7. La voz de los clientes: consejos prácticos de los expertos para crear conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas

«Para alcanzar lo que no sabes, debes seguir el camino de la ignorancia».

T. S. Eliot

«En realidad, nadie ve una flor —es tan pequeña—, no tenemos tiempo, y ver lleva tiempo, como tener un amigo lleva tiempo».

Georgia O'Keeffe

La voz del cliente ha sido muy importante para la evolución de mi enfoque colaborativo de la terapia (Anderson, 1991*b*, 1995, 1996*a*, 1996*b*; Anderson y Goolishian, 1988*b*, 1992; Anderson, Goolishian y Winderman, 1986*b*; Goolishian y Anderson, 1990). Esto se ha debido a la curiosidad y fascinación que me inspiran las descripciones que hacen los clientes de sus experiencias con la terapia y los terapeutas, y a mi convicción de que las opiniones del consumidor son esenciales para el desarrollo y perfeccionamiento de todo producto. Esto no quiere decir que mi propósito sea formular una terapia diseñada por los clientes. Lo que ocurre es que en el curso de mi práctica me he dado cuenta de lo mucho que aprendí de mis clientes, y de la influencia que su voz ha tenido sobre mis pensamientos y acciones como terapeuta. De ahí que me dedique a la investigación como parte de mi práctica clínica cotidiana. Siempre que puedo, entrevisto a los clientes de mi propia práctica, y a los derivados para consulta, sobre sus experiencias con tratamientos exitosos y no exitosos, incluyendo sus experiencias con los profesionales que los tratan.

Porque presto atención a lo que dicen los clientes, he aprendido que ellos saben sobre su vida más de lo que yo sé, o puedo llegar a saber, y que mi *saber* puede estorbar sus narrativas y la movilización de sus propios recursos. Por eso he puesto la voz del cliente en el centro del escenario; para decirlo una vez más, los clientes enseñan y los terapeutas aprenden, invirtiendo los papeles tradicionales del terapeuta que sabe y el cliente que no sabe.[1]

Aquí presentaré lo que he aprendido escuchando los relatos de los clientes en primera persona, sus reflexiones sobre la terapia y sobre sus relaciones con terapeutas.[2] Incluyo las voces de mis propios clientes, las de clientes de otros terapeutas con quienes he conversado una sola vez y las de clientes a quienes entrevisté específicamente acerca de sus experiencias terapéuticas. Partiendo de estos *consejos de expertos*, propongo un análisis y un marco de referencia para crear lo que llamo *conversaciones dialógicas y relaciones narrativas colaborativas* —un proceso y una relación caracterizados por la *conexión*, la *colaboración* y la *construcción*.

Un concepto clave para este enfoque conversacional y relacional es el de *no-saber* (Anderson, 1990; Anderson y Goolishian, 1988*b*, 1992; Goolishian y Anderson, 1987*a*, 1990). El no-saber es la diferencia fundamental entre mi enfoque colaborativo y otras terapias, y define radicalmente la intención, la dirección y el estilo del terapeuta. ¿En qué consiste el no-saber? ¿Qué hace un terapeuta con lo que ya sabe?

El «no-saber»

«No son respetuosos. Dicen lo que está escrito [lo que aprendieron de los libros]. Describen los problemas en sus propios términos».

El saber —la ilusión de entender, o la seguridad de un método— reduce la posibilidad de ver, y empeora nuestra

[1] Esta es una idea presentada por mi colega Arlene Katz.
[2] Los nombres de los clientes y otras características identificadoras han sido modificados.

sordera para lo inesperado, lo no-dicho y lo todavía no-dicho (Anderson y Goolishian, 1988*b*). Si siempre oímos y escuchamos de la misma manera, no podemos ver ni oír lo diferente y lo único. La posición de no-saber, apoyada en movimientos posmodernos como la hermenéutica contemporánea y el construccionismo social (Gergen, 1982; Shapiro y Sica, 1984; Shotter y Gergen, 1989; Wachterhauser, 1986*a*), cuestiona el dualismo sujeto-objeto o conocedor-conocido. Se basa en el supuesto de que la creación dialógica de significados es siempre un proceso intersubjetivo, que da lugar a posibilidades que el «saber» no permite. *Una de esas posibilidades es el diálogo*.

El no-saber alude a la actitud y creencia del terapeuta de que él no tiene acceso a una información privilegiada, que nunca puede comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado constante de *ser informado* por el otro y de aprender más sobre lo que se ha dicho o puede no haberse dicho. El *no-saber* es una postura interpretativa que se apoya en el análisis continuo de la experiencia tal como ocurre en un contexto, y tal como es narrada por el cliente. La interpretación es siempre un diálogo entre terapeuta y cliente, y no el resultado de alguna narrativa teórica privilegiada por lo que el terapeuta entiende, por su pericia, su experiencia o su modelo conceptual. El no-saber incluye varios aspectos que lo ayudan a mantenerse constantemente informado por su cliente, y a seguir aprendiendo.

Incertidumbre

Voluntad de dudar. La incertidumbre requiere que pongamos en suspenso, «colgando» frente a nosotros, nuestros discursos profesionales y personales dominantes —lo que sabemos o creemos saber—; que nos mantengamos conscientes de nosotros mismos y de los otros, y abiertos a examinarnos y a ser examinados por los otros. Tenemos que ser capaces de no entender demasiado rápidamente, de abandonar supuestos y estereotipos prematuros, de cuestionar lo que pensamos que sabemos y de no apreciar nuestro conocimiento más que el del cliente. Necesitamos una mente abierta a los cuestionamientos, al cambio y a lo inesperado.

Esto nos permite abrir en nuestra mente un espacio para el otro, ese espacio para las posibilidades que constituye un aspecto crítico del diálogo.

Voluntad de arriesgar. En mi consultorio, el terapeuta no está *seguro*, no está protegido por su *saber*. La posición de no-saber es vulnerable; los terapeutas también corren el riesgo de cambiar. Hay cierto riesgo en dejar a los clientes el centro del escenario y la decisión sobre lo que van a contar y el modo en que lo harán, en lugar de guiarse por lo que uno piensa que es importante oír. Creo necesario desechar los supuestos y categorías generalizantes, derivados de textos previos al contexto actual (Becker, 1984, pág. 435). Lamentablemente, los terapeutas tienden a valorar en demasía la formulación temprana de diagnósticos, interpretaciones, metas y estrategias de tratamiento (Gergen, Hoffman y Anderson, 1995). Las evaluaciones prematuras pueden hacer que un terapeuta formule preguntas cuyo propósito sea verificar las realidades del terapeuta más que aprender las del cliente. El saber —bajo la forma de un diagnóstico del *DSM-IV*, un supuesto clínico o una hipótesis de investigación— puede hacer que el terapeuta o investigador actúe de modo tal que lo confirme (Jones, 1986; Scarr, 1985). Cuando escuchamos y respondemos selectivamente a la historia de un cliente desde una postura de saber, buscamos, intencionalmente o no, confirmar nuestras creencias, prejuicios, expectativas y verdades aprendidas. Una actitud de escucha y respuesta selectiva puede obstaculizar el intercambio dialógico, con la consecuencia de restringir la amplitud del discurso, provocar un cierre prematuro del relato del cliente y empobrecer las opciones tanto para el cliente como para el terapeuta. Aquí lo decisivo no es tanto que el terapeuta tenga ideas preconcebidas, sino lo que *haga* con esas ideas. Cuando buscamos lo que nos es familiar, nos cegamos para lo que es especial de cada cliente y único de su situación. Gergen (1988*b*) advierte: «Una vez fijados en una determinada interpretación, aumentar la cantidad de acontecimientos no refuerza la interpretación. Meramente demuestra la agilidad conceptual del observador que le permite generar una aparente coherencia entre las interpretaciones» (pág. 36).

La postura de no-saber hace que la terapia y las preguntas del terapeuta se distingan de la exploración diagnóstica

tradicional. Si realmente no sabemos, entonces debemos aprender. Para aprender, tratamos de entender lo que el cliente nos dice. En esta modalidad, el saber y el entender siempre están *en camino*. El terapeuta debe arriesgarse a ser un aprendiz con cada nuevo cliente; es una experiencia radical que nos hace humildes y nos libera.

Humildad

El no-saber implica humildad acerca de lo que uno sabe. El terapeuta está más interesado en aprender lo que un cliente tiene que decir que en buscar, exponer, validar o promover su propio conocimiento o intereses. Por ejemplo, yo no pensaría que una madre que teme que su hijo de once años camine solo a la escuela o duerma en casa de un amigo sea «sobreprotectora». No trataría de que sienta o piense como yo. En cambio, hablaría con ella de manera tal que pudiéramos explorar y desarrollar juntas posibles acciones, sentimientos y pensamientos que se adapten a sus preocupaciones, sus creencias y sus circunstancias vitales, no a las mías. Trataría de aprender más sobre sus miedos; averiguaría su miedo más grande y lo que influye en su estilo parental. ¿Hay otra gente que la aconseja, y de ser así, qué le aconseja? ¿Se hablaba de estos temas en su familia, y de ser así, cómo se manejaban? La intención de mis preguntas sería aprender más, participar en su narrativa tal como es y tal como podría ser. No querría que estas u otras preguntas le dieran la impresión de que yo estuviera buscando una respuesta particular, o que existiera una respuesta correcta. Tampoco supondría que mis experiencias, opiniones y teorías acerca de la relación madre/hijo se corresponderán con las de ella. Si las ofreciera, lo haría humildemente. Esto no quiere decir que me muestre débil, insegura o tímida, sino que prefiero no darme demasiada importancia.

