

Original in: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 5: 178-191, 1987.

Spanische Übersetzung / Spanish translation erschienen/ published in:
Traducción al castellano publicada en Buenos Aires, Argentina en:
Sistemas Familiares 5: 21-36, 1989.

Nota: La figura y la tabla incluida fueron actualizadas en 2005.

10+ 1 GUÍAS O PREGUNTAS-GUÍA. LINEAMIENTOS DE UNA TEORÍA CLÍNICA EN EL ÁMBITO PSICOSOCIAL CON FUNDAMENTO SISTÉMICO¹

KURT LUDEWIG²

Después de un breve reconocimiento de su origen en Milán, se expone el proyecto de una teoría clínica general, fundada en una visión sistémica. Antes de entrar en tema se especifican el término "sistémico" y los requisitos que la teoría sistémica debe cumplir en el plano científico. En el marco de la exposición del proyecto teórico, se especifica una definición formal y metodológica de la terapia en el ámbito psicosocial. Estas reflexiones desembocan finalmente en el enunciado de 10 +1 frases-guía o preguntas-guía, que podrán servir de orientación al terapeuta en su actividad práctica. La exposición finaliza con un epílogo (empírico), en el cual se presentan los primeros resultados de una apreciación empírica de las proyecciones intersubjetivas de los 10+ 1 postulados.

¹ Este ensayo es un desarrollo posterior a uno escrito en 1984, titulado "Ten Commandments (plus One) - a Brief Outline for a Systemic Theory of Therapy, Practice and Evaluation". Fue publicado por primera vez en *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 5: 178-191, 1987. La traducción al castellano fue hecha por el autor, con la asistencia de Teresa Quintana y Teresa Huenchullán, docentes del Departamento de Psicología de la Universidad de La Frontera, Temuco (Chile), a quienes se agradece aquí muy cordialmente. Esta traducción y su publicación han sido autorizadas por Juergen Hargens, redactor jefe de la revista mencionada. En nombre de todos aquellos amigos y colegas que de alguna manera participaron en los largos preparativos previos a la redacción de este artículo, se agradece aquí muy expresamente a los miembros del Institut fuer systemische Studien, en Hamburgo, como también muy especialmente a Humberto Maturana, Harry Goolishian, Steve de Shazer, Marianne Kruell y Heinz von Foerster. La traducción fue revisada por Adela G. García, directora de *Sistemas Familiares*.

² Departamento de Psiquiatría Infantojuvenil de la Universidad de Hamburgo. Martinistrasse 52, 2000 Hamburgo 20 y Director del Instituto de Estudios Sistémicos, Schaeferstrasse 33, 2000 Hamburgo 6, República Federal de Alemania.

De Milán a Hamburgo: la herencia de Milán

En las instituciones psiquiátricas infanto-juveniles, trabajar con sistemas sociales y no individualmente con el paciente resulta literalmente inevitable. El Servicio de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Universitario Eppendorf de la Universidad de Hamburgo, ha trabajado desde hace dos décadas con familias. En lo personal, durante mis primeros años en él (1974-78) realicé el "malabarismo" de trabajar con familias y otros grupos sociales en base a fundamentos teóricos individuales sin entrar en conflicto alguno ni tener siquiera conciencia de estar permanentemente echando, por así decirlo, tomates y zapatos de dama en una misma olla .

Tras muchos cambios imprevistos en mi contexto laboral, en 1978 me encontré en forma bastante inesperada con un libro recién aparecido, el cual, de acuerdo con mi apreciación de entonces, parecía ofrecer "milagros". Se trataba de la primera publicación de envergadura del equipo de Milán dirigido por Mara Selvini Palazzoli (1978): *Paradoja y Contraparadoja*. Dos días después de haber comenzado su lectura, envié mi primera intervención paradójica por escrito a los padres de un paciente hospitalizado. 14 días después habíamos formado un equipo de trabajo de terapia familiar al estilo de Milán con mis colegas y coterapeutas de entonces en el servicio de atención hospitalaria de adolescentes, Rosemarie Schwarz y Rudolf Duerr. De ahí en adelante hablamos durante varios años en "italiano" (con palabras en alemán) con nuestros pacientes del Norte de Alemania (quienes a veces quedaban bastante asombrados), escribimos muchas cartas a miembros de familias que se habían quedado en casa, ideamos rminuciosamente intervenciones paradójicas etc. Los resultados, si así se les quiere llamar, de nuestro trabajo clínico no fueron despreciables (Ludewig et.1984). En aquellos años,el trabajo en equipo ocupaba por lo menos una tarde entera a la semana; lo entendíamos como una situación de aprendizaje entre colegas. La supervisión externa aún no existía en este campo.

Trabajamos con familias que presentaban diversos tipos de problemas, pero nos especializamos en familias con hijos adolescentes con conductas psicóticas, que habían estado hospitalizados previamente en nuestro Servicio. Nuestro equipo de trabajo fue y es numeroso. Actualmente se ha transformado en un componente permanente de la estructura de nuestro Departamento. En los inicios fuimos ignorados y aun atacados, y ocasionalmente, denominados "la pandilla de los cuatro". Algo había cambiado y nosotros no sabíamos como manejarlo. Los servicios para pacientes hospitalizados estaban cada vez más vacíos ya que los pacientes eran retornados lo más rápidamente posible a sus hogares. Tal situación discordaba fundamentalmente con las políticas anteriores de alta que garantizaban no sólo "camas llenas", sino además una lista de espera. Por otro lado, los colaboradores del ámbito no-profesional (enfermeras, educadores, auxiliares) reaccionaron negativamente pues ya no nos interesábamos en las llamadas "comunidades terapéuticas". Nuestro interés se había volcado casi exclusivamente al trabajo con pacientes ambulatorios. Probablemente estábamos muy deslumbrados por lo nuevo, y por lo mismo, nos sentíamos un poco misioneros y sabelotodo y estábamos ciegos ante el contexto de nuestro trabajo (Ludewig, von Villiez, 1984).

En 1982 nos atrevimos, por primera vez, a presentar nuestro trabajo en un congreso, prácticamente, a presentarnos en sociedad (Ludewig,1982). Con ello se sumó un aspecto nuevo, la exigencia de formular nuestras ideas y experiencias en forma precisa para hacerlas comprensibles a nuestros lectores. Ya no bastaba recibir lo último de Milán, como Selvini Palazzoli et al. (1980), y ponerlo

en práctica inmediatamente. Nos habíamos colocado en una situación que nos exigía buscar y desarrollar ideas y conceptos adecuados a nuestro contexto. Así comenzó una lenta deriva y con ella un distanciamiento paulatino de la lealtad a nuestro origen en Milán. Después de los primeros contactos, en 1981, con Paul Dell en el congreso de Zurich (ver Dell, 1984), y de tener acceso a la edición 1982 de la revista *Family Process*, con temas de tanta repercusión como los aspectos epistemológicos (Keeney, 1982) y estéticos de la terapia (Allman, 1982; Keeney, Sprenkle, 1982); el uso preciso de conceptos como homeostasis, información y causalidad (Dell, 1982), y la cooperación como postura básica del paciente en vez de simetría y resistencia (de Shazer, 1982), esta deriva siguió su curso. La necesidad de un encuentro personal con Humberto Maturana y Heinz von Foerster comenzó a hacerse impostergable. Ocurrió en 1984, en Calgary (Canadá), donde paralelamente tomamos contacto personal con Harry Goolishian y, algo después, con Steve de Shazer.

