o bien se convierte en otra cosa? Un didacta me dijo un día que escribía bien, pero que usaba poco el hemisferio derecho. Intenté coger este vacío y me lo pasé fatal. Finalmente se publicó el artículo (Cingolani, 1985). Estaba permeado de un lenguaje metafórico y evocativo, un buen ejercicio para el hemisferio derecho. Pero se trataba de un “bluf”: nunca había usado tanto el hemisferio izquierdo como para hacerlo parecer del derecho.

RESPONSABILIDAD DE UN TERAPEUTA CONSTRUCTIVISTA

Me parece que he dado ya suficientes argumentos para responder a la pregunta sobre la redefinición de la responsabilidad del terapeuta por donde habíamos comenzado. El imperativo de escuchar a nuestros pacientes sin referirnos a teorías; la necesidad de establecer con ellos una auténtica relación; la sugerencia de dejarse llevar por las emociones; el esperar que sea el inconsciente el que reaccione; el poner bajo control el hemisferio izquierdo; el seguir la máxima de que sólo una emoción puede cambiar una emoción... son todas fruto de buenas intenciones, pero si las tomamos al pie de la letra nos colocan fatalmente en una posición paradójica: la que en terapia relacional se denomina “Sé espontáneo” (Watzlawick, 1988; 1989)

Para salir de esta posición paradójica tenemos un solo camino a disposición, el de la desarticulación de los niveles lógicos. En este punto la exigencia de una posición “meta”, echada por la ventana, se nos cuele por la puerta. ¿Desde dónde podemos decir, si no desde una posición meta: ahora me sitúo al nivel mismo de la familia? Si la indicación fuera de que el terapeuta no se debe hallar nunca en una posición meta respecto a sus pacientes, entonces debería, por principio, estar constantemente monitorizando su propio posicionamiento en el sistema terapéutico, con el objetivo de llevar a cabo todos los ajustes necesarios a tal fin. Pero la monitorización no puede pertenecer a un nivel lógico supraordenado en relación a los ajustes.

Desde luego que el nivel meta al que me refiero se distingue sustancialmente del que postulaba la primera cibernética. La diferencia principal está en el hecho de que los procesos que generados por la meta posición de la que estamos hablando no se refieren al poder o al control unidireccional del terapeuta sobre las familias o su mundo emocional, sino más bien a la reflexión del terapeuta sobre sí mismo y sus emociones en el sistema terapéutico. Es en esta diferencia donde toma cuerpo la asimetría de los mandatos sociales del terapeuta y paciente desde una óptica constructivista: la responsabilidad de la construcción de sí mismo con el otro, corresponde al terapeuta, pero no inversamente, al paciente respecto al terapeuta.

Superadas las viejas metáforas de la primera cibernética, (la mente como caja negra; el control del terapeuta durante la sesión, etc.) tenemos que evitar tomar demasiado al pie de la letra las nuevas y seductoras metáforas que la han sustituido. Fruggeri y Mateini (1991) tienen razón cuando afirman: “*palabras como narración*

o conversación pueden llegar a sustituir sesión, cura e, incluso, terapia, sólo si hacen referencia al contexto en el que se utilizan. El contexto terapéutico es, desde luego, social e interpersonal, pero no puede reducirse a cualquier tipo de proceso interactivo”.

Y esto vale para cualquier “co-” que se utilice para definir el proceso terapéutico. No basta con hablar de co-construcción, co-evolución o co-creación. Los “co-”, por definición, tienden a con-fundir

Está bien si los utilizamos para subrayar la conquista de la igualdad epistemológica de nuestros pacientes después de la apertura de la caja negra y para salir del delirio de omnipotencia del control unidireccional del terapeuta sobre las vicisitudes terapéuticas. Pero van muy mal si, al utilizarlos, nos olvidamos de las diferencias y, sobre todo, si consideramos que toca a nosotros terapeutas y no a nuestros pacientes, la responsabilidad de la construcción y de la co-construcción, de la evolución y de la co-evolución, de la creación y de la co-creación, y, si se da el caso, de la fusión y de la con-fusión.

UN EJEMPLO CLÍNICO

Valentina tiene 38 años. Hace diez años la vi con su marido Michele por algunas sesiones, el tiempo suficiente como para superar un leve trastorno de ansiedad. Estaban satisfechos de los resultados obtenidos y, sobre todo, empezaban a estar cansados de los largos e incómodos viajes a Roma. Han vuelto a encontrarme de nuevo. Para Michele el tiempo parece haberse detenido. Solamente se muestra un poco más silencioso y distante que antes. Valentina, en cambio, ha adelgazado mucho, tiene los pómulos salidos y unas ojeras que no recordaba. Con un tono preocupado me cuentan que durante este último año Valentina ha padecido un molesto trastorno gastro-intestinal y que ésta había sido la causa de su adelgazamiento: “el dolor cuando digería era tan fuerte que me dolía tan sólo al pensar que tenía que sentarme a la mesa y comer”. La terapia farmacológica (a base de antiácidos y de espasmolíticos) había funcionado bastante bien hasta hacía dos meses, “después (era el día de mi cumpleaños y entre los regalos había una caja de galletas. Me gustaban mucho y me las terminé en dos días. Nunca había sido tan golosa, más bien lo contrario. Y aquel hecho..., no haber tenido un freno saberme frenar..., me ha sorprendido. Recuerdo que aquella noche, pensando en ello, he tenido miedo de que pudiese engordar..., engordar tanto: no me había controlado, podía volverme a ocurrir..., y ya me veía yo gorda como mi madre. Pero sólo ha sido un instante. Algunas noches después me han invitado a cena. Me sentía bien respecto al estómago. Había un pollo con arroz buenísimo, y me lo he comido a gusto. Pero mientras volvía a casa he pensado en ello de nuevo, y otra vez me ha vuelto aquel miedo a engordar sin fin. Esta vez no ha sido sólo un flash. He empezado a darle vueltas, y a angustiarme. Pensaba que no había ningún motivo para asustarme por la gordura y que..., es más, nunca había estado tan delgada... De

repente me ha venido a la mente la anorexia... Esta palabra me retumbaba en la cabeza... y entonces me he acordado de un episodio de un *reality show* que vi en la televisión hace algún tiempo. Había una chica anoréxica que contaba su historia. Usted me conoce bien doctor..., me ha preocupado en seguida y no he podido dormir durante toda la noche. Pero después, al día siguiente me había pasado todo..., una chica anoréxica que no comía. Estaba muy delgada pero no quería comer, porque si se sentaba a la mesa entonces no era capaz de controlar, habría comido tanto, y se habría engordado sin fin... ¡Doctor! ¡*Justo como yo pensaba que me podía suceder a mí!* He pensado que me había cogido la anorexia. Y después me he acordado de Antonio, el amigo médico que me envió a usted hace diez años...; me he acordado que cuando aún padecía del estómago (antes de que hiciesen efecto los fármacos) me había dicho riendo que según él todo esto era una cuestión mental, que el estómago no tenía nada que ver y que si continuaba así podía volverme anoréxica. Pensé que era una broma... ¿Y si, por el contrario, hablaba en serio? En fin, he empezado a sentirme confusa. Cada vez más angustiada...; me parecía enloquecer..., y de nuevo el pánico. No podía evitarlo...; lo sé, doctor, que usted es contrario..., pero he tenido que ir a leerme la enciclopedia médica..., y menos mal que esta vez no me lo he creído! Allí decía que la anorexia quita el apetito. Yo, en cambio, no he perdido el apetito... Por favor, doctor, no me diga usted también que soy anoréxica. ¿Soy anoréxica, doctor?.. ¿Doctor?... ¿Qué está pensando?..

El doctor piensa. Hablar..., por supuesto. Pero ¿qué temas elegir, qué palabras?. ¿Decirlo todo?. Y ¿con qué tono?. ¿Hay algo que se debería omitir?. Clarificar la situación, hacer otras preguntas: obviamente. Pero hacia donde dirigirse, dado que también el hacer preguntas (además del estar en silencio) en nuestra profesión equivale a intervenir (Cingolani, 1991)?. ¿La enfermedad orgánica?. ¿La relación con Michele?. ¿La fase vital de los dos hijos?. Co-desarrollar. ¿Pero hacia cuál de los infinitos futuros posibles?. Co-construir significados. Pero, ¿cuáles, entre los pocos, poquísimos que pueden ser al mismo tiempo aceptables y útiles -o por lo menos no dañinos- para Valentina?. El doctor se interroga. Estas preguntas un paciente puede ni planteárselas, pensando en el diálogo con el propio terapeuta. Él puede tomarse así las cosas tal como vienen. Tiene, hablando en propiedad, la posibilidad y el derecho de “conversar”. Un terapeuta, en cambio, tiene la responsabilidad del desarrollo y de las consecuencias de aquella conversación. Es por esto que el terapeuta piensa, y no le falta materia. Detrás de su tono coloquial y relajado se precipitan imágenes, escenarios, previsiones y fantasmas. Valentina con su sugestionabilidad, el marido que nunca ha estado cerca de ella y que ya en el pasado la había traicionado (y tal vez lo volvía a hacer) la hija en vísperas de su casamiento (fue casual que el episodio de los biscotes se hubiese presentado justo dos días después de la boda de la hermana del novio de la hija?)... Viejas historias, recuerdos, otras terapias y otros pacientes: alternativas entre las que escoger. En momentos como estos sabe que sus palabras pueden pesar como losas.

Por ello piensa y repiensa. Contestar a la pregunta de Valentina remitiéndose (escondiéndose) detrás de la fría objetividad del DSM-IV? Y si se plantease el diagnóstico de “anorexia”? Las enfermedades mentales son las que más se dejan influenciar por las palabras, aunque sean científicamente verdaderas. Dichosos los médicos generales. Si un diabético es diagnosticado de diabético su hiperglicemia puede aumentar transitoriamente a causa del impacto emotivo de la noticia. Mientras que el doctor “psico” tiene que pensar mucho sobre las consecuencias de sus palabras. Si es experto sabe que pueden resultar terribles o refinadas, y que además dependen no sólo de las palabras mismas, sino de los oídos que las escuchan, y que de la construcción de tales oídos es tan responsable como de la pronunciación de sus palabras. Y, en consecuencia piensa y repiensa. Piensa en sus diagnósticos como profecías autocumplidoras (Watzlawick, 1981): en todas las crisis familiares, nacidas de haber hecho la hipótesis de que el síntoma de un hijo podía tener que ver con un conflicto oculto en la pareja, o a todos los síntomas fóbicos derivados de una hipótesis cardiológica de poca relevancia (se trata de una arritmia) que termina por convertirse en el motor de una inseguridad sobre la propia integridad física. El doctor piensa en todas estas cosas y tiene bastante para darse cuenta que dejarse llevar por el inconsciente es un lujo que no puede permitirse, en la suposición de que lo consiguiera.

CONCLUSION

Puestas las cosas de este modo, ¿qué hacer con nuestra espontaneidad y con la autenticidad de nuestras emociones en psicoterapia? ¿Tenemos que prescindir de ellas? Desde luego que no. Siempre habrá algo que no sepamos que sabemos, que somos o que hacemos espontáneamente. Tal vez tengan razón quienes dicen que es dentro de estos factores que se encuentra el factor curativo de la relación terapéutica. Pero en el momento en que aceptamos conscientemente esta tesis, la estamos traicionando. La podríamos sostener fielmente sólo a una condición, la de dejar de hacer terapia inmediatamente. No se da otra alternativa, puesto que la poesía, como dice Robert Frost, “es todo lo que se pierde en una traducción”.