La posición de no-saber me protege de los cierres artificiales y prematuros que suelen ser la consecuencia de un resultado preplaneado. Operar desde una posición de *saber* independiente predetermina las posibilidades y destruye el codesarrollo de nuevos significados a partir de las historias y narrativas generadas en terapia. Las terapias orientadas hacia metas (tales como interrumpir pautas disfuncionales

impulsar una solución, buscar una excepción o crear una narrativa sustitutiva), y basadas en el conocimiento, teoría o experiencia preexistentes, limitan las opciones disponibles en el discurso terapéutico porque acentúan y buscan solamente lo que ya se sabe.

Los requisitos del no-saber

El terapeuta debe ser un experto en *no* basar sus comprensiones, explicaciones e interpretaciones en experiencias, conocimientos y verdades previos. Para ello, atiende al desarrollo natural de la historia de su cliente dialogando, aprendiendo y tratando de entender las preocupaciones, los puntos de vista y las expectativas del cliente. El terapeuta realmente quiere aprender el sentido que tienen las cosas para el cliente; quiere captar la historia del cliente, no determinar su causa. El terapeuta no sabe *a priori* cuál es la intención de cualquier conversación o acción, sino que depende de la explicación del cliente; aprende el significado de lo que dice un cliente, del mismo cliente.[3] El terapeuta aprende que los aparentes sinsentidos tienen sentido para el cliente.

[3] Shotter (1993*a*, pág. 130, *n.* 1) se refiere a lo que esta posición de no-saber requiere del terapeuta. Sugiere que la tarea del terapeuta es

"sentir" al otro único que tiene frente a sí, como es ser esa otra persona. De manera que el terapeuta no debe solamente repensar la naturaleza de la comunicación, sino también la naturaleza de su conocimiento (del otro), como algo que comienza con una secuencia de sentimientos vagos, fragmentarios, que con el tiempo han de integrarse en una totalidad "sentida", en todo que funcionará como una "base", en términos de la cual pueda juzgarse la adecuación de una formulación lingüística de su naturaleza (. . .) Quizás esa será la tarea más difícil para ellos (los terapeutas) porque, entrenados para pensar y actuar en forma autónoma, con un "plan" o un "padre" en mente, ahora tendrán que aprender a "andar a tientas", a responder creativamente a sus circunstancias, y de hecho eso es lo que hacemos siempre, sintiendo, por así decir, en algo que alguien expresa, la "cosa" de un problema, y haciendo una pregunta que esperamos que clarifique las cosas».

Lo que el no-saber no significa: el conocimiento profesional preaprendido

No-saber, en las palabras de Jacques Derrida (1978), «no significa que no sabemos nada, sino que estamos más allá del conocimiento absoluto (. . .) acercándonos al criterio que anuncia y decide su cierre». No-saber no significa retener información, simular estupidez, engañar o ser neutral.

Yo no cuestiono que los terapeutas tengan un conocimiento preaprendido —teórico y vivencial, profesional y personal—. Grandes cantidades de tiempo, dinero y energía han sido dedicados al avance del conocimiento en diagnosticar, predecir y tratar. No sugiero que este aprendizaje deba o pueda ser borrado. El terapeuta no puede ser una pantalla en blanco, vacía de ideas, opiniones y prejuicios. No puede ser neutral. Por el contrario, cada uno de nosotros trae al consultorio experiencias vitales personales y profesionales, valores, preferencias y convicciones. Debemos ser capaces de tener, compartir y promover nuestras opiniones, ideas y sentimientos.

A mí me interesa lo que incorporamos. Debemos poder ser cuestionados y cuestionarnos a nosotros mismos; embarcarnos en un juego dialógico que aliente la búsqueda igualitaria y mutua de la comprensión. Un proceso colaborativo tal disminuye el riesgo de que, aun sin quererlo, explotemos nuestro poder social como terapeutas con la finalidad de preservar nuestra propia base de conocimiento o la de nuestras instituciones y discursos culturales.

El siguiente es un ejemplo de la posición de no-saber.

«El me creyó»

Un colega psiquiatra —competente y creativo, pero frustrado— pidió una consulta con Harry Goolishian acerca de un cliente que a su juicio tenía un problema intratable, y con quien se sentía en un atolladero.[4] El cliente, Lars, un marino mercante noruego, creía que tenía una enfermedad crónica y que estaba contagiando a otros, incluso matándolos. Aunque Lars había hablado algo sobre dificultades en su matrimonio y su incapacidad actual de trabajar, fijaba su atención en la enfermedad. Estaba perturbado y asustado.

Durante la entrevista, Harry preguntó a Lars: «¿Cuánto tiempo ha tenido esta enfermedad?». Evidentemente sorprendido, y tras una larga pausa, Lars contó cómo comenzó todo, incluyendo los numerosos intentos de médicos y psiquiatras de aliviar su creciente miedo y su convicción de padecer una enfermedad contagiosa. Cuando era un joven marino mercante en el Lejano Oriente, había tenido sexo con una prostituta. Enseguida, y recordando las conferencias sobre enfermedades venéreas que había escuchado en su barco, temió haberse expuesto a una horrible enfermedad sexual. Presa del pánico, acudió a una clínica local, donde la enfermera no le creyó, le dijo bruscamente que allí no «trataban a perversos sexuales», que él «no necesitaba medicina, sino confesión y Dios», y lo expulsó de la sala de espera. De regreso a su hogar, y todavía temeroso de infectar a otros, vio a varios médicos. «Nadie me creyó», dijo. En diversas ocasiones fue derivado a consulta psiquiátrica. Nadie pudo aliviar sus miedos y convicciones acerca de su enfermedad contagiosa. Con el tiempo se convenció de que nadie comprendía la seriedad de su contaminación.

Harry mostró interés en el dilema de Lars y le dejó contar su historia a su manera. Lars se fue relajando, incluso se animó un poco, y comenzó a compartir la curiosidad de Harry. El propósito de Harry no era cuestionar la realidad o la historia de Lars, ni manipularlo para que abandonara su delirio. Harry quería aprender la historia de Lars, ser sensible a esa historia, mantener coherencia con la historia.

Los colegas que observaron la entrevista criticaron la pregunta de Harry «¿Cuánto tiempo ha *tenido* esta enfermedad?». Temían que la pregunta reforzara el «delirio hipocondríaco» del hombre. Sugirieron que hubiera sido más seguro, más neutral, preguntar «¿Cuánto tiempo ha *creído* que tenía esta enfermedad?». Pero la posición de no-saber no le permitía a Harry tomar la postura de que la historia de Lars era delirante. Lars dijo que estaba enfermo. Por lo tanto, Harry quería aprender más acerca de su enfermedad. Esto requería preguntas de no-saber.

Tratar de comprender a Lars y lo que podría aparecer como su «dislate» o su «psicosis» era un paso esencial en el

[4] Este cliente ha sido mencionado en trabajos anteriores (véanse Anderson, 1995; Anderson y Goolishian, 1992). Utilizo la historia aquí porque ejemplifica en forma dramática la posición de la que estoy hablando.

proceso continuo de establecer y continuar un diálogo. Implicaba moverse *con* la verdad narrativa de la experiencia de Lars en lugar de cuestionarla y asignarle el significado de *delirante*. Moverse con la narrativa de Lars es un proceso mutuo, y por lo tanto no es lo mismo que consolidar el delirio. Por medio del no-saber, Harry abrió un espacio donde la historia pudiera ser recontada de manera tal que permitiera la emergencia de nuevos significados y de una nueva narrativa, proveyendo el punto de partida para el diálogo abierto.

Una pregunta más segura como «¿cuánto tiempo ha creído que tenía esta enfermedad?» hubiera impuesto un punto de vista predeterminado, sabedor de que la enfermedad era un invento de la imaginación del cliente, una distorsión que requería ser corregida. Lars se habría sentido excluido de la historia y habría tenido que actuar según sus ideas y expectativas previas acerca del consultante. Harry se hubiera agregado a la lista de profesionales que no creían a Lars, que sabían más, y que hacían preguntas sabedoras. Una vez más, Lars se hubiera sentido incomprendido y alienado. Después de la entrevista, el psiquiatra de Lars le preguntó cómo había sido hablar con Harry. Lars contestó: «¿Sabe? ¡El hijo de perra me creyó!».

No quiero sugerir que toda pregunta de no-saber vaya a producir una cura milagrosa o que toda pregunta de saber vaya a producir un atolladero en la terapia. Ninguna pregunta por sí misma puede determinar el diálogo o la ausencia de diálogo. La pregunta en sí misma no es la causa de que alguien cambie su manera de entender, abandone una idea o tenga una nueva idea. Más bien, las preguntas conversacionales —al igual que los comentarios, declaraciones y gestos— son elementos de un proceso general que ejemplifican la postura honesta y consecuente del terapeuta de no entender demasiado rápidamente, no determinar el marco para el diálogo y no-saber. Cada pregunta es un elemento del proceso conversacional global y representa la postura general del terapeuta.