En 1984, con algunos de los anteriores y actuales miembros de nuestro equipo en la Universidad fundamos el Instituto de Estudios Sistémicos (Institut fuer systemische Studien), una institución de carácter privado, con el propósito de mantener la posibilidad de aprender y enseñar en "casa propia". Allí fuimos los primeros en recibir a Humberto Maturana y Francisco Varela para que nos enseñaran "el conocimiento del conocimiento" (Maturana, Varela, 1984); Steve de Shazer para demostrarnos el "arte de la terapia breve" (de Shazer, 1985); Tom Andersen, el inventor del "Reflecting Team" (Andersen, 1987); Harry Goolishian, uno de los padres de la terapia familiar y e inventor del "problem-determined system" (Goolishian, Anderson, 1988); Paul Dell, para transmitirnos sus importantes aportes a la conceptualización de la terapia sistémica (Dell, 1986); y a Heinz von Foerster, aquel filósofo tan amable entre los cibernéticos (von Foerster, 1985). A pesar del aparente distanciamiento cada vez mayor de Milán, en el transcurso de mis encuentros ocasionales con Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, pude cerciorarme de que nuestra distancia conceptual no había aumentado sino disminuído.

Con este peregrinaje de Milán hacia Hamburgo en el trasfondo, este ensayo expone los fundamentos básicos de nuestra comprensión actual de la terapia psicosocial. Continuando nuestra línea de trabajo previa (Ludewig, 1983, 1987a, 1987b), aquí se complementa con nuestro planteamiento del sistema-problema, es decir, de las circunstancias que conducen a solicitar terapia (Ludewig, 1988b). Trás una breve explicación de lo que entendemos por "sistémico" y de su ubicación en el dominio del pensamiento científico, se esbozan los aspectos básicos de una teoría clínica sistémica, es decir, de una teoría general sobre el quehacer clínico psicosocial que sirva como pauta de acción al terapeuta. Se trata de 10+1 imperativos que pretenden ser una operacionalización teóricamente coherente y útil en la práctica de la terapia y frente a la función del terapeuta, cuyo objetivo es evitar caer tanto en un metodologicismo estéril, como en un subjetivismo totalmente arbitrario. El ensayo finaliza con un recuento resumido de una investigación empírica sobre la utilidad operacional de las 10 + 1 guías, es decir, a modo de un epílogo empírico.

El adjetivo "sistémico"

El adjetivo "sistémico" se emplea actualmente con significados tan diversos, que corre el riesgo de transformarse en una fórmula vacía. En el ambiente de la terapia psicosocial este concepto se

asocia a las escuelas de terapia que se basan teóricamente en Gregory Bateson (1979) y/o Humberto Maturana (1982). En su interpretación estricta, es decir, ahí donde los conceptos comienzan a ser operativos (y por lo tanto, sensatos), uno encuentra poca claridad. Para en lo posible no contribuir aún más a tal oscurantismo este ensayo comienza con una especificación de aquello que de aquí en adelante se entenderá por "sistémico", sirviendo así como pauta básica para la comprensión de los conceptos que se expondrán. Entenderemos por "sistémico" una visión general del mundo que hace de los sistemas su unidad de pensamiento. Esta visión implica una teoría del ser, del conocer y del devenir, que a su vez sirven como orientación en la práctica del vivir. Con el fin de simplificar esta orientación, ella puede resumirse en seis postulados que se van derivando el uno del otro:

(1) *Todo lo dicho es dicho por un Observador*

En este aforismo clave, con el cual los neurobiólogos y epistemólogos Humberto Maturana y Francisco Varela comienzan su libro *El árbol del conocimiento* (1984), se identifica lo central de su teoría, que en última instancia es una teoría del Observador. Este postulado tiene carácter de axioma por ser ineludiblemente autoreflexivo y tautológico; no permitiendo operación alguna que a efectuarse sobre él conduzca a trascenderlo. Cualquier operar sobre esta frase conduce inevitablemente de vuelta a la misma frase, por ejemplo, la pregunta "¿Quién dice esto?" o la afirmación "La frase es errónea", hacen ambas referencia a lo dicho por un Observador. Es así como este postulado adquiere significado recién cuando sus componentes, es decir, lo dicho y el Observador, son especificados por un Observador.

(2) *El Observador es un ser vivo en lenguaje (lenguajeante)*

Maturana (1982) define al Observador en base a dos características distintivas: El Observador es un ser vivo, y en lenguaje (o, mejor dicho, "lenguajeante", "*languaging*", lo que connota más claramente el quehacer implicado: hacer lenguaje y no participar meramente en el lenguaje como algo dado externamente al Observador). Con esta caracterización el Observador aparece, por un lado, como una unidad que al ser viva satisface todos los requisitos de una organización viviente y puede ser identificada en base a todas las posibilidades y limitaciones de un sistema biológico autopoietico (Maturana, Varela, 1984). Por otra parte, considerar al Observador como un ser (vivo) lenguajeante permite distinguirlo como a un ser que genera con sus congéneres un ámbito específico de acoplamiento estructural, propiamente en lenguaje, el cual, una vez que ha surgido, pasa a ser ineludible.

Este es el ámbito de la socialización humana. Sin entrar aquí en más detalles - para ello se sugiere consultar la literatura original-, entenderemos al Observador como a un ser determinado por su estructura, de clausura operacional, cuya organización contiene los elementos que conforman a los seres vivientes (celulas, tejidos, órganos, etc.) y que es el medio para la realización de la autopoiesis de sus elementos. Como sistema biológico determinado estructuralmente esta organizado en forma autónoma, lo que significa que toda actividad de este ser vivo es el resultado de la coordinación de actividades entre sus componentes y no el resultado de las intervenciones de su medio ambiente. En otras palabras, como ser vivo el ser humano no puede ser determinado por interacciones "instructivas", por determinantes provenientes de lo externo al sistema. Sólo puede ser "perturbado", es decir, afectado por interacciones en forma tal que para mantener su organización

constante deba compensarlas por medio de un cambio en su estructura. Estos cambios no son consecuencia del estímulo externo sino de las posibilidades de cambio previstas en su organización. De no ser posible la compensación, el sistema pierde su organización y se desintegra como tal. En el caso del ser vivo, significaría la imposibilidad de mantener las condiciones necesarias para la realización de la autopoiesis de sus componentes, es decir, la muerte. El Observador, además de su condición de ser vivo, existe en el dominio del quehacer lenguajeante. Esto implica que, además de estar necesariamente coordinado conductualmente con su medio - donde se incluyen los otros seres vivos - realiza una coordinación conductual *sobre* sus coordinaciones de conducta a través de la utilización de símbolos. En la línea de esta metacoordinación en la que la coordinación conductual adaptiva con el medio se complementa con el empleo de símbolos (palabras, gestos, etc . .) surge un dominio de acoplamiento con innumerables combinaciones y ampliaciones, un mundo que compone o configura el medio de existencia propio e inherente a lo humano: el mundo del lenguaje. El Observador como tal, un ser humano, emerge recién en el lenguaje puesto que a partir de ese medio de coexistencia "lenguajeante" puede surgir la comunicación propia de la observación, es decir, aquella que consiste en la coordinación conductual sobre coordinaciones conductuales. Es aquí donde el Observador recién aparece como tema.