En el presente artículo el autor explora el nexo existente entre la psicoterapia de orientación constructivista y la ética. Se toma la terapia familiar como ejemplo de una vasta gama de psicoterapias que en estos últimos años han adoptado un marco epistemológico de tipo constructivista.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Etica e costruttivismo. Un punto di vista relazionale-sistemico” en *Psicobiettivo*, 14, pp. 35-44, 1994. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- ANDERSON, T., & GOOLISHIAN, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- ATKINSON, B., & HEATH, A. (1990). Further thoughts on second order family. *Family Process*, 29(1), 145-156.
- BATESON, G., & BATESON, M.C. (1987). *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*. Milano: Adelphi.
- BEVER, T.G., & CHIARELLO, R. (1974). Cerebral dominance in musicians and nonmusicians. *Science*, 185, 537-539.
- CINGOLANI, S. (1985). La storia infinita. *Terapia Familiare Notizie*, 4.
- CINGOLONI, S. (1991). La diagnosi della diagnosi (in terapia familiare). In M. Togliatti & U. Telfener (a cura di), *Dall'individuo al sistema. Manuale di psicopatologia relazionale* (pp. 31-43). Torino: Bollati Boringhieri.
- ERICKSON, M. (1984). Citado en D. Gordon & M. Meyers-Anderson (1981), *Phenix. I modelli terapeutici di Milton Erickson*. Roma: Astrolabio.
- FRUGGERI, L., & MATTEINI, M. (1991). Strutture e livelli della narrazione terapeutica. In V. Ugazio, *Emozioni, soggetto, sistemi* (pp. 68).
- GOOLISHIAN, H., & ANDERSON, T. (1992). Strategia ed intervento o non-intervento. Un problema teorico?. *Terapia Familiare*, 39, 5-17. (Original publicado en *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(1), 1992).
- GRIFFITH, J., GRIFFITH, M., & SLOVIK, L. (1990). Mind-body problems in family therapy: Contrasting first- and second-order cybernetics approaches. *Family Process*, 29(1), 13-28.
- HOFFMAN, L. (1985). Beyond power and control: Toward a “second order” family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381-396.
- HOFFMAN, L. (1988). Reply to Stuart Golann. *Family Process*, 27(1), 51-64.
- HOFFMAN, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29(1), 10.
- WATZLAWICK, P. (1980). *Il linguaggio del cambiamento*. Milano: Feltrinelli. (Original inglés, 1977).
- WATZLAWICK, P. (1981). Le profezie che si autodeterminano. In P. Watzlawick, *La realtà inventata*

CUANDO LA TERAPIA HACE DAÑO: EL CHOQUE ENTRE LAS DOBLES RELACIONES

Michele Bograd, Ph.D.

About the problem of dual relationships there are two different opinions: people who consider dangerous this kind of relationships and people who think it's possible to establish dual relationships because they are positives and they produce a personale growth. However in both points of view of the two opposite groups of therapists there are several doubts and perplexities: probably for some therapists is easier to pass from a professional to a personal relationship then others who are more prudent especially because of their personality's peculiarities.

¿ES SABIO BAJAR DEL PEDESTAL?

Recientemente en unas congreso sobre terapia familiar en que he participado, me he visto llevado por una vorágine calesdoscópica y rápida de encuentros.

Primero me he encontrado con un antiguo terapeuta mío que ahora es colega. A continuación, un antiguo profesor que fue también mi supervisor y guía en una experiencia de maratón. Igualmente he tenido ocasión de conversar con mi mejor amigo, con el cual hemos conducido algunas co-terapias. Y finalmente, he encontrado a numerosos antiguos alumnos míos, que ahora son colegas.

La mayor parte de los terapeutas conoce bien esta sobreposición de relaciones personales y profesionales: más allá de la oficialidad de los códigos éticos que regulan nuestra profesión, es bien conocido por todos que estas “dobles relaciones”, por su misma esencia, están prohibidas y, por tanto, deben evitarse.

El código de la Asociación Americana para los terapeutas de pareja y familiares, por ejemplo, da una definición muy amplia y laxa de las dobles relaciones de las que los terapeutas deberían mantenerse alejados.

En efecto, más allá de la indeseable relación sexual, la normativa previene a los terapeutas sobre la participación en experiencias laborales y el establecimiento de relaciones personales e íntimas con los clientes, los estudiantes, los colaboradores y los alumnos en supervisión.

Obviamente existe una considerable diferencia entre estas reglas formales que delimitan nuestro campo y el comportamiento vigente y difundido en el ámbito profesional.

¿Qué significado tiene esta diferencia?

¿Son demasiado rígidas las líneas de demarcación entre lo que, según el código, está consentido y lo que está prohibido, o bien los terapeutas familiares son demasiado elásticos éticamente, hasta caer en la negligencia y rozar los límites deontológicos?

La tesis que se opone a las dobles relaciones se basa en la premisa del carácter indispensable e inevitable de la naturaleza jerárquica en el seno de la relación terapéutica y/o didáctica. El viraje de estas relaciones hacia un nivel consensual y/o paritario mina, en cierto modo, las premisas de la relación misma. Incluso un profesional con un alto sentido ético puede, sin darse cuenta conscientemente, encontrarse en la situación de aprovecharse o dañar a clientes o estudiantes que, en la definición misma de la relación, se hallan en una posición inferior y son, por tanto, más vulnerables.

Se confirma, pues, el hecho de que la disolución o borrosidad de los límites profesionales genera, muy probablemente, un estado naciente de confusión, decepción y desilusión en los sujetos implicados.

Hay quien, por lo contrario, considera que el aventurarse en y/o experimentar estas “dobles relaciones” puede representar una oportunidad para comprender -tanto desde el punto de vista del terapeuta como del del cliente- la complejidad de las relaciones humanas.

Cohherentemente con estos presupuestos, los defensores de dicha tesis afirman que la historia, las teorías y los hábitos de la terapia familiar (entre los cuales se encuentra el mantenimiento de estrictos límites entre la esfera personal y la profesional, difíciles de respetar pero primarios en la construcción de la relación) representan el “antiguo régimen”, una reminiscencia de la primera cibernética y del modelo estructural.

Un colega me dijo: “La terapia familiar -fundamentalmente- se mueve en un campo enredado y enredador.

Por esto, nosotros tenemos unos límites más “difusos” y una constante -y consecencial- capacidad de intercambio de roles. También por esto somos menos rígidos respecto al proceso del cambio.

“No hay ningún didacta -que yo conozca- que renuncie a sembrar algo de su propia cosecha...

No hay ninguna persona -que yo conozca- que no prefiera empezar una terapia con alguien conocido...

Puede suceder, pues, que -por ejemplo- un estudiante o un alumno te proponga una demanda de ayuda.

De la frecuencia y de la redundancia de esta secuencia de comportamiento se

puede concluir que no hay nada de inmoral en ella”.

Los defensores del daño implícito en las dobles relaciones justifican su tesis con la isomorfia de la relación terapeuta/cliente y padre/hijo pero subrayan que la relación terapéutica, a diferencia de la paternal o filial, no tiene que desarrollarse nunca -en ninguno de sus estadios evolutivos- hacia una disminución de la jerarquía y de la asimetría.

Esta mutación puede, en efecto, “envenenar” la relación terapéutica, favoreciendo ataques al vínculo en el caso en que la terapia esté en curso y/o ataques al terapeuta-objeto interno en el caso en que el proceso se haya terminado.

La jerarquía de roles -por tanto- como condición *sine qua non* y acuerdo que fundamenta la relación, en cuyo seno el terapeuta-padre, en la posición *one-up*, se hace garante de una justa distancia, capaz de tutelar también a los clientes con características de personalidad dependiente.

En otras palabras, toca al terapeuta la función de proteger de estos virajes al cliente, aunque éste parezca estar libre de la necesidad de protección.

Hace poco encontré a una colega que me ha contó una desagradable experiencia ocurrida con su terapeuta, después de que ésta última hubiera “bajado del pedestal”.

“Estuve en terapia durante muchos años y mi terapeuta no sólo me había visto en el ámbito de nuestra larga relación terapéutica sino que me ha ayudado a crecer en muchos modos.

Mientras estaba terminando mi período de formación como prácticas y empezaba a publicar artículos y a presentar trabajos en congresos, hemos reiniciado los contactos. Los límites de nuestra relación se han aflojado y nos hemos declarado el profundo vínculo que nos unía.

Ella me ha dado consejos de cómo afrontar ciertas situaciones y hemos intentado escribir algún artículo juntas.

Ha sido entonces cuando me ha contado las confidencias que un ex-amante mio, cliente suyo, le hacía en terapia... Y desde entonces me ha puesto en contacto con otro de sus clientes... La relación ha empezado a deteriorarse. Yo me he dado cuenta, y he intentado hablar de ello, haciéndole dar cuenta lo mucho que su “nuevo” comportamiento me hacía daño. Ella se ha defendido en seguida, negando haber cometido ningún error, incluso doliéndose de algunas decisiones tuyas como terapeuta respecto a mi. Minimizar la complejidad de nuestra relación y la centralidad de su rol en esta situación me ha hecho sentir mal... hasta que no he sido capaz de comprender que todo lo sucedido era fruto de un fallo suyo como terapeuta y no mío como cliente!”.

Los autores que sostienen que la terapia repropone una relación parental ponen en evidencia la peligrosidad de la pérdida -por parte del cliente- de la imagen idealizada del terapeuta.

Una colega describe de este modo la profunda desilusión experimentada

cuando su terapeuta dentro de una relación puramente profesional, ha cedido a una relación de amistad, haciendo emerger partes significativas de sí misma:

“Llegados a este punto, después de convertirnos en amigas, he intentado hablar de ello. Ella ha salido de sí, llegándome a insultar y a gritar furiosamente. Después de mi asombro inicial, ha aparecido en mi un profundo sentimiento de ofensa porque nunca, anteriormente, había sido tratada de esta manera. He llorado durante semanas y he adelgazado mucho.

Mi supervisor, colega suyo, me consoló contándome que era una experiencia común de todas las personas que habían entrado en contacto con mi terapeuta, el haber descubierto su vulnerabilidad y haber asistido a sus explosiones de rabia.

Esta “explicación” no me ha bastado para volver en terapia con ella y he preferido iniciar un proceso con un nuevo terapeuta para entender qué había sucedido”

Experimentar este tipo de desilusión no es patrimonio único de los clientes sino también de todos aquellos terapeutas que quedan escarmentados cuando se encuentran bloqueados al querer transformar una relación terapéutica en otra cosa diversa.

Un colega terapeuta me explicó un incidente ocurrido con una cliente, terapeuta también ella, que había manifestado la voluntad de inscribirse en un curso que impartía, en calidad de docente:

“He pensado que, estando en la fase final de la terapia, hubiera sido una buena experiencia. Mi cliente, además, se había adaptado bien en el grupo clase, jugando un rol activo y constructivo.

En base a estas consideraciones “reales”, he pensado que nuestra relación terapéutica se había transformado en una relación didáctica, sustituyendo la díada terapeuta/cliente por la de docente/alumno.

Pero mi cliente no había percibido tal transformación: me he dado cuenta de ello cuando, al devolverle con retraso un periódico, -furiosa y ofendida- me ha preguntado: “¿Cómo has podido hacerme eso... sabiendo cómo me hacen sentir estas cosas?” Así he entendido lo mucho que su propuesta de asistir a mi curso había sido dañina y confundidora para ambas...”

Los terapeutas que desconfían de las dobles relaciones consideran que la no distinción entre el rol profesional y el personal del terapeuta y/o didacta puede hacer perder de vista la necesidad de anteponer siempre el crecimiento de los clientes, de los alumnos y de los estudiantes a las necesidades emocionales del terapeuta y/o didacta.

Algunos terapeutas creen que es psicológicamente imposible que se instaure una “verdadera” relación entre terapeuta y cliente y entre docente y alumno, dada la base sobre la cual se funda la relación.

Consideran además que las características de dichas relaciones (sobre todo la asimetría y la confianza) no disminuyen fuera de la sala de terapia o clase y que por

eso es imposible salir de una relación profesional y entrar en una relación íntima sin que esto suponga una pérdida significativa para ambas partes.

La prohibición de establecer amistad entre terapeutas y clientes es una cuestión espinosa sobre la cual es difícil hallar un acuerdo compartido.

Como máximo, el cliente o el alumno no conoce la “inmoralidad” de las dobles relaciones ni puede suponer la dimensión comprometedoras de ésta: de aquí que se derive una imposibilidad -lúcida, coherente e inteligente- de consentir que se establezcan tales dobles relaciones. Aunque suponiendo que éste esté “teóricamente” informado, es bastante improbable que, emocional y afectivamente, esté en grado de cambiar las reglas sobre las que se funda la relación.

En otras palabras, cuando el terapeuta o el didacta ofrece, en bandeja de plata, su amistad al cliente o al estudiante, éste es un ofrecimiento que no puede rechazarse.

En efecto, respondiendo negativamente, la persona “invitada” sabe que se arriesga a perder la atención y el apoyo por parte del terapeuta y/o didacta al cual -en aquel momento- está vinculado a través de un sentimiento de profunda estima y, a veces, de amor.

Respondiendo positivamente, por lo contrario, se arriesga a perder “aquella” relación, dirigida exclusivamente a conseguir su bienestar.

Según algunos terapeutas las dobles relaciones son intrínsecamente peligrosas porque comprometen el área de discreción y, a pesar de las buenas intenciones del terapeuta o del docente, exponen a serios riesgos a los clientes o estudiantes.