Seis meses después, el psiquiatra relató los efectos de la entrevista sobre él y Lars: «Me sentí liberado de tener que probar que su miedo era un delirio irracional». Las sesiones terapéuticas ahora parecían menos difíciles. La situación vital de Lars era mucho mejor y su enfermedad ya no era un

tema. Lars trabajaba regularmente, se ocupaba de su matrimonio y tenía una nueva hija.

Dos años después recibí una carta del psiquiatra:

> Hoy vi a Lars y eso me movió a escribirle unas pocas líneas. Le dije que Harry había fallecido el otoño pasado, y reaccionó muy fuertemente, diciendo: «Era un hombre maravilloso». Le pregunté a Lars qué lo había impresionado más, y dijo: «El me creyó, pero además me dijo algo que fue muy diferente. Sabe, después de contarle mis problemas y lo que hice, Harry dijo: "Como hombre, hizo lo que un hombre tenía que hacer"». Esa frase fue lo diferente. De tanto en tanto lo veo frente a mí diciendo eso.

El no-saber de Harry creó un punto de partida para un intercambio dialógico: la conversación interna de Lars, la del psiquiatra, y sus conversaciones el uno con el otro y con otros. Las conversaciones de Lars con el terapeuta lo llevaron a tener nuevas conversaciones consigo mismo y a componer una nueva narrativa de sí, a través de la cual ya no era el prisionero de una enfermedad crónica sino el héroe de su vida.

En mi conversación con clientes, como en la conversación de Harry con Lars, no trato de deconstruir, o de instruir a la voz marginal para hacer de ella lo que sé o pienso que debiera ser. En cambio, quiero crear espacio para esa voz, y aprender acerca de ella. Quiero sumergirme en el mundo del cliente, con una actitud y unas acciones que demuestren interés y respeto sinceros, y que hagan que el cliente se sienta escuchado y confirmado. Este crear espacio para el otro es el primer paso para ser capaz de hablar *con*, de dialogar, de cambiar.

A continuación usaré palabras y experiencias de los clientes para identificar seis rasgos entrelazados del no-saber, que caracterizan a los terapeutas que participan en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas, y que pueden servir como guías para la creación de esas conversaciones y relaciones: 1) Confiar y creer; 2) hacer preguntas conversacionales; 3) escuchar y responder; 4) mantener coherencia; 5) mantener la sincronía, y 6) honrar la historia del cliente.

Confiar y creer

«Me creyó».
«Esta gente me creyó».
«No tenía confianza psicológica».

Los clientes quieren que se confíe en ellos y se les crea. Una historia nunca puede ser históricamente exacta. Cada relato y cada versión son únicos. Cada persona oye y responde a la misma historia de modo diferente. Y los relatos pueden variar de momento a momento, de contexto a contexto y de circunstancia a circunstancia. Los terapeutas aprenden a *saber*, a orientar su radar para detectar incoherencias en la historia que narra el cliente, o los aspectos de la historia que no se corresponden con lo que los terapeutas piensan que debiera ser. Frustrados por las incoherencias en las historias de los clientes, los terapeutas a menudo responden —debido a su propia necesidad de claridad— con un cuestionamiento de las incoherencias, con un intento de encontrar o verificar la versión *correcta*, o simplemente descreyendo del cliente.

La postura de no-saber —similar a la «postura narrativa» de Bruner (1990)— requiere una actitud y una pericia diferentes de los terapeutas. Se trata de una actitud y pericia orientadas al proceso de la terapia más que al contenido (diagnosis) o el cambio (tratamiento) de estructuras patológicas. Los terapeutas no son impulsados por la búsqueda de la verdad, sino por la necesidad de entender. En los ejemplos que siguen, los clientes se refieren al confiar y el creer.

«Escúcheme y crea lo que digo»

Todos los miembros de la familia sueca hablaron en uno u otro momento de que no se les permitía hablar, de que no se les escuchaba y de que no se les creía. Conversando con la hija menor sobre que en las sesiones familiares los terapeutas y médicos no hablaban con ella, le pregunté: «Entonces, ayúdame a entender. Cuando dijiste que estabas de acuerdo con mamá en que los doctores también tendrían que hablar contigo, ¿ellos hablaban acerca de ti como si no estuvieras presente?».

«Sí. Pero no creo que ellos pensaran que era así».

Más adelante la hija mayor se refirió a las enfermeras del hospital que actuaban como intermediarias entre ella y el médico. Le dije: «Me interesa mucho tu deseo de hablar más. Si tuvieras esa oportunidad, ¿de qué querrías hablar? ¿Qué querrías que oyeran los doctores?».

«Quiero que me escuchen y crean en lo que digo. Y en que no estoy tratando siempre de manipular. Bueno, es un poco como si una fuera dos personas, y una buscara mejorar, y ellos deberían escuchar a esa parte y tratar de alentarla. Yo soy la que me conozco mejor y la que sabe lo que es mejor para mí».

Imagino que los terapeutas y médicos tienen sus propias versiones, igualmente válidas.

«Cuando la vieron, me creyeron»

Consulté con una pareja y su equipo terapéutico del hospital que estaban en conflicto acerca de si la esposa debiera ser dada de alta y derivada a terapia de consultorio externo. Ella había sido hospitalizada por tres semanas con un cuadro de depresión severa. El marido no quería que su esposa dejara el hospital a menos que le aseguraran que si volvía a deprimirse así sería readmitida. Interesada en su reticencia, le hice preguntas. Desbordando emoción, el marido habló de su preocupación y de la dificultad de encontrar un hospital que admitiera a su esposa. Dijo que durante muchos días ella se había rehusado a dejar la cama o a comer, y había amenazado con matarse. El se había quedado en casa sin ir a trabajar porque temía por la vida de ella. Llamó a varios lugares buscando ayuda para su esposa. Incapaz de convencer a nadie de la seriedad de la situación, describió vividamente que levantó su cuerpo inerte de la cama, la puso en el auto y la llevó en sus brazos a la guardia de emergencia del hospital. «Cuando la vieron, me *creyeron*».

«Esta gente realmente confía en mí»

Tuve el privilegio de hablar con Thomas y su actual terapeuta Hugo acerca de la difícil prueba por la que pasó

Thomas durante cinco años de terapeuta en terapeuta y de médico en médico que lo asistieran. A Thomas, diagnosticado como esquizofrénico paranoide, le habían dado una licencia médica en el trabajo debido a sus dificultades de relación con sus compañeros y con su jefe. La situación se había complicado por varias razones. En lo atinente a su empleo, Thomas estaba desesperado por continuar su carrera, pero el representante del seguro de incapacidad había recomendado su retiro permanente, a lo que Thomas se rehusaba. Además, en el curso de los últimos diez años habían ocurrido otros hechos trágicos en su vida. Thomas luchaba apasionadamente por su causa y, debido a su intensidad, la gente en posiciones de autoridad rehusaba hablar con él, y su jefe le temía. Durante su búsqueda de ayuda, Thomas no sólo sintió que nadie lo comprendía o lo ayudaba, sino que tampoco nadie confiaba en él o le creía. En su conversación conmigo, Thomas explicó que esto lo llevó a perder «confianza psicológica» en los médicos, y que el lenguaje corporal de los terapeutas indicaba que «no me *creían*». Recordando que había dicho que su actual equipo terapéutico lo había ayudado, comenté: «Usted dijo que tenía mucha confianza en ellos». Respondió:

> Me dije a mí mismo: esta gente realmente confía en mí (. . .) Sentí que quizá por primera vez, excepto por unos pocos amigos personales, esta gente me *creía*. No sentí malas ondas. No vi signos en su lenguaje corporal o en sus expresiones faciales que dijeran «Esto no es cierto».

«¡Sería lo esperable!»

En sus análisis de entrevistas con mujeres golpeadas, la terapeuta Susan Levin (1992) demuestra por qué es riesgoso no creer a los clientes. Una mujer, Nan, relató la historia de siete terapeutas que la culparon a ella por la violencia de su marido, tomaron partido por el marido, o simplemente le dijeron que lo dejara. Después de seis años, Nan finalmente encontró una terapeuta por la que se sintió escuchada. Levin comenta:

«Si yo hubiera estado escuchando en actitud defensiva, o si me hubiera inclinado a analizar o desconfiar de su percepción de la realidad, podría haber atribuido la repetida insatisfacción de Nan con sus terapeutas a un problema (o patología)» (pág. 72).

Las palabras de Nan confirman los efectos negativos que tendría una postura desconfiada o frustrada por parte de la terapeuta:

«Durante los nueve meses anteriores a que lo dejara [refiriéndose a su marido] y los tres meses posteriores, la idea de que alguien no me aprobaba, o de que pensaba que con mi inteligencia y mi historia yo debería ser capaz de dejarlo, cualquier sensación de esas me hubiera hecho huir» (pág. 73).

Levin da varios ejemplos de hechos que un terapeuta podría cuestionar, o defectos psicológicos a los que podría atribuirse la insatisfacción de Nan. Analiza lo que hubiera ocurrido si hubiera explorado cualquiera de estas ideas con Nan:

«Hubiera tratado de ayudar a Nan a aclarar exactamente cómo encontró a esos terapeutas, qué dijeron específicamente, qué había ocurrido primero, y así sucesivamente. La hubiera empujado y presionado, mediante preguntas sobre los "hechos", a reconocer que estaba distorsionando la verdad, o por lo menos hubiera tratado de convencerme a mí misma de los hechos. Esto es posiblemente lo que le ocurrió a Nan, una y otra vez, en terapia (. . .) Si yo hubiera indicado desconfianza o frustración con su historia, la interacción habría adquirido un estilo y un tono muy diferentes. Yo me hubiera convertido en inquisidora y experta, a cargo de definir lo que era importante como tema de conversación, y me hubiera colocado en la posición de saber, mejor que ella, cuál había sido "realmente" su experiencia terapéutica. Nan podría haber huido de la entrevista. ¡Sería lo esperable!» (pág. 73).