(3) *Todo lo dicho es traído a la mano por un Observador en comunicación*

De la definición del Observador en (2) resulta que la cognición es el producto de conexiones correlativas entre estados de un sistema operacionalmente cerrado, y no de la representación interna de constelaciones de estímulos externos (Maturana, Varela, 1984; von Foerster, 1985). El ser vivo percibe lo que percibe y no funciona como un espejo del mundo exterior. El conocimiento emerge de traer a la mano unidades desde un trasfondo, es decir, de las operaciones de distinción efectuadas según la forma de operar de una estructura cognocitiva que al operar mantiene su propia constancia, su organización. Desde la perspectiva del Observador puede hablarse de cognición cuando éste *ve* que un sujeto actúa en forma congruente con su medio, vale decir, en forma efectiva y eficiente, o sea, "viviendo" o conservando su organización de ser vivo. En este sentido, conocer es vivir y viceversa (Maturana, Varela 1984). El que los observadores, sin embargo, no sean seres solipsistas que existan aislados, encerrados en sí mismos se desprende del hecho de que están acoplados con sus semejantes en lenguaje. El mundo de los observadores es el producto de la coordinación lingüística de los mundos cognocitivos que cada uno de ellos trae a la mano. En ese sentido, este mundo representa una comunidad de consenso con múltiples "visiones", y no un uni-verso de carácter objetivo. Aunque la posición del idealismo solipsista no pueda ser debatida, en última instancia el hecho mismo de postular un solipsismo no puede sino ocurrir en el lenguaje, por lo cual aparece más convincente aceptar la existencia autónoma de por lo menos un Otro con el cual se efectúa esta comunicación (comp. von Foerster, 1985).

(4) *Realidad es por consiguiente = (Realidad)*

Si todo lo dicho emerge en comunicación, es decir, en la coordinación lingüística entre observadores y éstos dispusieran de algún mecanismo que les permitiera representar internamente las circunstancias externas de manera que pudieran distinguir claramente entre percepción e ilusión (Maturana, Varela, 1984), y si el dominio de lo dicho - ver (1) - no pudiera ser trascendido, entonces no podremos hacer otra cosa. que considerar al mundo del Observador, pese a toda la

certidumbre que habitualmente se le atribuye, como una (realidad) entre paréntesis. Aquí, la proposición de Maturana de poner la objetividad entre paréntesis es ampliada consecuentemente al concepto de realidad. El poner la realidad entre paréntesis no pretende distinguirla de otro tipo de realidad, sino que sólo recordar y tener muy presente que pese a nuestro hábito de comprendernos a nosotros mismos como viviendo en un universo dado y, de esta forma, objetivo, no tenemos posibilidad instrumental alguna de percibir un mundo *universal*. Si aceptamos esta proposición teórica sobre el conocimiento derivada del entendimiento cada vez más cabal del funcionamiento del sistema nervioso, la (realidad) debe ser entendida como un agregado múltiple de computaciones efectuadas en el ámbito operacional de este sistema y de su coordinación con las de sus semejantes. Los paréntesis pretenden recordarnos que cualquier fundamentación conceptual se basa siempre en última instancia, en *consenso*, o sea, en una con-sensualidad, imposible de ser referida a un mundo que exista independientemente.

(5) *Un sistema es una unidad traída a la mano por un Observador que la considera como una unidad compuesta*

Partiendo de los fundamentos expuestos en la teoría constructivista del conocimiento, del ser y del devenir, se puede definir como *sistema* al producto de un quehacer cognocitivo del Observador. Este distingue una unidad de un trasfondo considerándola compuesta de elementos interrelacionados. Así queda especificada por las propiedades de los elementos que la configuran, a diferencia de una unidad considerada como simple que se especifica por las propiedades de la unidad misma.

(6) *"Sistémico" especifica una visión (un punto de vista) que hace de sistemas el objeto de su observación*

En la medida en que (6) se remite al Observador y su quehacer cognocitivo, (6) se remite necesariamente a (1) y a los postulados (2 a 5) que de ellos se derivan. Por ejemplo, si se quiere definir "terapia sistémica", podría volverse desde (6) peldaño por peldaño hasta (1) y así podría decirse que "sistémico" denomina un manejo cognocitivo y operacional (práctico) de un fenómeno social definido como terapia, que ocurre en un sistema social específico. La terapia sistémica se ocupa entonces de sistemas sociales en los que los miembros o elementos que los componen han traído una (realidad) a la mano, que habiendo sido evaluada conforme a cierto criterio, es considerada como un problema, y que, con la ayuda del terapeuta y en el transcurso de interacciones comunicativas conduce, en el mejor de los casos, a su desintegración como sistema y así a ser cambiada por una (realidad) menos problemática.. Una terapia puede ser descrita entonces como sistémica cuando tanto el problema como su solución son consideradas elaboraciones comunicativas dentro del marco de un sistema social llamado terapéutico.

Requisitos básicos de una ciencia sistémica

Como consecuencia de la recién expuesta definición de lo "sistémico", uno se encuentra prontamente sumido en una posición científica que se aparta de lo tradicionalmente válido. El Observador, al no disponer de un mecanismo que le permita corroborar con seguridad la certeza de sus suposiciones comparándolas con "la" realidad, debe prescindir de los criterios de validez de la

ciencia tradicional, especialmente, de la objetividad. El científico sistémico se encuentra entonces en la necesidad de elaborar criterios de validez que sean congruentes con su pensamiento. Los constructivistas, confrontados con esta situación nueva han reorientado su entendimiento científico de la búsqueda de la verdad hacia la utilidad del conocimiento científico, de la descripción hacia la solución de problemas, de la exigencia de objetividad hacia la aceptación de aquella intersubjetividad que surge en la interacción en lenguaje (Schmidt, 1981). La distinción tradicional entre Ciencias Naturales, Filosóficas y Sociales también puede abandonarse en la medida en que ya no es posible comprobar "objetivamente" las diferencias entre los objetos de estas disciplinas ya que en todas ellas se trata de afirmaciones dichas por observadores.

La "utilidad", lo que "encaja" o, mejor dicho, la "viabilidad" de los métodos usados y de los resultados obtenidos se ha evidenciado desde el punto de vista constructivista como el criterio básico para la validación del conocimiento científico (von Glasersfeld, 1986; Varela, 1986). Maturana y Varela (1984) proponen al respecto limitar las afirmaciones científicas a una reformulación de observaciones por medio de conceptos que describan, prescriban o generen fenómenos observables de un modo aceptable dentro de una comunidad de científicos con criterios comunes de validez. Si se abandona la meta de identificar el conocimiento científico como enraizado en una realidad absoluta, lo que exigiría una inalcanzable objetividad, entonces toda afirmación científica recae necesariamente en su autor y en aquellos que están dispuestos a aceptarla. En ese caso, las reglas del juego en la comunidad científica requieren de una renovación. Se hace necesario establecer reglas que limiten la posibilidad y la aceptación intersubjetiva de una supuesta utilidad.

En el ámbito de la terapia psicosocial tradicionalmente han regido los criterios de utilidad y viabilidad tomados de la medicina. Se habla de utilidad cuando el problema definido ha disminuido. En este sentido, también los terapeutas e investigadores "sistémicos" han evaluado sin mayor complicación sus "resultados terapéuticos" según la utilidad que le atribuyen tanto a sus medidas como a los efectos de las mismas, por supuesto en el sentido de atribuciones causales y/o finales más o menos aseguradas por estadísticas. Sin embargo, las condiciones bajo las cuales un cambio sea valorizado como tal ha sido considerado sólo marginalmente, es decir, si cambio es igual a costo y a qué costos se está dispuesto a afrontarlo. El peligro de un activismo utilitarista no es pequeño. Si en la terapia sólo se tratara de lograr viabilidad, el terapeuta podría limitarse a inventar técnicas que serían optimales si pudieran aplicarse escapando al control del paciente. Bajo estas circunstancias el terapeuta, que sólo pretende ser útil, se desligaría de toda responsabilidad.