Un terapeuta describe con estas palabras el sentimiento de traición y de desconcierto experimentados después de la incauta intervención del didacta que conducía su training de terapeuta familiar.

“Durante el desarrollo de un grupo de supervisión, el didacta hizo referencia a hechos privados de mi vida, surgidos durante mi terapia. Yo no creo que él se haya dado cuenta de haber utilizado informaciones provenientes de una fuente privada, pero me he sentido tocado y humillado.

No hemos hablado nunca de ello, pero, desde aquel momento, no me he sentido a gusto con él.

Aún hoy, cuando me viene a la mente aquel episodio, me siento turbado y molesto”.

Cuando una doble relación afecta a la función originaria de la terapia, los clientes pueden caer en una crisis profunda y experimentar mayores dificultades en depositar su confianza en otros terapeutas/en los demás: todo esto puede acarrear un daño importante y, a veces, la aparición de cuadros sintomatológicos específicos.

Ciertamente no todas las dobles relaciones acaban mal.

Pero para los terapeutas, afectados en los niveles éticos más profundos de la profesión -lealtad y confianza respecto a una relación de absoluta confidencialidad, como la que se halla en la base de la relación terapéutica y/o didáctica- el verdadero

problema no es si el daño ocurre realmente.

¿Es verdad que las relaciones dobles permiten al terapeuta y al cliente/paciente experimentar relaciones humanas más complejas?

Según estos colegas el rol del didacta, pero sobre todo el del terapeuta, debe situarse en un nivel que esté más allá de cualquier posible compromiso y más allá de cualquier eventual reproche. Incluso en los casos en que el paso de un tipo de relación a otra puede parecer que no sólo está exenta de problemas sino que incluso puede parecer positiva para ambos, es, de todos modos, potencialmente demasiado peligrosa como para correr similares riesgos. Algunos terapeutas, en efecto, consideran que tales violaciones de los límites son percibidas sólo cuando ya no es posible hacer marcha atrás y el sufrimiento que se deriva de ello es muy grande. “Si no eres capaz de mantener un claro límite entre amistad de una parte y la terapia y la supervisión por otra, es mejor que cambies de oficio”, afirma una terapeuta.

Muchos terapeutas familiares, en cambio, valoran muy positivamente la posibilidad de pasar de un tipo de relación (terapéutica, de supervisión, de amistad) a otra subrayando como este proceso puede favorecer de por sí la creación de conexiones múltiples. Y para estos terapeutas la prohibición de establecer relaciones dobles no es otra cosa que una vieja herencia de una visión anticuada y en la actualidad completamente superada por el enfoque sistémico e interactivo de la terapia familiar. Es importante, pues, que el terapeuta y el supervisor sean capaces de aceptar la idea de que no son ni gurús ni sacerdotes sino sólo seres humanos. E incluso la tradicional sacralidad de la relación terapéutica es considerada, hoy en día, un tema superado y anticuado.

“Tengo dificultad en entender los niveles de mixtificación que se aplican a la relación terapéutica -afirma un terapeuta-. Todos nosotros, terapeutas y clientes, compartimos los mismos problemas existenciales de la especie humana”. Superar la distinción entre lo personal y lo profesional representa, pues, únicamente un cambio en positivo para el terapeuta y el paciente. Las relaciones dobles, triples e incluso cuádruples deben ser aceptadas como una parte inevitable y potencialmente positiva de la complejidad de la vida humana y no como la expresión de una indiscreción profesional. Un terapeuta que había realizado siempre con la misma persona tanto el training como la supervisión, la cual había sido primero su terapeuta y después terapeuta de su hija y posteriormente colega suya y después amiga suya, cuenta: “El pasaje más difícil no ha sido tanto el convertirnos en amigas o terapeuta/paciente como cuando como colegas hemos entrado en competencia directa”:

En este marco de referencia, por tanto, el objetivo como terapeutas, supervisores y didactas es ayudar a los estudiantes y a los clientes a comprender y a negociar los diversos y mutables niveles con los que se organizan los sistemas humanos. Si no es posible eliminar los límites que existen entre terapeuta y cliente o entre supervisor y supervisado, éstos no tienen porque representar ni tan siquiera una barrera para sus posibles transformaciones.

Los defensores de esta línea de pensamiento reconocen que el pasaje de un tipo de relación a otra exige siempre una buena competencia profesional, pero que las ventajas son tales que vale la pena correr algunos riesgos sobre todo cuando se desarrollan varias relaciones al mismo tiempo.

Una terapeuta, al explicar que la consultora de la agencia donde trabajaba era su didacta en el programa de training y además su terapeuta, decía:

“Ambas conocíamos y respetábamos los diferentes límites. Alguna vez nos encontrábamos para comer y luego íbamos juntas al estudio para la sesión de terapia. Durante el seminario, ella ha empezado a llorar recordando la pérdida de una persona querida, y mientras todos los demás se han aproximado para consolarla, yo, en aquel momento, no lo he hecho porque me he sentido como una cliente suya. Para mí la posibilidad de moverme a través de los diversos límites ha tenido seguramente un efecto terapéutico”:

Para otros terapeutas, en cambio, atravesar los límites que distinguen los diferentes tipos de relaciones significa quemar definitivamente los puentes sin poder hacer marcha atrás.

Un terapeuta, hablando de la relación con su terapeuta convertido posteriormente en docente, después en colega y finalmente en amigo, comenta: “La claridad de nuestra relación se basaba en la consciencia de que el cambio podía darse sólo y siempre en una única dirección: en el momento en que nos convertimos en amigos supe que nunca más sería aceptado como paciente. Y como ocurre con muchas amistades, era difícil admitir que también él tenía tanta necesidad de mí después de que yo había tenido tanta necesidad de él. De todas maneras, me ha impactado mucho cuando he empezado a verlo no como a un terapeuta infalible sino como a un ser humano normal. Tales cambios me han enseñado que no existe una gran diferencia entre terapeutas curados y pacientes curados”.

Estos terapeutas, conscientes del poder diferencial, existente en el seno de la relación terapéutica y del peligro de aprovecharse en beneficio propio, reconocen la importancia de proteger y garantizar el crecimiento de los que se encuentran en una posición subordinada. En efecto, consideran que estas relaciones están basadas en una mayor humanidad y sentido de igualdad porque sólo de este modo es posible evitar el riesgo de quedar atrapados dentro de un contexto profesional y jerárquico. Estos terapeutas expresan una crítica al concepto de “jerarquía permanente” subrayando como las características de una relación terapéutica y de supervisión, se modifican inevitablemente en el curso del tiempo en relación al crecimiento y a la evolución de las personas y de sus contextos. Del mismo modo que en las familias sanas la relación entre padres e hijos se organiza en estructuras jerárquicas que se desarrollan en el tiempo, y en las cuales los niños crecen en contextos diferentes del familiar como, por ejemplo, la escuela, también en la relación terapéutica y de supervisión se dan el mismo tipo de transformaciones.

Un terapeuta al interrogarse sobre estas cuestiones se pregunta: “Si la metáfora

padre/hijo es muy útil en las primeras fases de la terapia, ¿por qué los terapeutas continúan comportándose como si el paciente fuera siempre un niño? ¿Por qué consideran poco profesional permitir que una relación crezca, ayudando al cliente o al estudiante a convertirse en un igual, permitiéndole conocer a lo largo del tiempo? Esta posibilidad -concluye el terapeuta- me parece que es un éxito de la terapia y no un fracaso”:

Para algunos terapeutas, además, las relaciones dobles, ejerciendo una mayor control sobre el poder del terapeuta, garantizan una protección ante los posibles daños producidos por los modelos terapéuticos tradicionales. A través de las relaciones que se establecen en el seno de los diferentes roles y de los diferentes contextos, el miembro de la pareja con menos poder, es más difícil que caiga en la trampa de la idealización y del posible aprovechamiento de la misma. Además, las relaciones dobles impiden al terapeuta asumir aquel rol paternalista, distante y de superior equilibrio emocional que mantiene al miembro subordinado de la pareja en la posición de desventaja y de desigualdad.

En el artículo sobre la ética de las relaciones dobles el terapeuta familiar Karl Tomm sostiene que el terapeuta implicado en este tipo de relaciones debe poseer una mayor integridad puesto que a menudo se ve obligado a interrogarse sobre la autenticidad de todas las relaciones personales y profesionales. “Me descubro buscando continuamente una mayor congruencia en estas relaciones y mi esfuerzo en conseguir una mayor coherencia y autenticidad”, escribe Tomm. “El resultado de todo esto es que me encuentro implicado en un proceso que me hace más amigable en las terapias y más terapéutico en las amistades”.

Y por lo tanto, el problema, según estos terapeutas, no radica en las relaciones dobles, sino más bien en la incompetencia y en los comportamientos éticamente incorrectos de algunos profesionales.

“Una terapeuta que tiende a aprovecharse del cliente no precisa necesariamente de una relación doble para hacerlo”, afirma Karl Tomm. El simple rechazo de las relaciones dobles no garantiza de por sí solo la solución del problema del aprovechamiento de los clientes y de los alumnos en supervisión. Cualquier regla general sólo sirve para impedir el debate sobre un tema tan complejo.

“Soy consciente -afirma un terapeuta- que es importante imponerse reglas que, preveyendo el mayor número posible de situaciones, sirvan para proteger a los clientes de eventuales daños. Pero inevitablemente existen siempre excepciones. Debemos ser conscientes de que existen peligros, y que no son ciertamente las reglas universales la única y sobre todo la mejor solución contra este problema”.

En síntesis, acerca del problema de las relaciones múltiples los terapeutas parecen adscribirse a dos posiciones opuestas: por una parte aquellos que, aun reconociendo un indudable interés por este tipo de relación, están preocupados sobre todo por los daños que puedan derivarse de ellas. Por la otra parte, aquellos que consideran que es posible establecer relaciones múltiples, que además son

inevitables, con absoluta corrección ética y que favorecen, de este modo, el crecimiento personal y los vínculos interpersonales.

Este tipo de reflexiones dejan, sin embargo, algunos problemas sin resolver. ¿Por qué, por ejemplo, aquellos que se oponen a las relaciones dobles dan poca información y sugerencias sobre cómo es posible evitarlas, mientras quienes son favorables tienen poco que decir sobre cómo comportarse (por ejemplo, cómo y cuándo negociar las fases de transición de lo profesional a lo personal)? No se dan suficientes indicaciones para saber en qué casos es posible iniciar una relación doble y cuándo, por el contrario, puede ser contraproducente.

Y además, ¿con quién y en qué circunstancias un terapeuta o un supervisor puede traspasar la puerta dorada de la nueva relación?. Para responder a estas preguntas, la mayor parte de los terapeutas parece fiarse exclusivamente de sus emociones subjetivas, de “sentir” que ha llegado el momento, o de qué decir. En cambio, los escépticos subrayan lo mucho que, en estos casos, la subjetividad y la intuición pueden ser falaces. Los terapeutas y sus clientes pueden llevarse a engaño por sus propias emociones, y considerar justo un hecho sólo porque “así te parece”.

El hecho de que para algunos terapeutas sea más fácil pasar de una relación profesional a una relación personal mientras que otros tienden a ser más cautos y profesionales parece que dependa sobre todo de las características de su personalidad. Existen, además, diferencias ligadas al género que algunos estudios han puesto en evidencia según los cuales, por ejemplo, es más fácil que sean terapeutas varones quienes inicien una relación sexual con sus pacientes o estudiantes.

El problema de poder, de todos modos, continúa siendo un aspecto crucial de la relación. En efecto, entre las muchas personas entrevistadas, las que consideraban que nunca habían dañado a nadie ocupaban siempre la posición dominante en la relación doble. Los entrevistados que se habían encontrado en situaciones de dificultad o vulnerabilidad y que expresaban resentimiento por lo sucedido ocupaban siempre la posición subordinada.

Para los defensores de las relaciones dobles del mismo modo que las relaciones humanas se desarrollan y cambian naturalmente en el curso del tiempo y a menudo de manera impredecible también la terapia no debe detener estos procesos naturales presentes en las relaciones entre cliente y terapeuta. Igualmente, desde un punto de vista estrictamente teórico, clientes y estudiantes pueden alcanzar un nivel de relación paritario, la jerarquía originaria de la relación terapéutica no desaparece de repente, como sucede con la niebla en un día soleado, simplemente porque la persona ha alcanzado una determinada madurez y sabiduría. E incluso cuando la relación entre paciente y terapeuta o la existente entre estudiante y supervisor alcanzan niveles de mayor “igualdad”, el terapeuta y el supervisor están éticamente obligados a mantenerse atentos y conscientes respecto a este proceso de creación de una nueva relación. El terapeuta y el supervisor deben, en cada momento, asumir la responsabilidad de todas las incomprendiones y de las eventuales complicaciones

que puedan surgir prescindiendo del nivel de paridad existente en la relación.