Levin relata su confusión después de conversar con Nan, cuyas descripciones de su relación con su marido no eran coherentes de una entrevista a la siguiente, ni con el informe del terapeuta que la había derivado. Como en el caso de Nan, Levin podría haber extraído varias conclusiones de esas incoherencias, y haber hecho muchas preguntas en

busca de la versión correcta. No hizo nada de esto; aceptó todas las versiones. Reflexionando sobre su propia confusión, Levin nos recuerda cuán fácil es olvidar que «las personas tienen una vida y una mente que cambian, a menudo cuando no estamos presentes, y no son receptáculos inmóviles de información fáctica que podamos "recoger"» (pág. 84). Apoyándose en el trabajo del psicólogo holandés Sybe J. S. Terwee (1988), Levin nos recuerda que «una mirada a las múltiples descripciones del "mismo" suceso puede dar pie a interpretaciones interminables si uno trata de averiguar lo que *realmente* ocurrió» (pág. 84).

Son muchos los factores que influyen sobre la forma en que una historia es contada y escuchada, descripta e interpretada, incluyendo el que cuenta, el que escucha, el contexto y las circunstancias. Norman Denzin (1989) advierte: «La historia contada nunca es igual que la historia escuchada. Cada narrador habla desde una posición biográfica única y, en un sentido, no compartible» (pág. 72). Gergen (1982) ofrece un fascinante ejemplo: «Si en una reunión veo que mis buenos amigos Ross y Laura se acercan, y Ross extiende su mano y toca el cabello de Laura, ¿qué es precisamente lo que he observado?» (pág. 60). Gergen ejemplifica las múltiples posibilidades de identificación de una conducta y, a partir de ello, las múltiples historias que pueden crearse acerca de cualquier conducta. Cada vez que se cuenta la historia de Ross y Laura, la versión varía, dependiendo del narrador y de muchas otras variables. Cualquier versión o revisión de la historia es tan verdadera como cualquier otra.

Hacer preguntas conversacionales

«Usted hace preguntas difíciles, complicadas, pero las hace de buen modo». «Ella hace buenas preguntas».

Los clientes dicen que uno de los aspectos más útiles de las experiencias terapéuticas exitosas son las preguntas del terapeuta. Las preguntas son el núcleo de cualquier entrevista o conversación terapéutica. Pueden facilitar o entorpecer la historia que quiere contar el cliente. Cuando los clientes hacen comentarios sobre las preguntas de los terapeutas, es impresionante la frecuencia con que sienten que esas preguntas «no parecen importantes», sugieren que el terapeuta «no escuchó nada de lo que dije», «me hace sentir insignificante», «afrenta mi integridad», «me acusa» o simplemente no les permiten contar sus historias.

Cuando las respuestas preceden a las preguntas

Desde una perspectiva posmoderna, donde el acento está puesto en la apertura a una narrativa nueva y la narrativa de la terapia no puede conocerse fuera del diálogo del momento, las preguntas siempre se hacen desde la posición de no-saber. En otras palabras, puesto que la posición de no-saber permite al terapeuta expresar interés y curiosidad por el cliente, es más probable que las preguntas formuladas desde esa posición vengan desde dentro y no desde fuera de la conversación local. Las preguntas formuladas desde esta posición ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique una historia; abren nuevas avenidas para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe; ayudan a que la terapeuta aprenda sobre lo *dicho* versus lo *todavía no-dicho*, y la protegen de malentendidos. A su vez, cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones; cada pregunta lleva a otra pregunta —un proceso de continuo preguntar que proporciona las bases de lanzamiento del proceso dialógico.

Llamo a estas preguntas *preguntas conversacionales* (Anderson y Goolishian, 1988*b*; Goolishian, 1989; Goolishian y Anderson,1990). Invitan al cliente a hablar *con* la terapeuta; invitan al cliente a una indagación compartida. Las preguntas basadas en una postura de no-saber me ayudan a entrar en la subjetividad del cliente.[5] Ivar Hartfvikson (comunicación personal, 1990), un psiquiatra noruego, capta este punto al decir: «La pregunta es la única herramienta que tengo en mi trabajo. Es la única manera que tengo de *interesarme*, de *participar* en la vida del paciente».

[5] Entiendo por *subjetividad* los pensamientos interiores del cliente, lo ya-dicho y lo todavía no-dicho. No pienso en la subjetividad como un estado mental interno, como algo poseído y delimitado en forma singular por una mente, o como lo real. A mi parecer, lo que pasa por la cabeza de una persona, por así decirlo, es relacional.

Hasta cierto punto, sin embargo, nuestras preguntas siempre son influidas desde fuera del contexto inmediato de la conversación. Cuando el conocimiento o discurso de afuera toma precedencia, puede crear una visión estrecha, limitando lo que nos interesa y lo que preguntamos. Ese conocimiento da lugar a preguntas que exigen historias que se correspondan con lo que ya sabemos, sobre la base de nuestras experiencias previas con clientes. También inspira preguntas que limitan los significados y comprensiones que podrían generarse a través de una conversación más local. Cuando las preguntas se basan en el saber previo, en la búsqueda de ciertas respuestas o en la verificación de los supuestos del terapeuta, ese terapeuta pierde contacto con las experiencias del cliente y con las propias. A esto, creo, aluden los clientes en sus comentarios.

El concepto de preguntas conversacionales se aleja de la tradicional práctica estática de hacer preguntas basadas en una metodología, o generadas por técnicas preestablecidas para recoger datos o validar hipótesis —preguntas para las que creemos tener una respuesta antes de formularlas—. Las preguntas conversacionales convierten a la terapia en un proceso más dinámico, donde la narrativa del cliente, a medida que se va desarrollando, cuestiona los horizontes de comprensión del propio terapeuta.

La tarea del terapeuta es encontrar la pregunta o la herramienta que le permita aprender más sobre el recontar inmediato de la experiencia del cliente. Esto significa que se nos acaba de decir algo que es la respuesta para la que debemos encontrar la pregunta siguiente. Es decir que las preguntas resultan del acontecimiento dialógico inmediato, la narrativa en desarrollo informa la siguiente pregunta, y la narrativa se construye a partir de las preguntas que le son dirigidas. En este proceso local y continuo de preguntas y respuestas, de recontar y redescribir, las posibilidades para la comprensión, el significado y el cambio son abiertas e infinitas.[6]

De modo similar, Bruner (1990) distinguió entre las preguntas que buscan comprender lo dicho desde un paradigma de comprensión externo a la narrativa y las que son específicas de un intercambio local. La primera categoría de Bruner es similar a lo que yo llamo «respuestas que preceden a las preguntas»: preguntas retóricas o pedagógicas. Las preguntas retóricas se dan sus propias respuestas; las preguntas pedagógicas implican la dirección de la respuesta. En la terapia tradicional, las preguntas son a menudo de esta naturaleza; esto es, implican una dirección (por ejemplo, la realidad correcta), aunque le dejan al cliente un poco de espacio para elegir la respuesta.

[6] A veces me pregunto, sin embargo, si las posibilidades pueden ser infinitas, ya que cada uno de nosotros, o cualquier combinación de nosotros, sólo cuenta con una cantidad finita de experiencias para tomar. En todo caso, las posibilidades son inmensas.

«Tiene que hacer la pregunta correcta»

En un seminario que ofrecí en el norte de Noruega estaba charlando con una participante sentada frente a mí durante el almuerzo, una mujer amistosa, sonriente y aparentemente segura de sí misma. Debe de haberse dado cuenta de que no la reconocía, así que se presentó:[7] «Sé que usted no me recuerda, pero yo soy Anna. Usted me entrevistó una vez y lo primero que le dije fue: "tiene que hacerme las preguntas correctas"». En parte tenía razón. Al principio no la reconocí, pero al oír esto la recordé instantáneamente aunque se la veía muy diferente de la mujer a quien había encontrado varios años antes en una entrevista de consulta. Anna era una enfermera cuyo terapeuta estaba preocupado por sus tendencias suicidas crónicas y pensaba que otra visión podría ser útil.

Anna me contó entonces su experiencia de aquella entrevista y los cambios dramáticos que había tenido en su vida desde entonces. Me dijo que al principio no quería hablar conmigo. Yo recordé lo poco vital que me había parecido cuando fuimos presentadas, que había compartido la esperanza de su terapeuta de que nuestra conversación le sirviera a ella y a la terapia, pero también que yo no estaba segura de que le haría las preguntas correctas. Le había dicho algo así como «¿Le importaría empezar contándome un poco acerca de sí misma, dónde vive, y cómo se encontraron usted y el doctor X?». Ella había hablado sobre su trabajo, su

[7] He hablado sobre Anna en otro contexto (véase Anderson, 1995).

divorcio y su hija. Yo había manifestado curiosidad por la hija y el malestar de Anna por el hecho de que la hija se hubiera ido a vivir fuera de la casa. ¿Podía cada una ser responsable de su propia vida?, se preocupaba ella. Recordé esa sensación de desesperanza, la creencia de Anna en que no tenía para qué vivir; recordé que no le importaba comer o cuidar su aspecto personal, y que habíamos hablado sobre su malestar, sus preocupaciones y sus preguntas. Yo me había preguntado en voz alta: «¿Por qué?», «¿Y si. . .?», «¿Y si yo conociera a su hija?». Le agradecí a Anna por presentarse y por compartir sus experiencias conmigo. Le dije que me gustaría escuchar más si alguna vez quería contarme.