En este sentido quizás se comprenda mejor que últimamente, dentro del ámbito de las terapias orientadas en lo sistémico, se haya contrapuesto lo estético al tecnicismo que prevaleciera previamente en ellas, como por ejemplo, al "paradojar" (ver Allman, 1982; Keeney, Sprenkle, 1982; Stierlin, 1983; Ludwig et al., 1984). En un comienzo, y quizá debido a un entusiasmo pionero, el criterio de utilidad fue sobreestimado como criterio único. Por eso la terapia sistémica debió correr el riesgo de ser malinterpretada como una simple tecnología (Hoffman, 1987). Pero como todas las controversias polares también ésta, entre pragmática y estética, puede ser resuelta en base a su complementariedad en un nivel más alto de abstracción. A este respecto, proponemos que el valor de la actividad terapéutica sea determinado simultáneamente tanto desde una ponderación pragmática, como desde una apreciación estética, refiriendo esta valoración igualmente a la dimensión ética que

abarca a las otras dos (Ludewig et al., 1984; Ludewig 1988a). En este sentido, el problema definido ha de ser resuelto en el transcurso de interacciones bellas y humanas. Estos criterios de evaluación no proveen parámetros absolutos, ya que utilidad (viabilidad), belleza y bondad son categorías de valor que siempre recaen sobre el observador que juzga. Si se pretende, por ejemplo, valorar medidas tales como lobotomías, intervenciones quirúrgicas, electroshocks o tranquilización por medio de productos químicos, sólo puede hacerse refiriéndose al contexto de dichos tratamientos y a la fundamentación dada por el terapeuta que justifica su elección de medidas entre todas las posibilidades a su alcance. A la comunidad de evaluadores le corresponde entonces sólo juzgar si la elección del terapeuta es coherente con su apreciación del contexto del tratamiento, y si su fundamentación representa lo más útil, hermoso y humano dentro del marco de sus posibilidades. En otras palabras, no existiendo un criterio absoluto ("objetivo") al cual referirlo, se juzgará la elección del terapeuta con respecto a la seriedad y responsabilidad demostrada en su decisión. Un enjuiciamiento que pretenda trascender la responsabilidad personal del terapeuta no tiene fundamento. Debido a esto, una metodología que se base sólo en comprobar "eficacia" sin mayores complicaciones se revela como una ilusión problemática que debiera ser abandonada.

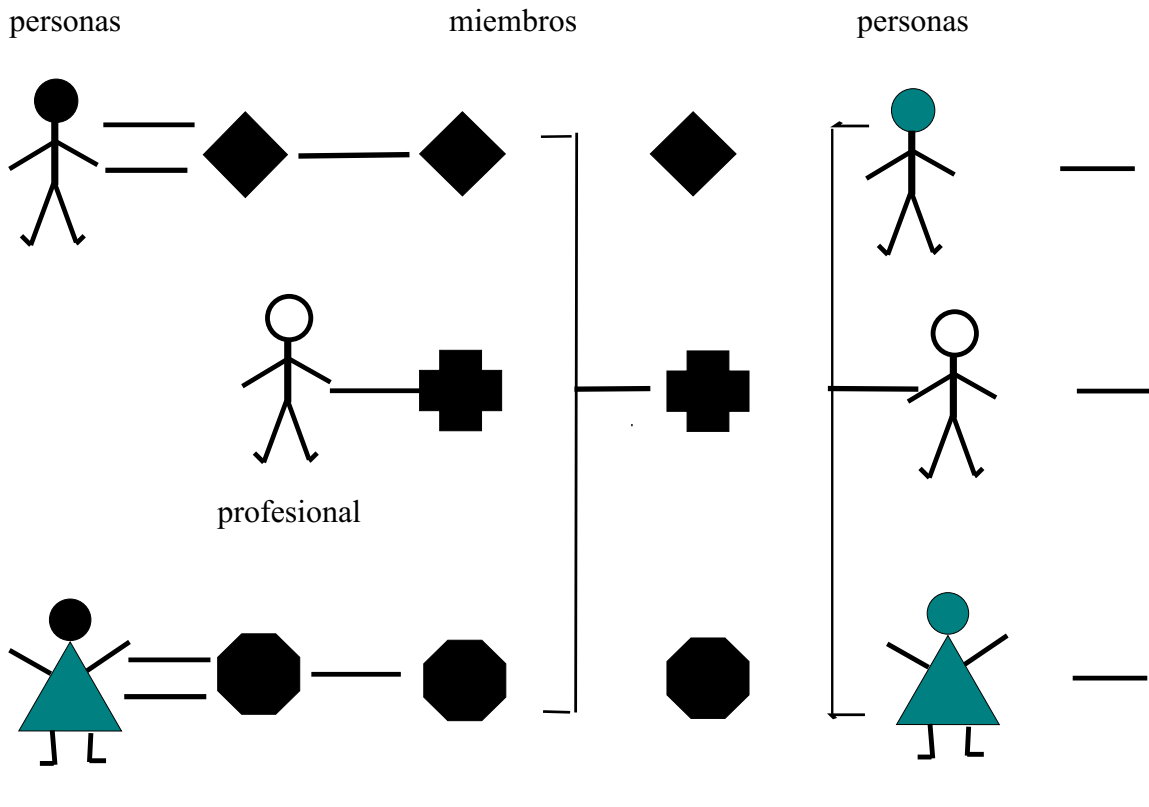
Una teoría clínica necesita descripciones, explicaciones y métodos cuya validez sea siempre relativa a los criterios de su fundamentación, ya que no puede ser referida a verdades absolutas. Ahora bien, si su utilidad debe ser complementada con aspectos estéticos y éticos - como aquí se propone -, o si el teórico prefiere agregar otros criterios de evaluación, de todas maneras tendrá que explicitar los valores que dan sentido a su teoría y la hacen comprensible a sus colegas. Sin la posibilidad a la mano de poder recurrir a la objetividad como fundamentación no-subjetiva, toda teoría se revela en última instancia como atada a su autor, es decir, a sus decisiones y a su responsabilidad. Por lo tanto, no puede existir una teoría libre de valores, puesto que su criterio de validez es siempre, precisamente, su valor (en sentido ético). Los principios de la teoría clínica a ser expuestos a continuación cobran sentido en el intento de describir la actividad clínica y sus fines de tal manera que puedan ser valorados como útiles, hermosos y humanos.

Lineamientos de una teoría clínica

Una teoría clínica (entendiéndose aquí por "clínico" a todo quehacer efectuado por profesionales del área de la salud y no sólo en clínicas) basada en un entendimiento sistémico en el ámbito psicosocial debe tratar los fenómenos que le son propios dentro de un marco conceptual coherente en sí y, a la vez, practicable. Por un lado, debe describir los sucesos que dan lugar a la actividad profesional del clínico, es decir, los *problemas* y, por el otro, la actividad misma del profesional frente a ellos. Según como se explique teóricamente la descripción del problema, se sientan las bases para todas las consideraciones teóricas y prácticas que le siguen. Por ejemplo, si los motivos se interpretan en analogía con enfermedades, defectos o disfunciones orgánicas, o bien como expresión de conflictos, defectos, déficits o disfunciones intrapsíquicas o intrafamiliares, se deduce una operacionalidad específica que trae consigo versiones distintas de diagnóstico, etiología, patogénesis y patología y, por último, una terapia también específica congruente con tales conceptualizaciones.