En su libro “*At personal risk*”, Marilyn Peterson describe el caso de una terapeuta que, a propósito de la organización de un congreso, pide a una cliente, también ella terapeuta, que le ayude a entretener durante la comida a un famoso conferenciante. Al darse cuenta de haber usado a su cliente/colega porque estaba desbordada por los problemas organizativos, le pide disculpas y descubre que la paciente no se había sentido herida en absoluto ya que como terapeuta había asumido toda la responsabilidad de este error.

Cuando la complejidad de las relaciones dobles pierde claridad, es obvio que la vieja y rígida norma que prohíbe no resulta ni útil ni deseable, pero es también ingenuo pensar que las dobles relaciones se desarrollen de modo natural en experiencias recíprocamente gratificantes. Es de desear que los conocimientos y las técnicas del pensamiento sistémico que nosotros utilizamos en el trabajo con las familias se apliquen para comprender mejor los múltiples niveles de conexiones que existen en el seno de nuestras “familias” profesionales.

El problema de las dobles relaciones provoca la formación de dos corrientes opuestas de pensamiento: por una parte, los que consideran peligroso este tipo de relación y la desaconsejan abiertamente; por otra, los que en cambio consideran que es posible establecer dobles relaciones, y las valoran como extremadamente positivas y favorecedoras de un crecimiento personal. Ambos puntos de vista expresados por las dos formaciones opuestas dejan pendientes bastantes dudas y perplejidades: el hecho de que para algunos terapeutas sea más fácil pasar de una relación profesional a una relación personal, mientras que otros tienden a ser más cautos, parece depender sobre todo de las características de su personalidad.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Quando la terapia fa male: lo scontro sulle duplici relazioni” en *Psicobiattivo*, 14, pp. 65-73, 1994. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- BUTRELL, P., & RUBIN, L. (1990). Dangerous liaisons: sexual intimacies in supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 442-450.
- EDELWICH, J., & BRODSKY, A. (1982). *Sexual dilemmas for the helping professional*. New York: Brunner-Mazel.
- GOBBARD, G. (Ed.)(1989). *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- JACOBS, C. (1991). Violations of supervisory relationship: an ethical and educational blind spot. *Social Work*, 36, 130-135.
- KITCHENER, K. (1988). Dual role relationships: What makes them so problematic?. *Journal of Counseling and Development*, 67, 217-221.
- PETERSON, M. (1992). *At personal risk: boundary violations in professional-client relationships*. New York: Norton.
- RYDER, R., & HEPWORTH, J. (1990). AAMFT ethical code: dual relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 127-132.
- TOMM, K. (1991). The ethics of dual relationships. *The Calgary Participant: a Family Therapy Newsletter*, 13, 11-15.

V CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA

4-5-6-7 de Septiembre 1996

Universidad de La Laguna (Tenerife)

El constructivismo terapéutico representa una nueva sensibilidad clínica, acorde con nuestro tiempo, que lleva consigo cambios importantes respecto a la noción de la salud mental así como respecto a la función y forma de los tratamientos psicológicos.

Las actividades de este V CONGRESO INTERNACIONAL DE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA (conferencias, simposios, comunicaciones, presentación de casos clínicos, etc.) propiciarán el intercambio científico y profesional y la formación en estas nuevas tendencias en psicoterapia.

Comité Científico

Cristina Botella (Univesidad Jaume I, Castellón, España)
Guillem Feixas (Universidad de Barcelona, España)
Héctor Fernández-Alvarez (Universidad de Belgrano, Argentina)
Oscar Gonçalves (Universidad do Minho, Portugal)
Leslie Greenberg (York University, Canada)
Vittorio Guidano (Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia)
Michael J. Mahoney (North Texas University, EE.UU.)
M^a José Rodrigo (Universidad de la Laguna, Tenerife, España)
Manuel de Vega (Universidad de la Laguna, Tenerife, España)
Manuel Villegas (Universidad de Barcelona, España)

Comité Organizador

M^a Teresa Miró (Presidenta)
Juan I. Capafons (Vicepresidente)
Pedro Prieto (Secretario)
Isabel Custodio (Secretaria)

Secretaría del

V CONGRESO INTERNACIONAL INTERNACIONAL SOBRE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA

FACULTAD DE PSICOLOGIA
Universidad de La Laguna
Campus de Guadajara
38200 - La Laguna
TENERIFE - Islas Canarias - España

Telf: 34 (9) 22 60 93 22

Fax: 34 (9) 22 60 93 01

ALGUNAS OBSERVACIONES A PROPOSITO DE ETICA PSICOTERAPEUTICA EN LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS PUBLICOS

Paolo Boccara

Psiquiatra. Dipartimento di Salute Mentale USL 3, Roma.

The author considers some peculiar aspects of public psychiatric facilities in dealing with seriously ill patients. The psychotherapeutical duties of the staff cannot be limited to structured psychotherapeutical activity. The ethical aim of achieving the well-being of the patients must be related to the one of preserving the psychological well-being of the therapists.

“...no son solamente nuestros altos anhelos lo que nos hace ser unas criaturas conmovedoras sino más bien nuestros bajos deseos”.

(Philip Roth, 1979)

INTRODUCCION

A lo largo de los trece años de trabajo en los servicios psiquiátricos públicos, he dedicado buena parte del tiempo libre de actividad clínica a confrontar mis “altos anhelos” con los de mis interlocutores, tanto si eran reales como imaginarios.

Las ideologías iniciales, llenas de prejuicios fueron substituyéndose poco a poco por las más prometedoras metas terapéuticas, enriquecidas con el tiempo por las consideraciones de orden práctico que nacían de una experiencia clínica vivida y a veces sufrida.

Los encuentros con los pacientes más graves en los pabellones de Hospital Psiquiátrico, en los pasillos del Servicio de Diagnóstico y Tratamiento y en las salas del Centro de Salud Mental, me han aproximado a sus deseos más antiguos y a sus necesidades más actuales, experimentando la intensidad y la profusión de sus sentimientos.

El eco de aquellos diálogos resonaba también dentro de las paredes protectoras

de mi estudio y, mezclado de largas narraciones psicoanalíticas, se infiltraba prepotentemente en las encarnizadas discusiones con mis supervisores.

Sólo desde hace algunos años al lado del desconcierto y del temor ha surgido la curiosidad sobre el sentido de algunas actitudes mías de rechazo, de algunos pensamientos de “retiradas estratégicas” y de otras extrañas vivencias que, aunque formando parte de una experiencia común “a muchas relaciones terapéuticas”, no se integraban bien al inicio con mi deseo explícito de ayudar, contener, comprender las angustias de los pacientes más graves.

Los deseos de sentirse constantemente apoyado, los miedos respecto al sentimiento de impotencia, las fugas imaginarias o llevadas a cabo ante casos difíciles, las exaltaciones ante los fugaces resultados positivos y la rabia contenida a duras penas ante los colegas más próximos, se convirtieron en los ejemplos concretos de las “pocas ganas” que continuamente animaban el difícil oficio que había elegido.

Con el tiempo descubrí también que podía reconciliarme con estos aspectos aparentemente inaceptables e incompatibles de mi profesión, consiguiendo aproximarme con menos miedo a aquella parte de mí mismo y de los demás que, en los primeros años, quería solamente “extirpar” sin comprender.

LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS PUBLICOS

La reflexión sobre la ética psicoterapéutica en los servicios públicos, además de estar relacionada con algunos principios deontológicos más generales, se relaciona también en la práctica con algunas consideraciones sobre las características de los contextos de trabajo, sobre la naturaleza de las problemáticas que presentan los pacientes, sobre el sentido de las demandas y de las posibles respuestas que se pueden dar a las principales necesidades expresadas. El conjunto concreto de normas, de preceptos, de exhortaciones que podrían componer una especie de “moral de la actividad psicoterapéutica pública” se enriquece, en consecuencia, con la continua confrontación con la experiencia clínica cotidiana.

Los servicios psiquiátricos territoriales, nacidos básicamente como desafío a la custodia tradicional, ejercida sobre la enfermedad mental, después de haberse ocupado en los años posteriores a la reforma, de los efectos de la institucionalización prolongada, han tenido que enfrentarse con el arduo trabajo de desarrollar soluciones terapéuticas para los casos de psicopatología grave.

El Departamento de la Salud Mental en su conjunto no tendría entonces que ser considerado como una suma de diversas profesiones, encaminadas a dar respuestas individuales, sino más bien como una estructura interprofesional y interespecializada que produce programas de intervención correlacionados con la labor general que debe cumplir a nivel institucional.

El tratamiento de las patologías graves, aunque no es exclusiva competencia de las instituciones públicas y hallándose actualmente junto también a la cura de

situaciones menos difíciles, tiene en sí determinadas características que hacen que los servicios territoriales sean particularmente aptos para tal objetivo.

TRATAMIENTO, TERAPIA Y PSICOTERAPIA EN LAS PATOLOGIAS GRAVES

La dificultad de hacerse cargo de un paciente grave, la particularidad de su sintomatología, la previsible larga duración del tratamiento, la posibilidad de realizar al mismo tiempo varios programas para el mismo paciente y de desarrollar un contacto más amplio con su entorno vital a través de diferentes figuras profesionales, han orientado las demandas de ayuda sobre todo hacia el servicio público.

Además, la necesidad de hacerse cargo de estos casos graves sin poder operar una selección explícita de los usuarios, la prescripción sentida por parte de los profesionales de tener que intervenir “sea como sea”, las condiciones concretas del trabajo mismo no óptimas, la constante proximidad a situaciones psicopatológicas al límite de la existencia humana, la relación con colegas no elegidos y a veces sufridos en su diversidad, se han convertido en elementos que han hecho a veces “bajar la guardia” respecto a un decoroso nivel científico y ético del trabajador institucional.

Disponibilidad, recursos, competencias tienen que ser atentamente valoradas en función de la tarea prefijada y no pueden darse por supuestas por el solo hecho de que “de todos modos” hay que hacer siempre algo.

Un análisis atento de las necesidades presentes en la demanda de ayuda y un serio procedimiento diagnóstico permiten hacer emerger las exigencias deformadas y ocultas de la psicosis y valorar la oferta de ayuda con las posibilidades de acogida por parte del paciente. Frente a la variedad de demandas de contención, de delegación total, de tratamiento farmacológico, de simple asistencia o de un tratamiento terapéutico más estructurado es necesario antes que nada distinguir los diferentes niveles de respuestas posibles.

Se puede articular progresivamente una distinción entre la oportunidad y, a veces, la necesidad de un tratamiento, la propuesta de una relación terapéutica interpersonal y la utilización de diferentes instrumentos terapéuticos disponibles (entre los cuales la psicoterapia).

Tratamiento, terapia y psicoterapia pueden, de este modo, convertirse en las diferentes etapas de un único recorrido, no caracterizado, desde luego, de rígidas certidumbres teóricas o modelos preestablecidos, sino de un recorrido del terapeuta dirección al paciente para llegar a un encuentro que exprese “la fatiga del camino” de ambos interlocutores.

Al hacer frente a las patologías graves resulta, además, importante tomar en consideración todas las condiciones de vida que pueden favorecer y hacer eficaz la terapia (y la psicoterapia) y que no siempre se identifican con la misma terapia.

Aquellas condiciones que pueden dar al paciente una mayor contractualidad, una dignidad más significativa a su existencia cotidiana, evitar una marcada regresión debida al aislamiento, un apoyo social válido. Circunstancias de vida que es necesario valorar paralelamente a las dificultades más intrínsecas de la situación psicopatológica, como por ejemplo la escasa motivación ante el tratamiento, el fuerte miedo por el cambio, las continuas y significativas interferencias de los familiares.

Circunstancias, todas, que en su conjunto hacen difícil el inicio y la prosecución de una terapia (o de una psicoterapia) y que, a veces, imponen una redefinición o un posponer continuo de los objetivos del tratamiento y de los interlocutores privilegiados del proceso terapéutico.