Unos meses después de nuestro encuentro casual recibí una carta de Anna en la que me decía que nuestra reciente conversación había «despertado nuevos pensamientos». En retrospectiva se sentía «contenta de estar viva». Las palabras que siguen son de su carta. El inglés no es la lengua materna de Anna; creo que eso explica lo que considero la poesía de su carta.

> Yo era como una persona sin mímica ni lenguaje corporal, en una profunda tristeza. No quería estar viva. Pero traté de hacer posible el tener una nueva vida, el ser independiente. Comer y caminar por mí misma. Ver colores y flores. Sol y verano. Pero adentro estaba oscuro. Por años y meses anhelé la muerte. Me senté como un payaso con una sonrisa por fuera y dentro estaba oscuro. Quería la muerte.
>
> Usted tenía que hacer las preguntas correctas porque yo tenía un secreto que esconder. No podía hablar con usted de todos los problemas. Tenía que esconder. Usted preguntó y yo le conté sobre mi independencia y mi nueva vida sin mi hija. Yo estaba preocupada por ella y hablamos mucho sobre esa parte del problema.
>
> Cuando usted me entrevistó, me aseguré de estar en vida y de tratar de luchar contra la muerte. Usted me ayudó a descubrir que yo tenía que comer por mí misma, salir a caminar.

Refiriéndose a su continuo trabajo con su terapeuta, escribió: «Lo más importante fue el hablar. El me ayudó a salirme de la tristeza hablando y hablando, y me dio responsabilidad por mi propia vida».

También comentó sobre el modo como hablé con ella, el profundo impacto que nuestro hablar había tenido sobre su propio trabajo profesional con pacientes:

> He mirado hacia atrás y me alegro de estar en vida, y ahora puedo ver que todos mis encuentros con gente [sus pacientes] están gobernados por la responsabilidad que cada uno tiene por su propia vida. ¡El respeto por los significados y sentimientos de la gente! Puedo decir cómo me siento, estar contenta, triste o enojada. Hoy puedo pararme en mis sentimientos y tratar de ser su héroe. Pero los sentimientos fuertes. . . ellos me han gobernado. ¡Trata de ser honesta! Persevera en la situación sin correr hacia la muerte. Haz preguntas, a ti misma, a otros. No sé sobre el futuro, pero me siento bien en el presente. Estoy pintando un poco, y trato de confeccionar alguna ropa con la máquina de tejer.

Terminó así su carta: «¡Haz preguntas!».

La historia de Anna ejemplifica el poder transformador de la narrativa. Nuestra conversación fue parte de muchas conversaciones entretejidas: las que tenían ella y su terapeuta, las que tenía consigo misma y con otros, y las que su terapeuta tenía consigo mismo y con otros. Nuestra conversación llevó a Anna a tener nuevas conversaciones consigo misma y con su terapeuta. Anna compuso una nueva narrativa de sí a través de la cual se liberó de su prisión suicida y se convirtió en la heroína de su propia historia —no una escrita, editada o guiada por mí o por su terapeuta—. Sus sentimientos heroicos dieron pie a un sentido de posibilidades (para la vida y el futuro), una sensación de autonomía que no había sentido antes. Fue capaz de actualizar la esperanza y la libertad de la que hablan muchos clientes.

Dos años después, en forma totalmente inesperada, recibí una breve nota de Anna escrita en una servilleta.[8] «Estoy sin problemas ahora (. . .) Nadie sabe cuáles han sido los problemas, pero ahora puedo vivir mi vida (. . .) He apren-

[8] El lector podrá pensar que una nota escrita en una servilleta doblada, estampillada y enviada por correo desde el norte de Noruega hasta Texas es algo un poco extraño. Yo no lo vi así. Simplemente me asombró que llegara intacta.

dido mucho [de] mis problemas». Continuaba con noticias sobre su hija, sus dos nietos, lo bien que estaban todos.

¿Cuál fue la pregunta correcta?, se preguntará el lector. No lo sé; Anna nunca lo dijo. La pregunta correcta no se puede conocer antes de tiempo; no se define por ser lista, inteligente o sabia. No hay una guía de preguntas. Cada pregunta resulta de un intento de entender lo que acaba de ser dicho y lo no-dicho; cada una es un elemento del proceso conversacional general. Las preguntas correctas son las que surgen cuando una se sumerge en el mundo del cliente. Conjeturo o, para ser más honesta, me gustaría pensar, que lo que Anna llamaba la pregunta correcta no era una pregunta en particular. Más bien, pienso que quería decir prestar atención cuidadosa, interesarse en aprender más sobre lo que la preocupaba o la hacía sentir mal, más que perseguir ideas preconcebidas acerca de la depresión, el suicidio, el tema del abandono o la terapia atascada. Me gustaría pensar que Anna se refería a que mi manera de aprender le dio la sensación de ser invitada a una conversación, de pertenecer.

«Mucha gente es predecible»

El desafío de Anna, «Tiene que hacer la pregunta correcta», me recuerda una vez más a Thomas, quien buscó por cinco años al doctor correcto, al terapeuta correcto. Refiriéndose a su búsqueda, conjeturé tentativamente: «Si esto es algo con lo que ha estado luchando por cinco años, debe de estar un poco cansado de todo o muy frustrado o enojado. No estoy segura de cuál sería la palabra correcta».

Respondió con agudeza: «Mucha gente es predecible cuando uno habla de esto».

«¿Predecible? ¿En qué sentido?».

«Yo sé lo que me van a preguntar».

«Oh, realmente. . .».

«Y qué clase de respuestas quieren. Es un poco aburrido. Hace que uno se sienta un poco herido. Es una sensación de pesadez. Es un poco triste que la gente no tenga más fantasía y no piense de manera más crítica sobre lo que ocurre (. . .) Piensan que saben cuál es el problema y se aferran a eso».

A medida que contaba su historia, Thomas identificó dos tipos de gente que no se interesaban en su historia tal como él la quería contar, sino en la versión que ellos ya sabían o querían escuchar. Como no quería repetir los errores de otros, propuse: «Entonces empecemos por ahí. ¿Qué piensa usted que es lo más importante que debo saber sobre usted, y qué le parece que la gente se pierde por no prestarle suficiente atención?».

Poco después Thomas habló de los dos tipos de terapeutas y médicos que había encontrado cuando trató de contar su historia: los que la usaban como «una especie de entretenimiento» y los que querían «oír todos los detalles». Ninguno «oía» su historia, y por lo tanto todos se perdían lo que era importante para él.

Pregunté: «¿Qué se pierde la gente, o incluso yo podría perderme? ¿Qué desea usted que la gente no se pierda?».

«Lo que significa estar solo en una situación, porque uno realmente está solo».

Habló de la imposibilidad de que los médicos supieran cuál era realmente su problema, cómo era para él. Sugirió que por ese motivo, un médico no debiera resumirle su caso a otro profesional, sino dejar que él mismo lo contara. Dijo que cuando los médicos «se fían en los relatos de otras personas, a menudo hacen diagnósticos equivocados, sobre todo cuando esas personas sólo lo conocen a uno a través del informe de otro». Y habló sobre la tensión que surge cuando el paciente no está de acuerdo con el médico. Thomas dijo que los médicos no le hacían saber sus opiniones sobre él, y que no eran «colegas», a lo cual yo pregunté «¿Quiere decir compañeros al mismo nivel?».

«Creo que usted entiende», contestó.

«Creo que sí, pero quizá no».

Continuó su historia, que ofrece un buen ejemplo de los peligros que acechan a un terapeuta que ya «sabe» la historia del cliente y sólo hace preguntas para entretenerse con esa historia, o que sólo se interesa por los detalles de la historia que quiere oír y entonces no oye la historia del cliente.

«Usted modela la explicación con las preguntas que hace»

Nuestras preguntas comunican algo sobre nosotros mismos y lo que pensamos; participan en la construcción de nuestras propias respuestas. Yo quiero hacer preguntas que permitan al cliente construir la respuesta. Un impresionante intercambio de *The witching hour* (Anne Rice, 1990) muestra cómo las preguntas que elegimos preguntar no sólo nos impiden oír lo que el cliente quisiera que oyéramos, sino que a veces también influyen sobre la selección y construcción de la persona que encontramos en la terapia, y la historia que esa persona nos cuenta.[9]

«Pero hay muchas explicaciones posibles [sobre quién soy]. Usted modela la explicación con las preguntas que hace. Yo puedo hablar con usted por mi propia voluntad, pero lo que le diga estará modelado por lo que me han enseñado las preguntas de otros a lo largo de siglos. Es una construcción. Si usted quiere una nueva construcción, pregunte. . .

»Si usted insiste en que le hable usando frases completas y refinadas, y en que me acomode a sus malentendidos, sus errores o sus distinciones crudas, puedo hacerlo. Pero puede ocurrir que lo que diga no esté tan cerca de la verdad como a usted le gustaría.