Además de describir los problemas y los motivos que conducen a la terapia, una teoría clínica abarcativa debe proveer una explicación de su emerger (etiología, patogénesis), una metodología

Figura. Fundamentos de una teoría clínica sistémica. Operaciones en la “génesis” y desintegración de un sistema-terapia.



Tipo de sistema:	sistema-problema	sistema clínico	sistema terapia	disolución
Transcurso:	<i>Principio</i>	— — — — —	— — — — —	<i>Fin</i>
Tema:	Problema	Coordinación de la ayuda	Encargo de la terapia	

para su identificación (diagnóstico) y su eliminación (terapia), así como una metodología para el control de estas medidas (formación, supervisión, evaluación). La figura contiene un esquema global de todos estos elementos de una teoría clínica. Se trata de una sucesión de distintos sistemas sociales. El Observador, quien puede ser también uno de los involucrados, concibe de acuerdo con criterios apropiados a las personas observadas como "miembros" de un sistema social común. Para esto se sirve de criterios que le permiten "ver" los comportamientos de los dos como coordinados

entre si de alguna manera, y demostrar esta percepción a otro (u otros) observador(es) en forma comprensible y aceptable. Sin entrar aquí en detalles (comp. Ludewig, 1988b), supondremos para nuestros propósitos que desde la perspectiva del Observador cada una de las personas genera un *Operador* social definido como una entidad diferenciable, es decir, un "*miembro*", cuya única operación relevante consiste en contribuir con los aportes propios de este sistema social. Su contribución consiste en generar actos comunicativos que permitan ser adheridos por los aportes de los otros miembros y, al mismo tiempo, se adhieran (anexen) a los aportes de los otros (Luhmann, 1984). Por miembro se entiende aquí una unidad de carácter exclusivamente social que puede ser definida por si sola, es decir, sin necesidad de recurrir a otras unidades sociales como persona, individuo, ser humano, etc. Eso si, su definición requiere comprobar que, por lo menos, una de sus operaciones encuentre alguna forma de correspondencia en el actuar de otro miembro del mismo sistema. Mínimamente esta exigencia se cumple por medio de la afirmación "Yo soy miembro de ... " o, por ejemplo, al pagar la cuota de socio de un club. En el extremo contrario, las descripciones de las personas que generan a los miembros y las descripciones de los miembros generados por ellas llegan a superponerse casi totalmente en casos excepcionales de vivencias muy intensas como, por ejemplo, en el enamoramiento y las crisis psicóticas. En todo caso, el miembro ha efectuado las operaciones de membrecía por medio de actos comunicativos. Y dado que la operación basal del miembro es generar comunicación, su existencia exige la existencia de por lo menos otro miembro con quien él configure un sistema social común. Un miembro es entonces una unidad social que solo aparece en el transcurso del proceso comunicativo de una comunidad unida por un sentido compartido. Un miembro no puede emerger aisladamente. Miembro, comunicación y límite de sentido (Luhmann, 1984) conforman aspectos de un sistema social que se condicionan existencialmente an forma mutua. Su existencia esta ligada inseparablemente a la existencia de los otros aspectos (Ludewig, 1988b). Un miembro puede, por definicion, ser generado sólomente por un ser humano, por una persona; su definición, sin embargo, no equivale a la definición del ser humano ni de la persona que "encarna" al miembro³. Ser humano, persona y miembro son conceptos emitidos por un Observador que al hacer estas distinciones está especificando dominios fenomenológicos distintos.

Los sistemas sociales configuran conjuntos o comunidades en base a un sentido compartido. Tales sistemas son sólomente reconocibles en la dimensión temporal sin tener existencia espacial.. La comunicación entre los miembros - por asi decirlo, su "eslabón" - puede ser percibida sólo con respecto al tema que comparten y que los une. Es por esto que el esquema de la figura distingue el proceso de un sistema social según los posibles temas (textos) que lo hacen distinguible. Entre los muchos temas posibles uno puede ser un problema. Para que se hable de un problema se requiere que un Observador - quien también puede ser miembro del sistema que ha desarrollado el problema como su tema - valore algún acto o alguna secuencia de actos como problema. Para ésto se requieren dos condiciones:

a) La valoración en referencia debe expresarse en lenguaje, ya sea en forma explícita o implícita, como por ejemplo, al solicitar asistencia a un "experto en problemas". De lo

³ "Encarnar" significa aquí el proveer als miembro con todas las estructuras biológicas y psíquicas que le son necesarias para poder actuar comunicativamente.

contrario estamos frente a un problema vivencial sin relevancia social, y por ello, tampoco para una teoría clínica.

b) Esta valoración (como desagradable, de sufrimiento, imposible, etc.) debe ser "aceptada" o confirmada, es decir, adherida o anexada comunicativamente. De no ser así, queda expresada pero no alcanza relevancia social.

Si estas dos condiciones se cumplen podemos hablar de un *sistema-problema*⁴ (Goolishian, Anderson, 1987; Luhmann, 1984; Ludewig, 1987a, 1988b). Un sistema-problema se define entonces como un sistema social cuyos miembros mantienen una comunicación sobre el tema "problema". El concepto de sistema-problema posibilita formular una teoría clínica prescindiendo totalmente de la exigencia tradicional de un diagnóstico cabal, descriptivo y prescriptivo. Desde un punto de vista sistémico lo anterior no tiene sentido debido a ser epistemológicamente imposible (Ludewig, 1987a). Si al hablar de problemas nos estamos refiriendo al tema de un sistema social determinado que no es único ni en su organización ni en su estructura, sino que tiene todas las características de cualquier sistema social diferenciándose sólo temáticamente, entonces la tarea del "experto en problemas" se reduce a diseñar y aplicar métodos apropiados para disolver "el" problema. Este experto está entonces liberado de tener que inventar hipótesis sobre sus pacientes de acuerdo con nosologías y tipologías de utilidad bastante cuestionable. Le basta decidir si se siente o no en condiciones de trabajar eficazmente con el problema que le han presentado.

Si las personas que "encarnan" a los miembros de un sistema-problema se remiten a un clínico solicitando ayuda o asistencia y este acepta entablar contacto con sus miembros queda así configurado un *sistema clínico*. En el caso de que el clínico ofrezca terapia como una medida para la solución del problema, el sistema clínico se reorganiza en un sistema terapéutico o *sistema-terapia*. Si la terapia logra su objetivo se desintegra la membrecía que sostiene al sistema terapéutico y las personas involucradas pueden continuar su vida dejando de contribuir a la mantención (reproducción) del problema. En otras palabras, el sistema terapéutico se desintegra y, asimismo, el sistema-problema. De lo contrario, es posible que en el transcurso de las medidas terapéuticas se hayan desarrollado problemas "terapígenos" o que el sistema-problema haya "sobrevivido" la terapia sin desintegrarse. En ambos casos se trataría de terapias inefectivas.