Como afirmaba K. Jaspers (1991) en relación al médico y al tratamiento, podríamos decir que también la tarea de la psicoterapia es “descubrir y reconocer el sentido y el significado del transtorno del paciente para reconducirlo después a un espacio de mayor libertad”. Pero si por psicoterapia entendemos “un proceso interpersonal, consciente, planificado, encaminado a influir sobre los transtornos del comportamiento y sobre las situaciones de sufrimiento, con medios psicológicos, normalmente verbales, pero también no verbales, en vistas a un objetivo elaborado conjuntamente” (Galimberti, 1992), resulta evidente que en las situaciones graves muchas de las competencias terapéuticas de los profesionales se agotan antes del inicio de una psicoterapia.

Pero, a veces, son precisamente estas competencias lo que hace posible un trabajo posterior más estructurado y lo que mantiene en pie las condiciones que favorecen un setting más definido.

ALGUNOS PRINCIPIOS ETICOS

He aquí entonces que el primer principio ético de un psicoterapeuta que trabaja en un ámbito institucional es no considerar resuelta su propia función cuando se hace una derivación a un tratamiento psicoterapéutico, sino, al contrario, utilizar su formación específica para realizar tareas de acogida de las demandas, valoración de los problemas y elección de las respuestas progresivamente más oportunas.

Debido a la imposibilidad de definir en un inicio un contrato claro y de establecer una alianza terapéutica, a menudo las fases iniciales del tratamiento se convierten, por ejemplo, en ocasiones en las cuales se privilegian las acciones de contención, hospitalización, un importante uso de psicofármacos, que hacen problemático el acceso inmediato a lo “psíquico”.

Estas mismas medidas, en caso de que resulten necesarias y inderrogables pueden, en cambio, llevarse a cabo sin saturar el espacio del pensamiento, de una posible relación, de un encuentro con potencialidades evolutivas y consiguen ser utilizadas precisamente por aquellos profesionales que, utilizando “éticamente” su formación psicoterapéutica, son capaces de articular las prescripciones con algunas

condiciones favorecedoras de una mayor libertad del paciente.

Frente a pacientes, cuya gravedad se expresa en una fuerte disgregación, con un miedo a existir y, por tanto, a colaborar, tendremos que empezar a considerar que su “no colaboración” es “el único nivel en el cual encontrar (reconocer) al paciente, mientras la colaboración continúa siendo el motivo de encuentro, básicamente el proyecto, quizás verdadero fin de la terapia” (Riefolo y Sciacera, 1994).

Entonces surge otro principio ético: valorar atentamente la oportunidad de iniciar cuanto antes una verdadera y propia psicoterapia, de elegir los tiempos y las modalidades de una propuesta de este tipo, de tener debidamente en cuenta las características y los recursos reales del servicio, intentando no sobrevalorar los recursos institucionales y del paciente para perseguir metas terapéuticas más teóricas que concretas.

En un servicio que tiende institucionalmente a “actuar siempre en cualquier caso” resulta fundamental dar un espacio al pensamiento, a la formulación de preguntas abiertas sobre el actuar propio y ajeno para no quedar atrapados por la fuerza desintegradora de la locura y de las rígidas normas institucionales.

A menudo durante el proceso psicoterapéutico iniciado puede ser necesario aplicar otros tipos de intervenciones terapéuticas, sin por eso incurrir en una mera sobreposición que priva al proyecto de un objetivo común.

Por lo tanto, se convierten en requisitos éticos necesarios la competencia científica profesional, el conocimiento profundo del contexto en el cual se opera, la capacidad de derivar las respuestas teniendo en cuenta las demandas y las potencialidades reales (también a largo término) presentes en el servicio y finalmente un respeto y un sentido de protección de la integridad y del bienestar de los usuarios.

LOS ESTADOS MENTALES DEL TERAPEUTA

Todas estas condiciones son necesarias, pero no siempre son suficientes. Desde los primeros encuentros con una situación psicótica o al límite de la psicosis y en el tratamiento posterior, la misma competencia terapéutica tendría que poder ejercer una vigilancia sobre el significado de las vivencias internas de los terapeutas, de sus palabras y de los hechos que se derivan de ellas.

Ocuparse de las emociones o sentimientos del terapeuta y de su experiencia interior resulta fundamental cuando se trabaja con los estados primitivos de la mente humana, porque la disponibilidad de acoger y de dejar fluir en la mente las identificaciones proyectivas del paciente no es nunca indiferente al resultado obtenido.

¿Cuántas veces hemos sido inducidos, incluso con un sentimiento de fracaso y de frustración, a reaccionar con una lógica de internamiento ante la violencia de nuestros pacientes, creando a su vez una negación de lo “psíquico” y una consiguiente pérdida de la subjetividad, de la comprensión y del valor de la comunicación?.

¿En cuántas ocasiones nos hemos dado cuenta sólo *a posteriori* de haber sido llevados por una actitud nuestra seductora mal resuelta a coludir con demandas patológicas de algunos familiares de los pacientes o de los mismos pacientes, a la búsqueda ni siquiera demasiado inconsciente, de crear una efímera alianza terapéutica?

¿Y cuán a menudo nos ha sucedido entender después de mucho tiempo que una determinada actitud, técnicamente inaceptable, se había convertido de forma imprevista en ocasión de interrupción de la relación con el paciente en cuanto escondía un rechazo de fondo a afrontar adecuadamente una situación que nosotros juzgábamos como demasiado grave?.

Y finalmente ¿no nos ha sucedido a veces que nos hemos alejado de circunstancias difíciles con una mezcla de miedo, vergüenza e incluso de rechazo hasta el punto de tener que, a menudo, justificar nuestra actitud con diagnósticos de incurabilidad y de cronicidad intratable sobre el plano psicoterapéutico?. Emociones hostiles hacia el paciente, fantasías agresivas, ideas de omnipotencia terapéutica, pensamientos y comportamientos relacionados con deseos infantiles o conflictos irresueltos propios que, incluso para los psicoterapeutas expertos y preparados, pueden considerarse como antiterapéuticos y resultar completamente inadecuados de cara a promover el bienestar de los pacientes.

LOS PRINCIPIOS ETICOS “BILATERALES”

Juzgar estas y otras actitudes “sintomáticas” de los terapeutas sólo como manifestaciones de incompetencia, de no profesionalidad y, quizás, de inmoralidad que hay que resolver con un fuerte retorno a la ética, no sirve para nada y sobretodo impide captar el significado profundo y la necesidad de una continua labor benefactora.

Muchas de estas “actuaciones” nacen de la imposibilidad por parte del terapeuta de dar un espacio adecuado a las vivencias que experimenta en la relación con el paciente, que pueden, sin embargo, ser comunicadas, comprendidas e interiorizadas, impidiendo así su “expulsión” a través de la acción.

Trabajar sobre características del “contenedor” además de sobre “lo que se debería contener”, se convierte en consecuencia en un importante nivel operativo, dado que las transformaciones psíquicas a menudo se inician primero en la mente del terapeuta para después llegar al paciente a través de la relación (Ferro, 1993).

Intentemos recuperar por un momento los deseos de tranquilidad, de protección, de alejamiento de los problemas y de los peligros de una “no supervivencia psíquica” y estos mismos comportamientos nos parecerán más comprensibles, aceptables y naturales.

El principio ético de fondo, que podríamos denominar “bilateral”, consiste en conciliar el bienestar de los pacientes con el bienestar y la paz mental de los terapeutas.

Sobretodo de aquellos terapeutas que saben que no pueden elegir el tipo de

patología a tratar, que deben intervenir “siempre y en cualquier caso” y que inician un tratamiento también en condiciones no consideradas adecuadas y portadoras de notable malestar.

Una “paz mental” que se debe entender sobretodo (Bollas, 1988) como el desarrollo de una área interna del terapeuta, capaz de recibir las comunicaciones desestabilizadoras del paciente y de contenerlas sin transtornar demasiado al contenedor.

A veces no basta una pequeña toma de conciencia, o una atención vigilante o un mayor conocimiento de las parte oscuras de nuestra personalidad. Se hace necesaria una estrategia precisa y programada para adquirir una metodología de trabajo capaz de focalizarse en los diferentes niveles (individuales, de grupo e institucionales) en los cuales se articulan nuestras respuestas desadaptadas respecto a la tarea del servicio del cual formamos parte.

Empezar por establecer una metodología de intervención del servicio público que permita actuar de modo que se multipliquen el número de posibilidades de intervención sin centrarse en unas pocas y obligadas, puede convertirse en un buen principio ético “bilateral”.

Facilitar momentos de debate entre colegas a través de encuentros estructurados en los cuales poder encontrar puntos de anclaje para afrontar los diversos problemas emergentes en las situaciones clínicas más difíciles, y seguramente otros elementos éticos encaminados apuntan también al bienestar del terapeuta.

Organizar la actividad de un servicio preveyendo la posibilidad de que pequeños grupos de trabajo puedan dar apoyo a los diferentes terapeutas, justamente en los momentos en los que su excesiva implicación puede crear disonancias con su labor institucional, puede convertirse en otro principio de ética terapéutica.

CONCLUSIONES

En 1929, Freud escribió: “En todos los tiempos se ha asignado a la ética el máximo valor como si todos esperaran de ella importantes consecuencias. Y es verdad que la ética, como es fácil reconocer toca el punto más vulnerable de cada civilización. Por eso es entendida como experimento terapéutico, como esfuerzo para conseguir a través de un imperativo del Superyó, lo que hasta ahora no ha sido alcanzado a través de ninguna otra obra de la civilización”.

Reconocer también en el ámbito restringido de nuestra actividad terapéutica (y psicoterapéutica) las problemáticas relacionadas con la ética que tocan nuestros “puntos más vulnerables” y que pueden entenderse como la premisa de un “experimento terapéutico”, proyecta una nueva luz sobre el debate actual.

Un “experimento terapéutico” que probablemente no puede fundarse exclusivamente sobre un imperativo del Superyó, sino también y sobretodo sobre una responsabilización coherente y consciente del valor de una continua autorreflexión sobre nuestro quehacer cotidiano.

El autor analiza las principales características de los servicios psiquiátricos públicos y del tratamiento de las patología graves.

La formación psicoterapéutica de los profesionales permite poner en práctica no sólo psicoterapias sino también otros tratamientos extremadamente importantes en ese contexto de trabajo.

Los principios éticos de tales actividades se articulan mediante tareas operativas que tienden a la consecución del bienestar del paciente a la vez que el bienestar mental del terapeuta.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció en *Psicobiiettivo*, 14, 83-89, (1994) con el título "Alcune note a proposito di etica psicoterapeutica nei servizi psichiatrici pubblici". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BENEDETTI, G. (1991). *Paziente e terapeuta nella esperienza psicotica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BOLLAS, (1988). *La funzione multipla dello psicoanalista: la regressione nel contro transfert*. Roma: Seminari all'Università di Roma.
- FAJRAJZEN, S. (1966). Alcune considerazioni sulla aggressività controtransferale nel trattamento di pazienti psicotici. *Rivista di Psicoanalisi*, 1. Roma: Pensiero Scientifico.
- FERRO, A. (1993). Il dialogo analitico: costituzione e trasformazione di mondi possibili. *Relazione al Centro Psicoanalitico di Roma*.
- FREUD, S. (1976, ed. italiana). Il disagio della civiltà. *Opere Complete*, vol. 8. Torino: Boringhieri.
- JASPERS, K. (1991, ed. it.). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina.
- NERI, C., et al. (1990). *Fusionalità*. Roma: Borla.
- RIEFOLO, G., & SCIASCERA, P. (1994). Quando il paziente non collabora. *Proposte per la Salute Mentale*, 3, 59-73.
- ROTH, P. (1980, ed. it.). *Lo scrittore fantasma*. Milano: Bompiani.
- SEARLES, H.F. (1994, ed. it.). *Il controtransfert*. Torino: Boringhieri.
- SCOTTI, F. (1992). Terapia degli psicotici nei servizi pubblici. In F. Scotti, *Strutture intermedie in psichiatria*. Roma: Borla.
- WINNICOTT, D.W. (1975, ed. it.). L'odio nel controtransfert. In D.W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

SOBRE EL IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA, BUENOS AIRES, JULIO 1994.

Maria Teresa Miró

Universidad de La Laguna (Tenerife)

Ante la proximidad de la celebración del V Congreso sobre Constructivismo en Psicoterapia que va a tener lugar el próximo mes de septiembre en la Universidad de La Laguna (Tenerife), el editor de esta revista me ha pedido que escriba un comentario sobre el que le precedió, celebrado en Buenos Aires durante los primeros días de julio de 1994. La tarea me resulta atractiva y a la vez comprometida. Por un lado, me parece que en el Congreso sucedieron cosas lo suficientemente interesantes como para comentarlas y compartirlas con una audiencia más amplia. Pero, por otro lado, me resulta difícil hablar de cosas que, como este Congreso, han supuesto una vivencia muy intensa y muy bella. Siento, por tanto, cierto pudor o quizás temor a no hacer justicia a la generosidad de los anfitriones, el grupo AIGLE de Buenos Aires, a la alegría del re-encuentro con los viejos amigos, al impacto de las nuevas amistades, al entusiasmo de una audiencia de más de 400 psicoterapeutas.