»¿Pero cómo haría usted eso?

»A través de lo que he aprendido sobre el pensamiento de otros seres humanos, por supuesto. Lo que digo es: elija, empiece conmigo desde el principio si lo que quiere es la pura verdad. Recibirá respuestas enigmáticas y crípticas. Y quizá sean inútiles. Pero serán verdaderas. O empiece por el medio y recibirá respuestas educadas y refinadas. En cualquier caso, sabrá de mí lo que yo aprendo de usted acerca de mí» (págs. 926-7).

Es posible preguntar cualquier pregunta, hacer cualquier comentario, hablar de cualquier cosa. Lo importante, sin embargo, es la postura desde la que se hace —la manera, el tono y la regulación de los tiempos—. Lo mejor es plantear toda pregunta, comentario, pensamiento u opinión de un modo tentativo. Ser tentativo no es lo mismo que ser impreciso, sino ser abierto a la otra persona y dar espacio a su participación. Creo que las preguntas formuladas de esta manera permiten al cliente responder a ellas, reconstruirlas o ignorarlas.

[9] Quiero agradecer a mi colega Karen Parker por introducirme a Anne Rice.

«Preguntas condicionales»

Recuerdo las palabras de Bill, un hombre de treinta años que había sido hospitalizado varias veces por psicosis y no había podido trabajar durante años.[10] En el curso de su terapia actual había mejorado y había podido reanudar su carrera como programador de computadoras. Dijo que ahora se sentía más capaz de manejar su vida (autonomía). También dijo que su terapeuta actual era diferente de los anteriores. En respuesta, su terapeuta le preguntó: «¿Qué podrían haber hecho distinto aquellos, que le hubiera sido más útil?». Quizá la respuesta de Bill se refiera al no-saber:

> Esa es una pregunta interesante y complicada. Si una persona como usted hubiera encontrado una manera de hablar conmigo cuando yo empecé a ponerme loco (. . .) todas esas veces que yo deliraba que era una gran figura militar (. . .) Yo sabía que esa era mi manera de tratar de decirme a mí mismo que podía sobreponerme a mi pánico y mis miedos (. . .) En lugar de hablar conmigo sobre eso, mis doctores siempre me hacían lo que yo llamo «preguntas condicionales».

El terapeuta preguntó: «¿Qué son preguntas condicionales?».

> Ustedes [los profesionales] estaban siempre poniéndome a prueba (. . .) poniéndome a prueba para ver si yo sabía lo que ustedes sabían, en lugar de encontrar una manera de hablar conmigo. Me preguntaban «¿Esto es un cenicero?» para ver si yo sabía o no. Es como si ustedes supieran y querían ver si yo podía (. . .) Eso solamente me

[10] El terapeuta de Bill era Harry Goolishian. He utilizado este ejemplo en otro lugar, y elegí incluirlo aquí porque ejemplifica muy dramáticamente lo que intento comunicar.

asustaba más. Si hubieran podido hablar con mí yo que sabía lo asustado que estaba (. . .) podríamos haber manejado a ese general loco.

Shotter (1994) describe a Bill como alguien envuelto en una conversación que lo «toca», una conversación que es «continua con su ser» (pág. 6). La llama una «forma de habla» en la que Bill estaba envuelto, en contraste con formas previas de habla donde Bill quedaba fuera del «habla en términos de medios y fines, de resolución de problemas, el habla de los profesionales que están decididos a aplicar sus "*teorías*" y a llegar a un "*cuadro*" preciso del supuesto "*estado mental interno*" de Bill sobre la base de sus "*observaciones*" [las bastardillas son mías]» (pág. 9). La posición de no-saber reduce el riesgo de lo que Bill llama preguntas condicionales, y permite que el terapeuta formule preguntas conversacionales.

Escuchar y responder

«Usted me escuchó».
«Oyó exactamente lo que dije».
«Lo único que quería realmente es que alguien me oyera».

Los clientes dicen que quieren ser escuchados y oídos. En la mayoría de mis conversaciones con clientes que contaban sus experiencias en terapia y lo que habían recibido de ellos, el factor más común en las terapias malogradas fue el no ser escuchado u oído. Pero ¿qué es escuchar? ¿Qué es oír?

Escuchar es un aspecto de la psicoterapia que se da por supuesto, tanto que escribir sobre el tema puede parecer ingenuo. Introducido por Freud, el tema de la escucha se trató poco hasta la década de 1950, cuando se reconoció su relación con la empatía (Jackson, 1992, págs. 1626-7). El papel fundamental asignado a la escucha —sólo cede en importancia a la observación— ha sido alcanzar una forma de saber, ganar información clínica. En su mayor parte, escuchar ha sido una posición o proceso pasivo. La parte activa, por así decir, ocurre en la cabeza del que escucha a medida que lo oído es silenciosamente clasificado y comprendido. El supuesto ha sido que si un terapeuta puede ser un buen escucha —un escucha empático, un escucha atento— o si, como sugirió Reik (1951), puede tener un «tercer oído», ese escuchar llevará a descubrir y alcanzar los sentimientos, pensamientos y significaciones que yacen más allá o por debajo de las palabras habladas por el cliente (por ejemplo sentimientos, pensamientos y significaciones de los que no es consciente o que prefiere ocultar). Este saber alcanzado por medio de una clase especial de escucha, de un oído terapéutico, guía las intervenciones. Es casi como si la *cura de conversación* y la *escucha curadora* fueran procesos separados, ordenados secuencialmente.

Yo pienso, en cambio, que escuchar y oír son procesos interrelacionados, activos, mutuos. Defino *escuchar* como atender a, interactuar con, responder a, y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida. El proceso de contar una historia presupone que alguien cuenta y alguien escucha, pero es mucho más complejo que una persona contando una historia y otra persona escuchando. Implica *oír*, algo que Levin (1992) define como «un proceso que implica una elaboración de comprensiones» (pág. 48), un «esfuerzo interactivo por alcanzar un significado compartido, que ocurre cuando dos personas (o más) intentan llegar a una comprensión mutua de algo» (pág. 50). Escuchar y oír van mano a mano y no pueden ser separados.

El escuchar-oír como respuesta activa

La elaboración de comprensiones a través del diálogo (incluye la escucha) requiere actitudes y acciones especiales del terapeuta, a las que yo llamo *escuchar-oír como respuesta activa.* Es una actitud que invita a los clientes a decirnos cómo son las cosas para ellos, qué les preocupa a ellos. Shotter (1995*b*) sugiere que en este escuchar y responder no actuamos en respuesta a un plan interior, sino que somos sensibles «en» una situación, y hacemos lo que la situación requiere (pág. 62).

Cada cliente tiene una base ideológica que incluye preceptos, prejuicios, experiencias y expectativas, y que influye sobre la construcción de sus puntos de vista acerca del problema y de su historia. Para que la historia pueda com-

partirse, el terapeuta tiene que zambullirse en el mundo del cliente e interesarse por los puntos de vista de este sobre el problema, su causa, su localización y su solución. Igualmente importante es que el terapeuta conozca las expectativas del cliente hacia la terapia y el terapeuta.

Este tipo de escuchar y oír requiere que el terapeuta entre al dominio de la terapia desde una postura y una forma de escuchar genuinas, abiertas a la base ideológica de la otra persona: su realidad, sus creencias, sus experiencias. Es una postura y una manera de escuchar respetuosa, humilde, apoyada en la creencia de que vale la pena oír lo que el cliente tiene para decir. Requiere que prestemos atención, mostrando que valoramos el conocimiento del cliente sobre su dolor, su miseria o su dilema. E incluye dar muestras de que queremos aprender más sobre lo que el cliente acaba de decir, o puede no haber dicho todavía, y que la mejor manera de aprenderlo es por medio de la interacción activa con el cliente —respondiendo a lo que dice el cliente con preguntas, comentarios, ofrecimientos de ideas y pensamientos en voz alta—. Este modo de interesarse permite que el terapeuta clarifique y evite malentendidos respecto de lo que se *ha dicho*, y que aprenda más sobre lo *no-dicho*. La lingüista Deborah Tannen (1990) sugiere: «Queremos, por sobre todo, ser oídos —pero no solamente ser oídos. Queremos ser comprendidos—, que se oiga lo que creemos que decimos, porque *nosotros* [las bastardillas son mías] sabemos lo que *nosotros* significamos» (pág. 48).

Para no caer en la trampa de suponer que ha entendido, o en la de apresurarse a rellenar las lagunas, y para estar segura de oír lo que el cliente quiere decir, el terapeuta puede preguntar: «¿Lo que usted dice es que. . .?», «¿Quiere decir que. . .?» o «Hace un rato usted dijo que. . . ¿Es eso lo que quiso decir?». Estos comentarios y preguntas, cuyo propósito es evitar malentendidos, deben ofrecerse de una manera tentativa, curiosa, que comunique un interés genuino por entender correctamente.

Un escuchar-oír activo sensible no significa simplemente repantigarse y no hacer nada. No significa que el terapeuta no pueda decir nada, ofrecer una idea o expresar una opinión. Ni significa que es simplemente una técnica. Es una manera de ser, una actitud genuina que comunica y demuestra un interés, un respeto y una curiosidad sinceros.

El terapeuta brinda tanto espacio y tiempo para la historia del cliente como sea necesario —y sí, a veces lo hace sin interrumpir—. Esto es, a mí no me preocupa si un cliente elige hablar por mucho tiempo, ni extraigo de ello inferencia alguna.