Este esquema simple de la "génesis" de una terapia (como alternativa a la patogénesis de un disturbio) desemboca finalmente en la necesidad de especificar la terapia, tanto formalmente como en su contenido, en congruencia con el entendimiento sistémico propuesto anteriormente. En cuanto a los aspectos aquí no considerados: formación, supervisión y evaluación se sugiere consultar un trabajo próximo a ser publicado (Ludewig, 1991, en preparación).

Terapia

En el ámbito psicosocial y en su sentido más general puede describirse la terapia como el sistema que emerge cuando por lo menos dos personas se encuentran y una o más de ellas busca(n) resolver uno o más problemas con ayuda de un terapeuta. Para que el sistema social configurado por ellas pueda ser reconocido como terapia tienen que cumplirse mínimamente tres condiciones formales:

⁴ El sistema-problema existe en torno a la producción y reproducción de un problema como su tema. No se trata de un sistema problemático en el sentido de tener problemas.

- a) al menos uno de los participantes debe definir su membresía como la de un terapeuta, es decir, en congruencia con su entendimiento del rol de terapeuta;
- b) al menos otro de los participantes debe aceptar (por ejemplo, al presentar un problema, al aparecer) explícita ó implícitamente al terapeuta como tal y, entonces, orientar sus actividades hacia las aperturas comunicativas del terapeuta, generando el comportamiento correspondiente a su membresía como paciente (cliente, "comprador");
- c) este proceso debe ocurrir en un lapso necesariamente limitado.

Terapia representa entonces el proceso comunicativo generado por personas en los roles de terapeuta y paciente que no sólo es generado por ellos, sino también conservado, realizado y terminado por los mismos. La terapia puede ser considerada formalmente como el desarrollo de un sistema clínico que devino en un sistema terapéutico y que tiene como meta su propia (di-)solución. Como sistema social originado en un sistema-problema, al complementarse con uno o más terapeutas se realiza como terapia en el proceso de una conversación de índole polifónica. Este proceso es singular en el sentido de que a diferencia de otros sistemas sociales, no pretende entablar una comunicación durable sino precisamente evitar tal desarrollo. Por definición, la terapia intenta generar un proceso conversacional que permita construir realidades nuevas, sin constituirse en una comunicación, en el sentido de Maturana (1982), lo que implicaría entablar una correspondencia de estados entre los participantes cuya redundancia, cada vez mayor, no permitiría generar algo nuevo.

En este sentido, las tareas del terapeuta pueden reducirse a cuatro aspectos básicos: contribuir a la generación, conservación, realización y terminación del sistema terapéutico. El terapeuta debe hacerse cargo de que un sistema terapéutico pueda emerger en el cual él se ofrezca como terapeuta. A partir de ahí debe comportarse de manera tal que sus pacientes permanezcan en contacto con él mientras sea necesario y no interrumpan su proceso común prematuramente. En relación a las metas de este proceso el terapeuta deberá facilitar la aparición de cambios que puedan ser considerados significativos. El especificar algunos cambios como significativos tiene como fin recordar que los sistemas sociales no pueden concebirse como estables sino en permanente cambio. Esto hace necesario precisar cuáles cambios van a considerarse como valiosos o significativos, y ello depende de los criterios establecidos o emanados del contexto de cada terapia en particular (ver Ludewig, 1988a, 1988b). Finalmente, como última tarea al terapeuta le corresponde estar atento a captar cuando ha llegado el momento de disolver o desintegrar el sistema terapéutico.

Reflexión metodológica

Para la orientación de su praxis el terapeuta precisa de un marco metodológico. Sin una concepción metodológica no habría posibilidad de formación, supervisión ni evaluación de la terapia; su conducción sería, además, arbitraria y no comprensible. El teórico de la terapia basado en fundamentos sistémicos se encuentra frente a una serie de dificultades al intentar la formulación de un método congruente con su pensamiento. La primera y más profunda de estas dificultades emana del entendimiento sistémico-constructivista de la estructura humana como una "máquina no-trivial" (von Foerster, 1985), cuya autonomía fundamentada en su operacionalidad clausurada circularmente no permite interacciones "instructivas" (Maturana, Varela, 1984). Siguiendo esta postura, los seres humanos no pueden ser determinados por medio de interacciones sino, cuando mucho, "perturbados" (gatillados, propiciados, irritados). Ahora bien, la medida en que ha ocurrido una

perturbación es determinada siempre por la estructura del que eventualmente fuera perturbado. La suposición, entonces, de que el terapeuta actúa sobre el paciente en forma causal pasa a ser insostenible. Afirmar la efectividad de las intervenciones recae siempre sobre aquel que afirma tales atribuciones sin decir nada sobre el proceso en cuestión. Desde esta perspectiva, si la terapia no es concebida como una actividad arbitraria y cualquiera, y si es inevitable descartar la efectividad causal, el teórico de la terapia (así como el terapeuta en cada una de sus actuaciones) se encuentra enfrentado a un imperativo que aparece imposible de cumplir. Se trata del dilema:

"Actúa eficientemente sin saber nunca de antemano cómo exactamente hacerlo, ni a dónde conducirá la medida adoptada".

Una metodología de la terapia debe, entonces, abrir un camino de salida a este dilema. De lo contrario, la terapia tendrá que ignorar el dilema y ser conducida en base a una causalidad imaginada o correr el riesgo de perderse en un nihilismo estéril. Si se revisan las soluciones que las distintas escuelas de psicoterapia le han dado a este dilema en el transcurso de la historia de esta disciplina, se podrán localizar sin gran dificultad en algún lugar de una dimensión que transcurre entre los polos "¡Sé tu mismo!" y "¡Obedece mis instrucciones!", vale decir, entre los dos extremos imaginables de como orientar al terapeuta. Según el punto de vista teórico que se adopte, la terapia recae especialmente sobre la humanidad más o menos perfeccionada del terapeuta o en la reproducción más o menos cabal de métodos más o menos sofisticados, los que precisamente tienen como fin tratar de suprimir la subjetividad del terapeuta. Los efectos terapéuticos son atribuidos entonces a las características humanas del terapeuta o al método implementado.

A continuación se propone una vía que intenta integrar ambas instancias. Para ello comenzaremos probando cual de los siguientes aspectos que podrían fundamentar la terapia metodológicamente sea el más conveniente. Estos son: los resultados de la terapia, la proposición generalizada de interacciones estandarizadas (intervenciones), la duración del proceso y la predeterminación operacional de la membrecía de los participantes: terapeuta y/o paciente (cliente).