Un congreso, cualquier congreso, es un multiuniverso o un cosmos, en el que pasan muchas cosas, algunas buscadas y otras no. Y como participantes en un cosmos, sólo podemos hablar de las cosas en las que hemos estado. Mi participación en este congreso se concretó en cuatro cosas: Una mesa redonda junto a Humberto Maturana, una tertulia sobre las “aportaciones del pensamiento español al constructivismo terapéutico contemporáneo”, un taller sobre “investigación de procesos” y la mesa final de clausura del congreso. Desde mi perspectiva, los aspectos más interesantes de este congreso se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. El constructivismo: una opción éticamente inevitable
2. El constructivismo en el Cono Sur,
3. Maturana y el perspectivismo ontológico,
4. ¿Es necesaria una organización formal del movimiento constructivista?
5. El próximo congreso en la Universidad de La Laguna en Tenerife.

1. El constructivismo: una opción éticamente inevitable.

Aquí voy a reproducir parte de lo que dije en la mesa redonda, junto a Humberto Maturana: El constructivismo terapéutico más que un modelo específico de tratamiento psicológico, constituye una nueva sensibilidad clínica, acorde con nuestro tiempo, que lleva consigo cambios notables respecto a nociones tan centrales y críticas como la de salud mental y, en consecuencia, la función y la forma de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, el constructivismo terapéutico es también algo más. Es una respuesta a un problema todavía mal comprendido, que requiere ser enmarcado en el contexto de los cambios que están atravesando las modernas sociedades occidentales en las que vivimos.

La época que llamamos post-moderna constituye un momento histórico comparable a la ruptura de las viejas tribus griegas y el amanecer de la cultura occidental, como han dicho Popper, Hayek y Zambrano. Si se lleva a cabo esta comparación (ver Miró, 1994), podemos concluir que el reto que nos plantea nuestro presente no es otro más que encontrar formas de afrontar nuestras realidades sin destruirnos a nosotros mismos. Sabemos hoy que la mera existencia de nuestro planeta es codependiente de nuestra propia conducta. En consecuencia, ya no podemos permitirnos ignorar nuestra participación en la construcción de las realidades en las que vivimos. Ser constructivista hoy en día es una opción éticamente inevitable.

Ningún otro ámbito de la psicología se ha hecho eco de esta realidad como el constructivismo terapéutico que, desde las salas de terapia en las que se observan los esfuerzos por encontrar la realidad en la propia vida, ha puesto de manifiesto una tensión esencial que puede ser resumida del siguiente modo: resulta central en nuestra actual crisis como humanidad el que nuestra vida emocional, nuestras relaciones personales y, en definitiva nuestro sentido de identidad descansen sobre los hábitos generados en las sociedades tribales -que constituyen nuestra epistemología evolutiva-, pero que nuestro mundo ya no pueda ser dividido en tribus. Por diferentes razones, nos hemos convertido en una tribu única.

Esta condición, nueva en la historia de la humanidad, supone una ruptura radical de la simetría entre pasado y futuro en la posición del hombre medio en la vida. La mera existencia de nuestro planeta -por no mencionar problemas concretos como la contaminación-, se ha convertido en un asunto dependiente de nosotros, de todos y cada uno.

El hecho de que nos hayamos convertido en una tribu única con un destino común implica que todos y cada uno nos hemos convertido en protagonistas de la historia. Pero la vivencia de ser protagonista de la propia historia personal, la propia narración (el mismo cuento) se traduce en la vivencia de una nueva orfandad, de “estar cada uno entregado a sí mismo en la desolación de sentirse vivir”, como Pessoa lo puso. Y esta vivencia se extiende hoy como una llanura por el mundo occidental. Se trata de algo nuevo, diferente de otras crisis, por las que el hombre

ha pasado. Es un problema emergente, pero que está “impreso” en la evolución del pensamiento occidental. Como Zambrano (1958) lo planteó ahorrando palabras: “la tesis de occidente es el hombre”.

Pero el modo tradicional de ser hombre, porque lo está lo que es su principal mecanismo generativo: el modo tribal tradicional de definir la identidad que consiste en establecer alguna oposición con algún otro considerado enemigo. Esto tiene que ser superado. Ahora, el otro es alguien como yo, un espejo de mis propias acciones. Y encontrar formas de superar nuestras disposiciones tribales, mientras seguimos siendo humanos parece ser el reto al que nos enfrentamos a medida que nos acercamos al fin del milenio.

En resumen, nuestro momento histórico parece ser un umbral en el que estamos obligados no solamente a existir, sino a convertirnos en personas, centros auto-conscientes y ordenadores de la multiplicidad de la vida.

2. El constructivismo en el Cono Sur.

Aquí me gustaría hacer referencia a varias cosas. Por un lado, al hecho de que el Congreso se celebrara en Buenos Aires, lo que me permitió visitar por primera vez un país del Cono Sur. Y esto se traduce en una serie de vivencias personales, de encuentros con personas de Argentina y Chile principalmente. La calidez de estos encuentros es una de esas cosas que siento que no puedo contar. Por otro lado, quiero hablar en este espacio de algo que ya intenté decir en Buenos Aires durante la tertulia: las aportaciones que podemos hacer a la psicoterapia actual si recuperamos la tradición del pensamiento español. Yo hablaba especialmente de la relevancia de la obra de Ortega y Gasset y, de su más notable discípula, María Zambrano.

Cuando hablo de tradición de pensamiento español, me estoy refiriendo al pensamiento que utilice el castellano. Y eso vale tanto para España como para buena parte de América. Una tradición ésta, hecha de formas de convivir, de prácticas culturales cotidianas. Y esto, la forma de convivir, la manera de estar juntos que yo viví en Buenos Aires me resultaba muy familiar, viviendo de España. Pero lo que, en realidad, quise decir en la tertulia, que creo que no llegué a decir es que ésta forma de convivir -lo que Maturana llama “conversar”- es muy propia de la tradición intelectual de la cultura española, que es una tradición que también tiene una historia reciente. De hecho, la Modernidad, en cuanto engrandecimiento de la razón cartesiana, no se produce en España y todos los pensadores españoles de la época como Unamuno o el propio Ortega construyen obras que tienen que ver con otra cosa.

La tradición cultural española es muy pobre en cuanto a grandes pensadores. No hemos sido y no somos grandes constructores de sistemas, de castillos contra el tiempo -como lo han hecho hasta el delirio los alemanes-. Como Zambrano ha dicho, “la tradición de pensamiento que triunfa en España es una que cambia el método por la guía... “La guía es un método, pero no de la ciencia sino de la vida

en su transformación necesaria... La experiencia de la vida es un saber sobre lo que sólo ocurre una vez... Y esto que la Ciencia no sabe reducir, son ciertos estados de la vida humana, ciertas situaciones por las que el hombre pasa y ante las cuales la forma enunciativa de la ciencia no tiene fuerza, ni valor. Porque sabe esta experiencia que las verdades pueden estar frente a nosotros, duras e invulnerables, estériles e impotentes a la vez. Sabe que la vida necesita de la verdad, mas de su verdad, de la verdad en cierta forma.” (Zambrano, 1987, p.70).

La tradición del pensamiento español tiene un horizonte histórico marcado por Cervantes y Velázquez. La España de la Semana Santa, de charanga y pandereta, la España de los moralistas y retóricos. Esta es la tradición desde la que piensa Ortega y como toda tradición, encierra una sabiduría práctica sobre cierta forma de estar en la vida, de convivir. Esta tradición del pensamiento español, en cierto modo, parece una introducción al pensamiento de Maturana que surge dentro de ella y resulta tan de lo nuestro como “Les Meninas”.

3. Maturana y el perspectivismo ontológico.

Escuchar a Maturana ha sido un placer y un privilegio. Escuchando a este biólogo chileno que nos habla con tanta sensatez a los psicoterapeutas, yo sentía estar escuchando al maestro. Además, tener la ocasión de compartir una mesa redonda con él es un honor que, de nuevo, quiero agradecer a los organizadores del congreso de Buenos Aires y muy especialmente a su presidente, el Dr. Fernández Alvarez.

El título de nuestra mesa redonda fue “Constructivismo radical versus moderado”. Que yo recuerde ahora, yo dije muy poco sobre este tema y creo que Maturana ni siquiera lo mencionó. ¿De qué hablamos? Yo hablé de lo único de lo que, en realidad, podía hablar: De que el constructivismo es una posición éticamente inevitable hoy en día y de que la Epistemología Evolutiva es una opción metodológica necesaria para entender que el constructivismo terapéutico es una posición inevitable, porque es inherente a la propia evolución del pensamiento occidental en cuanto a tal, y que el pensamiento de Ortega nos ayuda a entender esto. Antes de empezar la mesa redonda, le dije a Maturana que yo pensaba que lo que iba a decir podía servirle de introducción a su método que, en mi opinión constituye el único constructivismo cabal.

Una cosa más que reseñar de este encuentro con Maturana: Me impresionó mucho el alto nivel de la audiencia que participó en el debate, magistralmente conducido por la coordinadora. De nuevo, gracias a todos los que participaron en esta mesa redonda que ha constituido una vivencia muy bella para mi.

4. ¿Es necesaria una organización formal del constructivismo terapéutico?

Este aspecto es un aspecto algo sutil de comentar, porque se trata de hablar de algo que en Buenos Aires se habló por los pasillos y también algo más formalmente

en el trabajo de Neimeyer, publicado por *Clínica Psicológica*. Pero la pregunta que encabeza este epígrafe constituye una cuestión abierta, que sobrepasa ampliamente el esfuerzo de Neimeyer y sobre la que caben algunas reflexiones.

No voy a hacer un inventario de mis discrepancias con las opiniones del profesor Neimeyer, por dos razones. La primera porque no he podido todavía leer el trabajo con calma y la segunda, porque creo que todas mis discrepancias provienen de un aspecto común: yo no creo en la ingeniería social y tampoco en los esfuerzos por “modelizar” procesos evolutivos. Por tanto, no acepto los modelos de los historiadores de la ciencia sobre los pasos “normales” en la formación de un movimiento científico como una guía a seguir.

Tampoco las otras razones para justificar una organización formal que ofrece Neimeyer -por ejemplo, el nivel de abstracción del lenguaje que utilizamos- me parecen argumentos que justifiquen una toma de posición precisa respecto a la cuestión inicial. Por otro lado, yo no coincido con el profesor Neimeyer en la visión que él tiene del constructivismo en la posmodernidad (Neimeyer, 1993). En mi opinión, quien mejor ha descrito la postmodernidad es Pessoa al hablar de la emergencia de ese sentimiento de orfandad, de “vivir cada uno entregado a sí mismo, en la desolación de sentirse vivir”. El profesor Neimeyer habla de las condiciones, los cambios en nuestras avanzadas sociedades occidentales, que hacen posible la emergencia de esa emoción, pero no habla de la emoción en sí. En mi opinión, no enfoca el problema. Por eso su visión del constructivismo actual comienza con Kelly. Sin embargo, yo creo que Kelly es un “constructivista categorial”, como dijo Leslie Greenberg en su taller en Buenos Aires, pero no representa una buena guía para entender el constructivismo terapéutico contemporáneo. Creo que la visión del constructivismo del profesor Neimeyer y en gran medida la de Mahoney también, está condicionada por el esfuerzo por encontrar una audiencia en el gran mercado de la psicoterapia en EE.UU. Y, tal vez, esto sea una discrepancia en el fondo ineludible, como herederos que somos de tradiciones culturales muy diferentes.

Para la tradición del pensamiento español, la post-modernidad no es un infinito juego de espejos, multiplicados por la belleza del lenguaje, como les pasa a algunos franceses, que se han enamorado de su propia lengua hasta el delirio de perderse en los laberintos de la narración o del inconsciente.

El quehacer psicoterapéutico, en cambio, poco tiene que ver con la narración literaria, tampoco con la filosófica. Se trata de algo más cercano a las guías, más propias de la religión católica con tanta misión y tanto convento que cultivar. Las guías prácticas, o sea, los intentos de comunicar a otro algo sobre “la experiencia de la vida”, algo acerca de “esas situaciones por las que el hombre pasa” y que en la vida de uno sólo ocurren una vez.