¿Cómo es que este escuchar-oír promueve el diálogo? ¿Cómo promueve relaciones? Volvamos a las voces de algunos personajes ficticios contemporáneos que hablan sobre el escuchar, el oír y el dialogar.

Voces de ficción

He notado que a veces los personajes de ficción capturan la esencia del escuchar que invita a un diálogo. Escuchemos a la protagonista de *Interview with a vampire*, de Anne Rice (1976):

«De pronto me encontré perdida; pero consciente siempre de la escucha de Armand; él escuchaba de la manera que soñamos que otros lo hagan, con cara de reflexionar sobre todo lo que yo decía. No se precipitaba a aferrar la más leve de mis pausas, ni a confirmar que había entendido algo antes de que el pensamiento estuviera completo, ni a discutir impulsivamente; no hacía ninguna de esas cosas que con tanta frecuencia imposibilitan el diálogo» (págs. 283-4).

Smilla, la groenlandesa de *Smilla's sense of snow* (Peter Høeg (1993), poseedora de un *sentido de la nieve* como el sentido de su propia piel, expresa esta esencia del escuchar cuando se refiere al detective que la interroga y a sus propias reflexiones sobre la experiencia de ser interrogada.

«No digo nada. Dejo que el silencio trabaje un poco sobre el investigador. No hay un efecto visible. Sus ojos color arena me miran sin pestañear y sin turbación. El seguirá en esa posición por el tiempo que sea necesario. Este solo hecho lo convierte en un hombre inusual» (págs. 43-4).

Continúa:

«Muy pocas personas saben escuchar. Su apuro las arranca de la conversación, o tratan de mejorar la situación interna-

mente, o se preparan para entrar en escena cuando uno se calle y sea el turno de ellas.

»El hombre que está de pie frente a mí es diferente. Cuando hablo, escucha lo que digo, y sólo lo que digo, sin distraerse» (pág. 44).

A medida que trata de describir, con palabras y gestos, las huellas en la nieve y cómo se hacen, Smilla constantemente anticipa el juicio del detective y busca signos de que no la encuentra confiable.

«Hasta yo misma puedo oír que esto debe sonar poco convincente. Espero una observación despectiva. No llega.

»Deja vagar su mirada por el techo. No tiene tics nerviosos, ningún hábito de tocar su sombrero o encender su pipa o de apoyarse en un pie y después en otro. No saca un cuaderno de notas. Es simplemente un hombre muy pequeño que escucha y piensa las cosas cuidadosamente» (págs. 44-5).

Una persona más de quien huir

Cuando un terapeuta no escucha activamente y no responde a lo que oye, corre el riesgo de apresurarse demasiado en formular preguntas, ofrecer comentarios, hacer suposiciones y dar sugerencias, todo lo cual puede hacer que el cliente se sienta no oído, frustrado y criticado. Son acciones que bloquean el diálogo e inhiben la mutualidad. Cuanto más carga de emoción, valor y cultura lleva una historia (por ejemplo una historia de violencia familiar), tanto más difícil le es al terapeuta escuchar y oír. Nan, una mujer entrevistada por Sue Levin (1992), nos ofrece un ejemplo convincente de esto. Levin le pregunta sobre las terapias fallidas y las situaciones en que Nan se sintió no oída.

«Usted mencionó haber probado con una cantidad de gente: familia, amigos, terapeutas, iglesias; ¿sintió alguna vez que alguien comprendía?».

«Nunca, realmente», replicó Nan.

«Nunca».

«Nunca encontré a otra persona que hubiera pasado por lo mismo. Los terapeutas eran los peores porque yo. . . cada vez que elegíamos uno nuevo yo me sentía esperanzada. Y entonces íbamos allí y las cosas por lo general se ponían peor. Se ponían mucho peor porque mi marido no era capaz de enfrentarse con la realidad. Simplemente no podía, quiero decir, el hombre estaba muy enfermo. Entonces, íbamos a terapeutas que trabajaban con algún modelo. Sabe, donde se supone que uno toma lo que causó la pelea, y lo elabora. Y el hecho es que la pelea estaba allí antes que cualquier causa estuviera allí. El hecho, como lo entiendo ahora, es que cuando él empezaba a acumular tensión, entonces empezaba a buscar algo que él pudiera elegir como un motivo de pelea. Y la dinámica. . . no venía de causas que uno pudiera escribir en un papel, o trabajar en un consultorio (. . .) La mayoría de nuestros terapeutas eran hombres y la mayoría me culpaban a mí» (págs. 71-2).

Sue podría haber cuestionado los hechos y las percepciones que Nan tenía de estos terapeutas; podría haber empujado a Nan a reconocer que ella estaba distorsionando la *verdad*. Si Sue hubiera seguido ese sendero, lo más probable es que hubiera terminado siendo una persona más que desconfiaba de Nan, que se sentía frustrada por su historia, y de la que Nan hubiera huido.

Mantener la coherencia

«Oh, una cosa más antes de irme».

Los clientes dicen que quieren la oportunidad de contar sus historias. Con esta finalidad, un terapeuta debe crear y resguardar el espacio de una narrativa en primera persona del cliente. Para ello es crítico que el terapeuta se comprometa auténticamente a abrirse a la historia de la otra persona, a ser curioso sobre lo que la otra persona quiere contar. Esto implica trabajar con la realidad del cliente: su lenguaje, su vocabulario y sus metáforas. Este hacer lugar a la historia del cliente, esta inmersión, este dejarme guiar por

la historia del cliente, es lo que a mí me permite mantener la coherencia. En otras palabras, cuando no se sabe y se trata de aprender, se mantiene la coherencia.

La actitud de honrar la realidad del cliente a menudo se confunde con la de reificar el problema —queriéndolo o no, en forma explícita o implícita—, o con el ahogarse en la historia del cliente, o el ser llevado por la nariz. Pero hablar desde dentro de la historia de un hombre que le pega a su esposa o que abusa de las drogas, por ejemplo, no es lo mismo que participar en la negación, condonar la inhumanidad según la define la cultura, o abdicar de responsabilidades sociales y éticas. Ni es lo mismo que perpetuar el problema. Muy por el contrario: en mi experiencia, mantener coherencia es un paso importante hacia la superación de posiciones rígidas y la estimulación del diálogo. Las personas hablan de lo que quieren y necesitan, si les damos la oportunidad. Si pensamos, por ejemplo, que un abusador necesita confesar y tratamos de obtener esa confesión, coartamos la historia, y de esa manera participamos sin querer en la creación de monólogos paralelos entre cliente y terapeuta. Mantener coherencia abre un espacio para las experiencias y descripciones que le son familiares al otro; como dice Bateson: «Para poder sostener ideas nuevas y novedosas, hay que dar espacio a lo familiar».[11] Así, la coherencia le da espacio al cliente para que se movilice y no tenga que consumir energía en promover, proteger o convencer a un terapeuta de su punto de vista.

Mantener la coherencia ayuda a reducir el riesgo de que la voz del terapeuta domine y dé forma a la historia contada, y así cierre el paso a la versión del cliente y al desarrollo de futuras versiones más matizadas y útiles. Nuestro cliente Thomas refleja este punto cuando relata sus intentos fallidos de obtener ayuda de esos terapeutas que sabían la historia de antemano y trataban de dar forma a su narrativa para que encajara con la versión que ellos ya conocían. Con palabras de Shotter (1994), Thomas había quedado excluido del «reino conversacional» (pág. 9). Shotter se refiere a tres clientes que sintieron que sus terapeutas comprendían:

«Cuando fueron reintegrados a la arena conversacional

[11] Esta cita ha sido atribuida a Gregory Bateson, pero la fuente no está identificada.

dentro de la cual habían tenido, originalmente, su ser, cada uno sintió que el lenguaje que se utilizaba era continuo con su ser (. . .) y que en él se abrían ahora nuevas posibilidades de formulación, nuevas formas de hablar» (pág. 9).

Cuando el cliente no es incluido en la arena conversacional, puede hablar o actuar en formas que a veces sentimos y rotulamos como no cooperativas, resistentes, negadoras o incluso paranoides. O, cuando quien escucha se pierde lo que es importante para el cliente, o le impide decirlo, puede ocurrir que al final de la sesión el cliente deje caer una bomba («Oh, una cosa más antes de irme»), o abrir una nueva área de conversación para la que no queda tiempo: «Lo que realmente quiero hablar con usted es. . .».

En un enfoque colaborativo, el terapeuta no controla la entrevista moviendo la conversación en dirección a un contenido o un resultado particular, ni es responsable de la dirección del cambio. Braten (1984) describe la terapia como un proceso intersubjetivo, un diálogo donde todos los participantes pueden hacer lugar a la creatividad y la conciencia de los otros. Así surge la *novedad*, co-creada en un diálogo entre terapeuta y cliente, en lugar de ser desarrollada, introducida u ofrecida por el terapeuta.

Los terapeutas son simplemente «una parte de un sistema interactivo circular» (Gadamer, 1975, pág. 361), sólo parte del «círculo de sentido» (Gadamer, 1988), el proceso dialógico donde la interpretación comienza con las preconcepciones del terapeuta. Terapeuta y cliente siempre entran en la arena de la terapia con expectativas acerca de lo que se va a discutir, basadas en sus respectivas experiencias previas. El sentido depende de la interacción entre aquello que cada uno trae y aquello que emerge. La producción de un nuevo sentido se apoya en la novedad (el no-saber) de lo que el terapeuta está a punto de oír, y en su capacidad de atender simultáneamente a las conversaciones interiores y exteriores de cada miembro del sistema.