Veamos: la operatividad de la terapia en base a sus resultados exige suponer que las medidas terapéuticas actúan por un lado en forma causal y, por el otro, que los resultados puedan ser atribuidos con cierta certeza a ellas mismas. Bajo esta suposición es posible distinguir *a posteriori* las medidas útiles de las inútiles, basándose en su correlación con los resultados del proceso terapéutico. Sin embargo, esto requiere la "trivialización" del tratamiento mismo y de los participantes vistos como "máquinas triviales" (von Foerster, 1985), ya que esta suposición recurre a un modelo de *input-output* con causalidad lineal simplificada. Por todo lo dicho hasta ahora, esta vía resulta simplista, inadecuada y, por lo tanto, poco conveniente. Pasando ahora al segundo aspecto, esto significaría optar por una vía que postule *a priori* cuáles serían los tipos de acción efectivos del terapeuta. Esta opción ya no requiere fundamentalmente la trivialización de los participantes, pero sí la normalización de las actividades del terapeuta en términos de convertirlo en repetidor de técnicas y acciones prescritas. Esto dificulta obviamente su participación en los sucesos actuales del proceso terapéutico sin que exista una necesidad conceptual que justifique una limitación de tal envergadura. Continuando con el tercero de los aspectos anteriormente mencionados, se trataría de determinar la terapia a partir de una fijación *a priori* de su duración, lo cual sería bastante difícil de justificar. Nos queda entonces solamente la posibilidad de definir la terapia en base a la determinación de los participantes. De las dos posibilidades que tenemos aquí

a la mano - terapeuta y paciente- se sugiere descartar al paciente (sistema-problema). Cualquier concepto que se base en él precisaría de una selección entre los posibles problemas y pacientes, puesto que en este caso la terapia se definiría según el tipo de problemas (pacientes) que la justifican. Sería necesario un diagnóstico evaluativo que distinguiera, por un lado, la calidad de los problemas presentados y, por otro, la "aptitud" del afectado para cumplir con sus supuestas "obligaciones" como paciente. Para esto no hay ninguna necesidad plausible ni mucho menos una justificación moral. Visto así sólo nos queda el terapeuta como el complejo sobre el cual puede basarse un método terapéutico con fundamentación sistémica.

10 + 1 guías o preguntas-guía

En las acotaciones precedentes he intentado demostrar que en un marco sistémico la terapia puede ser concebida con mayor coherencia si se basa en la descripción de las actividades del terapeuta. Una metodología de la terapia necesita entonces delinear un marco de acción que defina la membresía del terapeuta de modo específico como operador comunicativo en un sistema terapéutico. En este sentido, para que pueda ocurrir terapia, es decir, para que ésta pueda ser distinguida por un Observador como tal, la estructura interna de una membresía debe implementarse de tal manera que pueda ser definida específicamente como ese componente del sistema social terapia. A tal fin el terapeuta debe cumplir una programática metodológica previamente estipulada. En otras palabras, la terapia la efectúa aquel que se comporta como terapeuta. En la medida en que terapia constituye por definición un sistema social compuesto por el terapeuta y uno o más pacientes (miembros del sistema-problema), la realización del rol del terapeuta en esta programación metodológica implica, por supuesto, la inclusión ineludible de la participación de sus pacientes. Es decir que desde el punto de vista expuesto la terapia la efectúa siempre el terapeuta, pero siempre y cuando sus pacientes lo acepten como tal. La existencia del terapeuta depende, por lo tanto, de la correspondiente existencia y participación del paciente.

Con el fin de establecer un marco de acción en el cual se realice terapia y así aparezca el terapeuta, se proponen a continuación 10 frases que intentan configurar este marco (ver tabla). Estas frases pretenden sintetizar el pensamiento sistémico antes expuesto en forma de imperativos y/o preguntas que cumplan dos objetivos:

- a) ser lo suficientemente breves y precisas para ser fácilmente aplicables en la práctica de la terapia, y
- b) ser lo suficientemente generales y abarcativas para estar en congruencia con los principios teóricos que les sirven de fundamento.

Las 10+1 frases presentan *una* de las soluciones posibles para salir del dilema antes expuesto. El marco así configurado pretende ser lo suficientemente específico como para servirle de orientación al conductor de una terapia y, al mismo tiempo, lo suficientemente amplio y general para que pueda ser ajustado a lo singular de cada terapeuta y cada terapia. En 1984 surgen estas frases en su primera versión (el hecho que sean 10 y no 9 u 11 tiene que ver aparentemente con una cierta tradición con respecto a la regulación imperativa de la conducta: ¡Diez es, al fin y al cabo, un número redondo!). Su planteamiento se basa, además de todo lo mencionado hasta ahora, en tres criterios superpuestos: las frases tienen como fin el posibilitar la configuración de terapias que sean útiles en cuanto a su

finalidad, hermosas en cuanto a la selección y el uso de las intervenciones y humanas en cuanto a una posición de respeto frente al cliente.

**Tabla: 10 + 1 guías para la orientación del terapeuta o
10 + 1 preguntas-guía del terapeuta a si mismo**

Tareas en el sistema terapia	Guías	Preguntas-guía
Generación de un sistema-terapia	1 ¡Defínete como terapeuta! 2 ¡Respétate!	¿asumo responsabilidad como terapeuta? ¿respondo por mis posibilidades?
Preservación del sistema-terapia	3 ¡Orientáte por tus clientes! 4 ¡ Valora favorablemente! 5 ¡Limitate! 6 ¡Sé modesto!	¿a las pautas de quién me atengo? ¿busco sendas de apertura? ¿me limito a lo más necesario? ¿me veo como causa?
Realización de terapia “gatillando” cambio favorables	7 ¡Permanece flexible! 8 ¡Pregunta en forma constructiva! 9 ¡Intervén con mesura!	¿cambio mis perspectivas? ¿Hago preguntas que llevan hacia adelante? ¿Estimulo con cautela?
Terminación	10 ¡Termina a tiempo!	¿Puedo terminar ya?
... y	+1 ¡No te atengas ciegamente a guías!	¿las aplico de una manera flexible y de acuerdo con el contexto?

Las 10+1 guías para la orientación del terapeuta, junto con las correspondientes 10+1 preguntas-guía de éste a si mismo, han sido ordenadas conforme a las cuatro tareas básicas dei terapeuta. Según mi experiencia personal tanto en la formación como en el perfeccionamiento de profesionales, la discusión sobre cada una de las frases cobra sentido en la medida en que no son entendidas textualmente según como las pensara su autor, sino en el transcurso de su incorporación por cada terapeuta a su práctica que va surgiendo cada vez nueva. Por esta razón las frases no serán discutidas aquí extensivamente. A modo de orientación bastan las siguientes indicaciones: las frases 1 y 2 se refieren a la dependencia mutua entre la persona y el rol del terapeuta. Las frases 3 a 6 motivan al terapeuta a cooperar con sus pacientes: la frase 3 recuerda que siempre se trata de la estructura del paciente; la frase 4 entiende que los sistemas sociales, por lo tanto también los sistemas-problema, operan fundamentalmente sin errores siguiendo su propia lógica; la frase 5

previene de la tentación de hacer terapia "terapigénica"; la frase 6 demanda tener en mente que los pacientes cambian cuando cambian y no cuando lo desea el terapeuta. Las frases 7 a 9 dan indicaciones al terapeuta sobre como conducir la terapia hacia su meta - la solución del problema del modo más rápido, directo y menos perturbante posible. Finalmente, la frase 10 conduce en toda su ambigüedad, inevitablemente de retorno a la frase 1, es decir, se dirige recursivamente al terapeuta como al único regulador de sus propias actividades. La frase +1 relativiza por encima de las demás frases el contenido de todas ellas - ¿cómo podría ser de otra manera? - con respecto a la forma en que el terapeuta valora e interpreta su trato actual con los pacientes presentes en cada situación terapéutica.