Pero no es éste el lugar para andar diciendo estas cosas. Volviendo a la pregunta inicial de este epígrafe. Yo creo que el tema de reflexión aquí es comprender el tipo de

orden que se genera en un cosmos específico -como el movimiento constructivista-, que hoy por hoy engloba a profesionales de tres continentes, de múltiples países y que, a su vez, poseen herencias culturales diferentes que, a su vez, determinan distintas prácticas del convivir. Esta es la primera tarea, la cual requiere, de entrada, una buena dosis de capacidad de abstracción e imaginación. La segunda tarea es llegar a comprender qué tipo de organización es compatible con ese orden.

5. El próximo congreso en la Universidad de La Laguna en Tenerife.

En efecto, en Buenos Aires se anunció, en el marco de la mesa de clausura del IV Congreso sobre Constructivismo en Psicoterapia, que el próximo congreso tendría lugar en la isla de Tenerife, en el campus de Guajara de la Universidad de La Laguna, durante los primeros días de septiembre de 1996. Quien hacía este anuncio era yo misma, de modo que a partir de aquí voy a intentar decir lo que allí, en el marco de la mesa redonda, creo que no llegué a decir.

Tenerife es una isla, situada en el Atlántico, frente a las costas de Mauritania que forma parte del archipiélago de Las Islas Canarias - “las islas afortunadas”, como dice la propaganda turística europea. La isla posee un clima y un paisaje que la hacen única en belleza e interés botánico, geológico, etnográfico, etc. La temperatura medía durante todo el año es de 21 grados C.. A las peculiaridades naturales de la isla, se le une una situación cultural también peculiar.

Tenerife es un lugar del Nuevo Mundo. Fue una plaza conquistada a los guanches -la antigua población aborígen- a la par que lo fueron las colonias españolas de América. Desde entonces somos españoles. Y por tanto, ahora somos parte de la Comunidad Económica Europea, pero geográficamente estamos en Africa y vivimos mirando a América.

Tenerife es una isla y las islas son paraísos, al menos en la literatura. Como dice Zambrano: “Las islas han proporcionado al alma humana la imagen de la vida intacta y feliz, como si fuese un regalo, del paraíso donde las dos condenas, el trabajo y el dolor quedan un tanto en suspenso, mundo mágico en el que la “realidad” no está delimitada, y aún el sueño pude igualar a la vigilia. Por ello fueron cuna de Dioses y Mitología. Y patria inextinguible de las metamorfosis”.

Cuando yo vine a Tenerife no vine buscando un paraíso, sino simplemente un lugar habitable. Pero dada mi situación personal cuando tomé esta decisión, lo habitable tenía para mi una connotación precisa: que fuera un lugar en el que ni la ciencia, ni la convivencia dependieran de la política, es decir, de la obediencia a un jefe. La Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna ha resultado para mi ser ese lugar habitable en el respeto y la confianza en el ámbito académico. Es también por la existencia de este núcleo de profesionales de la psicología en Tenerife por lo que yo me he atrevido a asumir la tarea de organizar el próximo congreso. Como dije en la mesa redonda de clausura del congreso de Buenos Aires, a modo de despedida: “Nos vemos en Tenerife en 1996”.

Referencias bibliográficas

- MIRO, M.T. (1994). *Epistemología Evolutiva y Psicología: Implicaciones para la Psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- NEIMEYER, R.A. (1993). An Appraisal of Constructivist Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 221-234.
- ZAMBRANO, M. (1987). Antología y selección de textos. *Anthropos*, 3.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32**

COMENTARIO BIBLIOGRAFICO

George S. Howard
University of Notre Dame

A PROPOSITO DE TRES LIBROS SOBRE NARRATIVAS

Black Sheep and Kissing Cousins: How Our Family Stories Shape Us de Elisabeth Stone.

Narrative Means to Therapeutic Ends de Michael White y David Epston

Between Psychology and Psychotherapy: A Poetics of Experience de Miller Mair

Como una nueva fuerza dentro de la psicología comprensiva están emergiendo los enfoques narrativos (por ejemplo, Bruner, 1986; Howard, 1989, 1991; Mair, 1988; McAdams, 1985; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986). Recientemente han aparecido tres obras importantes pertenecientes a este campo. Creo que este cambio en los modelos heurísticos en psicología desde las analogías de la ciencia natural, tales como, sistemas hidráulicos, máquinas de maximización del refuerzo, genes egoístas, inteligencia artificial, etc., hacia tópicos más humanistas, tales como temas y géneros narrativos representa para nuestra disciplina un paso positivo hacia adelante. Esto no constituye, sin embargo, un boom sin más. Me parece conveniente compartir algunas reservas acerca de los enfoques narrativos y constructivistas con el lector, ya que creo que la mayoría de nosotros comulgamos en iglesias intelectuales parecidas.

Los objetivistas creen en una realidad libre, cuya verdad se puede descubrir eventualmente. Los constructivistas (Gergen, 1985; Lakoff, 1987; Mahoney, 1985, 1991; Rorty, 1979; Scarr, 1985) asumen que todas las imágenes mentales son creaciones de la gente, y por eso hablan de una realidad inventada. Los objetivistas se centran en la exactitud de sus teorías; en cambio, los constructivistas piensan en la utilidad de sus modelos. ¿Nos estamos (los constructivistas) inventando historias nuevas y útiles sobre la naturaleza humana? ¿O estamos (los objetivistas) descubriendo verdades eternas sobre la naturaleza humana? Según Efran, Lukens, y Lukens (1988), los objetivistas son inventores que creen ser descubridores -no reconocen sus propias invenciones cuando se encuentran con ellas. Los buenos

constructivistas, por otro lado, reconocen el rol activo que juegan en la creación de una visión del mundo y en la interpretación de las observaciones en sus términos.

Para ser justo, intentaré decir lo que me ha gustado y lo que no de cada libro. El libro *Black Sheep and Kissing Cousins: How Our Family Stories Shape Us* de Elisabeth Stone es fácil que nos guste. Es un libro comprometido y está bien escrito. Presenta una tesis muy simple: cada una de nuestras familias (desde generaciones anteriores) tiene un conjunto de historias que enmarcan nuestra visión del significado de la vida, el mundo, nosotros mismos, Dios, y otros temas cruciales. Stone nos exhorta a creer que cada una de nuestras vidas transcurre en diálogo con una conversación familiar continua que se va transmitiendo a través de generaciones. A pesar de que la herencia familiar nos influye enormemente (Parte I y II), no estamos coaccionados completamente por ella (Parte III). Stone mantiene el equilibrio considerando que los humanos disponen de un cierto grado de libertad, a pesar de que cada uno de nosotros se encuentra envuelto en un mundo de influencias familiares coercitivas. Lo mejor de *Black Sheep and Kissing Cousins* es que muestra dramáticamente cómo la historia familiar en la que nacemos, nos precede y nos forma, pero no nos controla totalmente. Esta posición es desde luego, evidentemente correcta, aunque no se puede afirmar demasiado a menudo.

Uno puede preguntarse, si este libro es tan bueno ¿por qué no se ha oído hablar antes de él? Parte del motivo es que la marea del pensamiento narrativo se ha producido en una serie de disciplinas, y no en primera instancia en psicología. Elisabeth Stone es una profesora de Inglés y Penguin Books ha calificado su contenido de sociológico, a pesar de que es tan psicológico como cualquier cosa que podamos escribir o hacer. Los enfoques narrativos, orientados a la comprensión de las instituciones y acciones humanas parece que florecen por todas partes. Durante el proceso de exploración de los distintos enfoques del pensamiento narrativo, los psicólogos se verán expuestos a diferentes estilos de escuela.

A veces la lectura de *Black Sheep and Kissing Cousins* me produce una sensación incómoda por dos razones. Primero, Stone muestra cómo algunos de sus informadores presentan trayectorias vitales consistentes con los mensajes que han recibido a través de las historias de su familia. En psicología, hemos crecido acostumbrados a oír el clamor obligatorio de que son posibles otras explicaciones al por qué se escogió un tipo particular de vida. Pero este tipo de precauciones interpretativas casi no aparecen en el libro de Stone. Pero mientras que esta falta de modestia interpretativa puede ser muy perjudicial en una disertación psicológica, no es muy problemática en una disciplina literaria. Después de todo ¿nos gustaría que Melville acabara *Moby Dick* haciéndole notar a Ismael que la ballena blanca es una bestia atípica y que el lector no debería utilizar esta historia para inferir el comportamiento típico de una ballena? ¡Claro que no! Hacer esto significaría confundir los géneros literarios. Pero dejando este punto a parte, es un poco incómodo para el oído de un psicólogo encontrar tan poca precaución interpretativa

cuando un autor infiere los factores que han influido en la vida de una persona.

Durante las primeras 200 páginas, se retratan las historias familiares como invasoras, insidiosas, y a menudo como controladoras sofocantes de nuestras vidas y destinos. A pesar de que nos dirigen a veces hacia buenas direcciones y otras veces hacia tipos de vida autodestructivos, siempre se presentan como coercitivas. Hasta la quinta parte del libro se desanima al amante de la libertad y autodeterminación. Sólo entonces aprendemos nuestra opción de oír y enfatizar para nosotros mismos contratemas que son parte de temas familiares dominantes, aunque opuestos a ellos. También encontramos adultos que a través de grandes esfuerzos “se liberan” de una historia familiar opresiva. Pero no se nos cuenta que nuestra cultura también nos ofrece un abanico de historias de vida que podemos utilizar cuando nuestras historias familiares son deficientes.

Cuando una persona alcanza un grado de libertad, Stone lo considera que lo ha conseguido centrandó la atención en la historia de un familiar que ha servido como modelo de una vida aparte del modo dominante de la familia. Pero ¿qué pasa con el deseo del existencialista de ver a una persona escoger simplemente una posición independiente y autónoma? Hablando metafóricamente, ¿no puede una bellota escoger simplemente caer lejos de su árbol de familia? Uno puede pensar que no, basándose en el análisis de Stone del rol coercitivo que las historias de la familia juegan en nuestras vidas.

Los últimos capítulos de Stone acerca de la elección de contratemas y ejemplos de gente que se aparta de los temas autodestructivos ofrecen un apoyo a la consideración de la terapia como ejemplo de reparación. Esta es la principal contribución de *Narrative Means to Therapeutic Ends* de Michael White y David Epston. Un punto fuerte de este libro es la riqueza de consejos que ofrece para la práctica de la psicoterapia que se considera como una empresa narrativa. Sólo por esta razón muchos lo encontrarán de lectura interesante e informativa. Pero los autores no sólo quieren informar a los lectores de cómo se debe conducir la psicoterapia, vista como una reparación de la propia historia.

Empezando con una consideración de Foucault (1973, 1979, 1980) sobre el poder y el conocimiento, White y Epston establecen de forma intencional una tensión que nos atormenta o, quizás, obsesiona. Nos encontramos en el dilema constructivista-objetivista. ¿Vemos las cosas de una cierta manera por qué hay una verdad (o realidad) objetiva, gozando de una especie de immaculada percepción? ¿O se ha inventado (o interpretado) cada realidad, y es el poder que determina cómo se construye la realidad (o de quién es la realidad que se cree)? Estos temas son de gran interés para los terapeutas a causa de la desigualdad del poder potencial inherente en la relación terapéutica. Los psicólogos narrativos consideran que los terapeutas re-escriben la historia de vida del cliente (a veces mirando el pasado del cliente de forma distinta, a menudo trabajando futuros imaginados co-construidos) que el cliente luego debe vivir. Las implicaciones éticas de ejercitar un rol tan crítico en

la existencia de otra persona son, desde luego, enormes. A los constructivistas les falta una visión del mundo que les permitiría creer que están enseñando a sus clientes la verdad acerca de la realidad, la naturaleza humana, el significado de la vida, etc. No resultaría sorprendente que algunos estudios mostraran que la terapia constructivista experimenta una alta incidencia de dilemas morales, éticos, y existenciales en el transcurso de sus intervenciones terapéuticas.

A pesar de estos fantasmas terapéuticos, White y Epston han escrito un libro útil, concreto e indiscutible. Sus consejos (por ejemplo, la insistencia en que los clientes escriban mucho entre las sesiones terapéuticas) son fácilmente accesibles al psicoterapeuta y el libro ofrece muchas consignas de gran ayuda.

Between Psychology and Psychotherapy: A Poetics of Experience de Miller Mair es, a mi entender, el libro que cuesta más de apreciar de los tres; sin embargo, al mismo tiempo creo que sostiene el mayor potencial para ahondar en las profundidades de la condición humana. Es un libro muy difícil de caracterizar por la misma razón que resultaría difícil explicar con palabras una pintura o una escultura. Mair intenta ofrecernos una experiencia -evocar una respuesta emocional- de la misma forma que intenta instruirnos. Tenemos la impresión que hay una persona de verdad serpeando entre las páginas -la presencia de Mair es palpable. Quizás le veamos a través de sus meditaciones poéticas, o quizás se halla escondido detrás de la próxima página.

La experiencia de leer la segunda parte (de las tres que hay en el libro) es tan intrigante como irritante. Esta parte se llama “Una historia personal” y “Entre Tu y Yo.” Uno se ve tentado a decir que esta parte de libro es poesía, pero el mismo autor avisa que “las piezas escritas recogidas aquí... no intentan ser “poemas” sino búsquedas espontáneas hacia insinuaciones de significado personal” (p.88). Y otra vez nos advierte acerca de una categorización prematura: “Hay algunos trozos de diferentes tipos los cuales no me gustaría que fueran evaluados demasiado rápidamente. No son producciones pulidas, sino intentos más inmediatos de hablar desde el interior del mundo de mis propias preocupaciones” (p.87). Si esta primera mitad del libro es o no poesía, no es la cuestión. Más bien, deberíamos preguntar si el conocimiento que se obtenga de la experiencia de esta parte del libro se convierte en conocimiento personal o en conocimiento impersonal. La respuesta es sencilla. Esta sección representa una experiencia más bien personal e íntima.

El material íntimo representa la primera materialización de una nota que aparece al comienzo de la tercera parte del libro. Mair señala “la apuesta básica” del libro de la manera siguiente:

“Creo que es probable que el conocimiento íntimo nos enseñe más que el conocimiento distante. El conocimiento personal es probable que nos cambie más que el impersonal. Es probable que el conocimiento adquirido con nuestros ojos, orejas, e imaginación sea más valioso que el adquirido conceptual y procesualmente a ciegas. En la actualidad la “apuesta

básica” de la psicología científica (y la psicología clínica como ciencia aplicada) es la utilidad omnipresente del experimento. Quiero sugerir que una mejor “apuesta básica” sería algo parecido a las actividades que, en este momento, se denominan psicoterapia. A partir de aquí sugiero que una psicología “conversacional”, más que “experimental”, debería referirse a todos los aspectos de la conversación, y no sólo a aquellas categorías estrechas de conversación a las que nos referimos como a experimentos....” (pp.2-3).

Mair intenta no cargarse la investigación psicológica tradicional. Pero es muy claro al decir que debemos redoblar nuestros esfuerzos para construir la parte de la psicología que se halla más próxima al arte que a la ciencia, lo personal opuesto a lo impersonal, lo subjetivo más que lo objetivo, lo intuitivo más que lo racional, y un modo de conocer más apasionado que desapasionado. *Between Psychology and Psychotherapy* muestra que, de hecho, las dicotomías “o/o” no son nuestras únicas elecciones. Más bien, deberíamos movernos por toda la extensión de las dimensiones que unen estos polos opuestos desarrollando nuestras formas de llegar a conocer las vidas humanas.

En la parte final del libro, Mair resalta lo que él llama disciplina del discurso. Esta sección se puede leer como un deseo de psicología narrativa madura. Está condimentada con unas pocas insinuaciones e ideas provocativas sobre cómo deberíamos empezar el largo trecho hacia una disciplina capaz de apreciar la poesía de la experiencia.

Ya que me he comprometido a encontrar algún punto negativo en cada uno de los tres libros, creo que es justo decir que el esfuerzo de Mair se sostiene o se derrumba según las propias reacciones a la segunda parte del libro. Conozco y me gusta Miller Mair, por eso me complace verle en esta colección de meditaciones personales. Pero ¿puede uno sentir algo por la persona a través de este material si no se le conoce de antemano? Pedí a varios estudiantes licenciados que se leyeran el libro, y mostraron dificultades en entender la segunda sección del libro. Alguien podría sugerir que Mair podría haber hecho su propuesta más determinante si hubiera contado su historia de forma más clara -y en prosa- en esta sección. Pero este no es el vehículo artístico que Mair escogió, y no es apropiado criticar su elección, ya que claramente lo que busca es instalarse en una poética de la experiencia. De forma parecida, nadie querría sugerir que el trabajo de un impresionista hubiera sido mejor si fuera un poco más realista: ¡te dice algo o no te dice nada!

Finalmente, el trabajo de Mair le coloca en el centro del diálogo actual sobre las formas narrativas y constructivistas de conocer las vidas humanas. Mair ha escrito una de mis citas favoritas:

“Las historias son habitáculos. Vivimos en y a través de historias. Conjuramos mundos. No conocemos otro mundo que no sea el mundo del relato. El relato crea vida. Nos une y nos mantiene a parte. Habitamos en las grandes

historias de nuestras culturas. Vivimos a través de las historias. Somos vividos por las historias de nuestra raza y lugar. Este envoltorio y función constitutiva de historias es especialmente importante para sentir más plenamente. Somos, cada uno de nosotros, lugares donde los relatos de nuestro lugar y tiempo se vuelven parcialmente narrables” (Mair, 1988, p. 127).

Uno puede leer esta cita como la afirmación optimista de que somos criaturas de nuestro tiempo y lugar, viviendo (y siendo vividos por) los grandes relatos de nuestro tiempo. Pero también existe una contrapartida problemática en la cita. Es inevitable que veamos la vida desde el punto de vista del tiempo y espacio particular en el cual hemos nacido. Se nos somete a un cierto grado de relativismo cultural e histórico. En *Between Psychology and Psychotherapy*, el optimismo que Mair sostiene de la belleza verdadera en la vida (y para la psicología conversacional del futuro) se contrasta con la pena de un hombre que como psicoterapeuta ha presenciado mucho sufrimiento y desencanto del que la vida puede ofrecer. Por eso hay una cierta profundidad, un ensombrecimiento del tono en el libro de Mair que no se encuentra presente en los otros dos libros. Grandes peligros acechan a todas las promesas de la metateoría constructivista y de la psicología narrativa (o conversacional). Creo que este contrapunto sombrío y emocional en *Between Psychology and Psychotherapy* evita que uno se deje llevar por un optimismo alocado que sugiere que uno debería simplemente contar cualquier relato del futuro, y se convertiría en realidad. Ninguna psicología puede evitar que la gente caiga en las garras de la condición humana. El camino de la vida lleva a las personas a través de los paisajes de la frustración, dolor, pérdida, pena, desesperación y muerte. A pesar de que los relatos que contamos acerca del camino en el cual andamos (relatos religiosos, historias familiares, narrativas políticas, odiseas heroicas, etc.) pueden aligerar nuestro viaje, no nos pueden proteger de los aspectos más oscuros de la vida. La visión poética de Mair obliga a los psicólogos de la narrativa a ser más realistas en sus esperanzas de una psicología historizada de la acción humana.

Finalmente, la epistemología constructivista impide verdades absolutas. Como narrativistas, sabemos que nos podemos contar en el futuro pero que nunca podremos saber la verdad sobre nuestras vidas, la naturaleza de la realidad, o la de la naturaleza humana. Por eso en la psicología narrativa o conversacional del futuro (si es que hay alguna), habrá relatos y relatos que contar, pero ninguna verdad que pensar. Seamos francos ¿es este el tipo de futuro que queremos crear?

Referencias bibliográficas

- BRUNER, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- EFRAN, J.S., LUKENS, R.J. & LUKENS, M.D. (1988). Constructivism: What's in it for you? *Family Therapy Networker*, 12, 27-35.
- FOUCAULT, M. (1973). *The birth of the clinic: An archeology of medical perpeption*. London: Tavistock.
- FOUCAULT, M. (1979). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Middlesex, England: Peregrine Books.
- FOUCAULT, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings*. New York: Pantheon Books.
- GERGEN, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- HOWARD, G.S. (1989). *Atale of two stories: Excursions into a narrative approach to psychology*. Notre Dame, IN: Academic Publications.
- HOWARDD, G.S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- LAKOFF, G. (1987). *Women, fire, and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- MAHONEY, M.J. (1985). Psychotherapy and human change processes. In M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 3-48) New York: Plenum.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- MAIR, M. (1988). Psychology as storytelling. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 125-138.
- McADAMS, D. (1985). *Power, intimacy, and life story*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- POLKINGHORNE, D.P. (1988). *Narrative psychology*. Albany, NY: SUNY Press.
- RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- SARBIN, T.R. (Ed.) (1986). *Narrative psychology: The stories nature of human conduct*. New York: Praeger.
- SCARR, S. (1985). Constructing psychology: Making facts and fables of our times. *American Psychologist*, 40, 499-512.

INDICE GENERAL AÑO 1995

Nº 21 AGORAFOBIA

EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AGORAFOBICOS DESDE UNA OPTICA CONSTRUCTIVISTA

Lorenzo Cionini y Daniela Mattei

PSICOPATOLOGIAS DE LA LIBERTAD (I): LA AGORAFOBIA O LA RESTRICCIÓN DEL ESPACIO

Manuel Villegas

ENFOQUE FAMILIAR EN LAS MANIFESTACIONES FOBICAS Y OBSESIVAS A TRAVES DEL MODELO DE EQUILIBRACION DE PIAGET

Olivier Real del Sarte y Marco Vanotti

ALGUNOS ASPECTOS RELACIONALES EN LA AGORAFOBIA

Alberto Espina y Begoña Pumar

CURARSE A TRAVES DE LA RABIA

Giuliana Prata y Cinzia Raffin

REVISION DE ALGUNAS CREENCIAS EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA AGORAFOBIA

Arturo Bados

Nº 22/23 NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA

LA CONSTRUCCION NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA EN PSICOTERAPIA

Manuel Villegas

PERSPECTIVAS NARRATIVAS EN LA TEORIA Y EN LA PRACTICA

David Vogel

LA NATURALEZA AUTOJUSTIFICATIVA DEL DISCURSO TERAPEUTICO

Julie Gerhardt y Charles Stinson

TRANSFORMACIONES: UNA PROPUESTA PARA CAMBIOS NARRATIVOS EN PSICOTERAPIA

Carlos E. Sluzki

NARRACION Y PSICOTERAPIA RELACIONAL

Walther Galluzzo

NARRATIVAS DE LA ESQUIZOFRENIA: EL USO DE LA ESTRUCTURA NARRATIVA EN LA INVESTIGACION FENOMENOLOGICA

Larry Davidson

PSICOTERAPIA COGNITIVO-NARRATIVA: LA CONSTRUCCION HEMERNEUTICA DE LOS SIGNIFICADOS ALTERNATIVOS

Oscar Gonçalves

SIGNIFICADO DE LOS RELATOS EN PSICOTERAPIA: LOS FRUTOS DE UNA NUEVA UNIDAD OBSERVACIONAL

Lester Luborsky, Jacques P. Barber y Louis Diguier

¿QUE ES Y DONDE ESTA LA TERAPIA INTERPERSONAL?

Josep Solé Puig

Nº 24 CIEN AÑOS DESPUES

LA REVOLUCION FREUDIANA CIEN AÑOS DE PSICOANALISIS (1895-1995).

Blanca Anguera i Domenjó

CIEN AÑOS DE PSICOTERAPIA: ¿EL PORVENIR DE UNA ILUSIÓN O UN PORVENIR ILUSORIO?

Luis Botella y Sara Figueras

LA PSICOTERAPIA EN UNA SOCIEDAD POSTMODERNA

Isabel Caro

COGNICION, CONSTRUCTIVISMO Y NARRATIVA: EN BUSCA DE UN SENTIDO PARA LAS SILABAS

Oscar F. Gonçalves

ECLECTICISMO E INTEGRACIÓN: CONCIENCIARSE DE LOS PELIGROS

Arnold A. Lazarus.

ERIC BERNE Y FRITZ PERLS, VENTICINCO AÑOS DESPUÉS.

Luis Casado Esquiús y Ana Gimeno-Bayón Cobos.

ENTREVISTA A HAROLD GOOLISHIAN.

Dora Fried Schnitman y Saúl I. Fuks

VITTORIO GUIDANO Y EL ENFOQUE COGNITIVO POST-RACIONALISTA. NOTAS SOBRE UNA ENTREVISTA

Juan Balbi

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: (93) 408 0464
Fax: (93) 352 4337**