Epílogo empírico

La utilidad de las 10+1 guías como medio para describir la forma de trabajo de terapeutas sistémicos fue investigada recientemente por Claudia Woerpel (1986) como parte de un proyecto de investigación más amplio sobre este tema, dirigido por el autor. Para este efecto ella operacionalizó las primeras nueve frases por medio de una escala de rating de 17 ítems. Estos ítems demostraron su utilidad al poder ser usados por cinco observadores con un alto índice de concordancia y con una fidelidad conceptual aceptable. Los cinco observadores semi-entrenados evaluaron las filmaciones en video de las tres primeras sesiones de cuatro terapeutas, que trabajaban de acuerdo a conceptos sistémicos aunque con distinto grado de experiencia. Los resultados muestran, entre otras cosas, que los ítems luego de ser analizados pueden ser representados por tres factores. Los dos primeros corresponden a los factores encontrados habitualmente en investigaciones de interrelaciones humanas, tanto en la psicología de la enseñanza (por ej., Schaefer, 1959: control vs. autonomía y amor vs. odio) como en la investigación más actual de estructuras familiares (por ej., Olson et al. 1983: adaptación rígida vs. caótica y cohesión aglutinada vs. desligada). Evidentemente, estas dimensiones representan formas básicas de la semántica humana. Hofstaetter (1966) las refirió a aspectos estereotipados del autoconcepto masculino (instrumentalidad) y femenino (emocionalidad). En nuestro estudio estas dimensiones fueron denominadas "*aceptación del rol*" (estructuración, profesionalidad, soberanía, actividad, etc.) y "*dedicación*" (cooperación, neutralidad, clima de trabajo agradable, aceptación del otro, etc.). Los dos factores explican respectivamente 36 y 12% de la variación total. El tercer factor se diferencia de los primeros dos al referirse a contenidos más específicos de la conducta terapéutica sistémica; éste fue denominado "*intervención sistémica*" (valoración positiva, intervención parsimoniosa, construcción de perspectivas distintas, etc.). Esto, por lo demás, no es tan específicamente sistémico y da así para pensar que nuestras terapias son, desde el punto de vista del observador no comprometido, bastante más similares a otras terapias de lo que nosotros quisiéramos creer.

Lo ventajoso de esta operacionalización proviene, a mi juicio, de otro aspecto. Por medio de los ítems, fué posible evaluar y comparar el trabajo de los cuatro terapeutas observados según cómo estaban practicando de hecho un concepto común. Para este efecto se compararon los perfiles de los cuatro terapeutas respecto a sus semejanzas en los tres factores dentro de las tres terapias estudiadas, y se probó si su *forma de trabajo* demostraba consistencia interna a través de todas las sesiones de un mismo terapeuta. Los resultados no sorprenden: Desde el punto de vista de los observadores, los terapeutas, aún mostrando bastante similitud entre ellos e intraindividualmente, no realizan rígidamente el mismo concepto - aparecen estilos personales de cada uno de ellos-, ni

son rígidamente consistentes de terapia en terapia - los contextos propios de cada terapia se dan a conocer. El valor práctico de estos resultados está en que el terapeuta puede recibir un feedback operacionalizado según como los observadores vayan apraciando su trabajo. Esto significa simplificar el aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allman, L.R. (1982): The aesthetic preference: Overcoming the pragmatic error. *Family Process* 21: 43-56.
- Andersen, T. (1987): Systemisches Denken und systemisches Arbeiten in Nordnorwegen. *Z. systemische Therapie* 5: 95-100.
- Bateson, G. (1979): *Mind and Nature. A Necessary Unity*. Boston, New York (E.P. Dutton).
- Dell, P.F. (1982): Beyond Homeostasis: Toward a Concept of Coherence. *Family Process* 21: 21-41.
- Dell, P.F. (1984): Von systemischer zur klinischen Epistemologie. I. Von Bateson zu Maturana. *Z. systemische Therapie* 2: 147-171.
- da Shazer, S. (1982): Some conceptual distinctions are more useful than others. *Family Process* 21: 71-84.
- de Shazer, S. (1985): *Keys to Solution in Brief Family Therapy*. New York (Norton).
- Foerster, H. von (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig (Vieweg).
- Glaserfeld, E. von (1986): Wissen ohne Erkenntnis. *Delfin* VII: 20-23.
- Goolishian H.A., H.Anderson (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. En: Reiter, L. et al. (eds.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin (Springer), p. 189-216 (en prensa).
- Hoffman, L. (1987): Jenseits von Macht und Kontrolle: Auf dem Wege zu einer systemischen Familientherapie 'zweiter Ordnung'. *Z. systemische Therapie* 5: 76-93.
- Hofstaetter, P.R. (1966): *Einfuehrung in die Sozialpsychologie*. Stuttgart (Kroener).
- Keeney, B.P. (1982) What is an epistemology of family therapy? *Family Process* 21: 153-168.
- Keeney, B.P., D.H. Sprenkle (1982): Ecosystemic epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process* 21: 1-19.
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Ludwig, K. (1982): Gesichtspunkte fuer die Beendigung einer Familientherapie aus systemischer Sicht. En: Junkers, G. et al. (eds.): *Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern*. Tuebingen (DGVT), p. 85-89.
- Ludwig, K. (1983): Die therapeutische Intervention. En Schneider, K. (ed.): *Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Paderborn (Junfermann), p. 78-95.
- Ludwig, K. (1985): Aspekte, Probleme, Loesungen, Bedenken einer systemischen Therapieausbildung. *Z. systemische Therapie* 3: 132-140.
- Ludwig, K. (1987a): Vom Stellenwert diagnostischer Massnahmen im systemischen Verstaendnis von Therapie. En: Schiepek, G.(ed.): *Systeme erkennen Systeme*. Weinheim (PVU), p. 155-173.
- Ludwig, K. (1987b): Therapie und Erziehung - Widerspruch oder Ergaenzung? En: Rotthaus, W. (ed.): *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund (modernes lernen), p. 90-100.
- Ludwig, K. (1988a): Nutzen, Schoenheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103-114.
- Ludwig, K. (1988b): Problem - "Bindeglied" klinischer Systeme. Grundzuege eines systemischen Verstaendnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter, L. et al. (eds.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin (Springer), p. 231-249.
- Ludwig, K. (1991): Grundarten des Helfens. Ein Schema zur Orientierung der Helfer und der Helfer der Helfer. En: Brandau, H. (ed.), *Supervision aus systemischer Sicht*. Salzburg: O. Mueller (en preparación)
- Ludwig, K., T. von Villiez (1984): Warum systemische Therapeuten Systeme wie die Psychiatrie nicht vermeiden sollten. *Z. systemische Therapie* 2: 29-38.

- Ludewig, K., R Schwarz, H. Kowerk (1984): Systemische Therapie mit Familien von 'psychotischen' Jugendlichen". *Familiendynamik* 9: 108-125.
- Maturana, H.R. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig (Vieweg).
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1984): *EI árbol del conocimiento*. Santiago de Chile (Ed. Universitaria).
- Olson, D.H. , C.S. Russell, D.H. Sprenkle (1983): Circumplex model of marital and family therapy. VI. Theoretical Update. *Family Process* 22: 69-83.
- Schaefer, E.S. (1959): A circumplex model for maternal behavior. *J. Abnormal & Social Psychology* 59: 226-235.
- Schmidt, S.J. (1987): *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1978): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1980): Hypothesizing - Circularity - Neutrality: Three Guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 19: 3-18.
- Stierlin, H. (1983): Familientherapie: Wissenschaft oder Kunst? *Familiendynamik* 8:364-377.
- Varela, F.J. (1986): *The Science and Technology of Cognition. Emerging Trends*. Paris: ecole polytechnique.
- Wörpel, C. (1986): Zur systematischen Beschreibung der Arbeitsweise systemisch arbeitender Therapeuten. Hamburg: Psychologisches Institut: Tesis de grado inédita.