Quiero destacar que mantener coherencia no es una charla ociosa, superficial y sin propósito que no lleve a ninguna parte, o que solidifique aún más las preconcepciones del cliente o del terapeuta. Es parte de una conversación intencional que lleva el propósito de restablecer el diálogo. Este aspecto del mantenimiento de la coherencia y el énfasis

puesto en el sentido y el lenguaje locales merece especial atención.

Sentido y lenguaje locales

Las historias generadas en terapia deben ser relatos, suficientemente específicos y locales, de experiencias en primera persona que permitan, siquiera provisoriamente, entender los esfuerzos del cliente, y que culminen en una nueva narrativa. El sentido local y el lenguaje local son importantes debido a la variedad de las experiencias y las múltiples formas de conocerlas, que difieren de *conocedor* en *conocedor* y de terapia en terapia. Mantener coherencia con el lenguaje de un cliente, con el de otro terapeuta, o con un estudiante, nos permite acercarnos al desarrollo de una comprensión compartida localmente (dialógicamente) y a un vocabulario local (dialógico); un vocabulario desarrollado entre personas que dialogan, más que a partir de sensibilidades culturales genéricas (aunque necesariamente influido por ellas). Para compartir una comprensión local, es fundamental que el terapeuta se involucre en un diálogo mantenido en el lenguaje que los clientes usan en sus descripciones e interpretaciones cotidianas del problema. Esta involucración requiere que el discurso de la terapia *no* se ubique dentro de una cultura o un lenguaje de descripciones y metáforas externas, tales como la teoría psicológica o los modelos familiares (por ejemplo el psicodinámico, el estructural) (Gergen, 1988*a*; Smedslund, 1988). El lenguaje profesional es nuestra lente conceptual, que tiene sentido para nosotros pero frecuentemente no lo tiene para un cliente. Tiende a ser un lenguaje jerárquico, que puede dominar, constreñir lo que puede ser expresado y, por consiguiente, silenciar sin querer. Nuestro lenguaje profesional puede llevarnos fácilmente a comprensiones que se reduzcan a un concepto teórico estereotípico, y por lo tanto a perder contacto con la experiencia vivida de un cliente. También puede hacernos perder contacto con nuestra propia experiencia de terapeuta. Nuestro lenguaje profesional no invita a la colaboración.

Por consiguiente, trato de usar un lenguaje cooperativo y colectivo: palabras, frases y oraciones que invitan al otro a

la conversación y que tienden a incluir —refiriéndose a todos los participantes, incluida yo misma e incluidos los otros que puedan estar presentes: colegas, estudiantes, alumnos de un seminario—. Esto quiere decir hablar *con*, más que *acerca de*.

Por ejemplo, cuando me encuentro con un terapeuta y su cliente puedo preguntar «¿De qué han estado hablando *ustedes dos*?»; o, si el sistema terapéutico tiene cuatro miembros, «¿De qué han estado hablando *ustedes cuatro*?». Puedo preguntar «¿Cuánto tiempo se han estado reuniendo *ustedes dos*?». Si hay observadores presenciando nuestra conversación, puedo preguntar «¿Qué creen *ustedes* que *nosotros* necesitamos saber?». Cuando alguien presenta un caso en un grupo de consulta, puedo preguntar «¿Cómo le parece a *usted* que *nosotros* podemos ayudar?». Otro ejemplo es la pregunta de Harry a Lars: «¿Cuánto tiempo ha *tenido* esta enfermedad?». Encuentro que este tipo de lenguaje hace varias cosas: incluye a todos en el sistema conversacional como iguales y establece un tono colaborativo, no ubicándome a mí misma o al terapeuta aparte en una posición jerárquica o dualista. No se refiere a la terapia o problema, y me permite aprender el lenguaje del cliente y no impartir un lenguaje profesional. Esto no quiere decir que si un cliente usa palabras como *terapia* o *problema*, yo vaya a ignorar o rehusarme a usar esas palabras.

Contenido y proceso

Los terapeutas suelen preguntar: «Pero ¿cómo elige qué escuchar realmente?», «¿Cómo sabe a qué responder?» y «¿Qué pasa si el cliente no habla de lo que realmente necesita/debería hablar?». Estas preguntas se enfocan en el contenido. Para usar una analogía narrativa, las historias incluyen tanto contenido como proceso: los hechos de la historia, el contar la historia, el escuchar a la historia y el interactuar con la historia. Aunque tanto el contenido como el proceso son críticos, la importancia del contenido, influida por expectativas culturales y la socialización profesional de los terapeutas, suele predominar —desdichadamente— sobre el proceso relacional en el que se desarrolla el contenido significativo para el cliente.

La esposa que reflexionaba sobre por qué la terapia había sido útil agregó: «No sé qué pasó. Hablamos aquí de las mismas cosas que hablamos en casa una y otra vez. Pero de alguna manera hablar aquí era diferente. Después de que hablamos de eso aquí, las cosas cambiaban».

Lo que quiero destacar no es el contenido o área temática sino el *modo* como el terapeuta indaga. No es lo mismo hablar sobre algo a la manera de una indagación compartida, que llevar la cuenta de los puntos ganados o investigar de modo detectivesco quién dijo o hizo qué cosas. Yo no busco una clase particular de información; más bien, intento mantenerme próxima a la comprensión del momento, trabajar dentro de ese parámetro y salirme de él poco a poco, hacer sólo pequeños desplazamientos en la conversación. Usar un proceso dialógico permite más movimiento y abre más potencialidades que enfocarse y empantanarse en el contenido. Los estudiantes a menudo quieren saber la diferencia entre una pregunta de contenido y una de proceso. La diferencia está en la intención de la pregunta: una pregunta de contenido busca datos e información. Una pregunta de proceso facilita el diálogo.

Las terapias que realzan la importancia del contenido también realzan la destreza técnica y los aspectos mecánicos, objetivos. Cuando esto ocurre, puede perderse de vista la diferencia entre la experiencia objetiva que el terapeuta tiene de su cliente y la experiencia subjetiva que el cliente tiene de sí mismo (Toombs, 1990, pág. 237). Esto es, lo que es práctica cotidiana para un terapeuta no es cotidiano para el cliente. Destacar el contenido aumenta significativamente el riesgo de acentuar la comprensión del terapeuta y perder la del cliente, lo cual a su vez estorba el proceso dialógico.

Mantener la sincronía

«Lleva tiempo».
«Usted no me apuró».

Los clientes dicen que los terapeutas a menudo parecen perder la paciencia. Hablan de terapeutas que esperan demasiado de ellos y terapeutas que expresan desaprobación cuando los clientes no cumplen con las tareas asignadas o no siguen los consejos de sus terapeutas. Yo creo que esto se relaciona en parte con los tiempos de la terapia. A veces cometemos el error de avanzar a nuestro propio paso e ignorar el del cliente, en lugar de sincronizarnos con el ritmo del paciente. El deseo de *conocer* es frecuentemente lo que nos acelera o nos lanza en una dirección que puede ser demasiado diferente de la de nuestros clientes.

Recuerdo el comentario de Sabrina: «Es como correr lado a lado con su cliente, en lugar de decir "venga, puede hacerlo" (haciendo gestos de "venga hacia mí" con las manos), o "vaya" (haciendo gestos de empujar con las manos)». En el mismo sentido, Thomas explicó que los terapeutas necesitan tomarse su tiempo: «Si alguien [entrevista] apurado es fácil que salte a conclusiones [equivocadas]». Otra cliente sintió que su terapeuta estaba «caminando junto conmigo, a mi lado».

En mi experiencia, como la tortuga, llego a destino más rápido yendo más despacio.[12] Y llego adonde *nosotros* elegimos ir más que adonde yo elijo liderar o fuerzo al cliente a seguir; llego más rápido caminando al lado del cliente que empujándolo desde atrás o tironeando desde adelante.

Los observadores de mi trabajo a menudo comentan sobre mi paciencia. Una colega, refiriéndose a un cliente con una historia complicada y detallada, dijo: «¡Qué paciencia tiene usted para sentarse allí y escuchar todo eso!». O, como dijo un cibernetista: «Esa mujer es una máquina de aburrir». Esos comentarios representan ideas de cómo debe ser una conversación. Para mí, mantener la sincronización o adoptar el ritmo de un cliente no es lo mismo que la paciencia. La paciencia usualmente significa ser tolerante, esperar hasta que la otra persona haya terminado y podamos decir lo que realmente queremos decir o creemos que es cierto. Yo no vivo la paciencia de esa manera. Fluctuar con los clientes, dejarles contar la historia a su paso, no es aburrido. Si la terapeuta realmente se sumerge y participa en lo que el cliente considera importante, la sincronización con el

[12] No me refiero al «ir despacio» en el sentido clásico de Watzlawick, Weakland y Fisch (1974), quienes lo consideran «la intervención paradójica preferida» (pág. 135).

ritmo del cliente ocurre de modo natural. Me siento consustanciada con la filosofía de Tom Andersen (1995*a*, 1995*b*): «La vida no es algo que uno pueda forzar, tiene que venir».

Honrar la historia del cliente

«Tómeme en serio».
«Convalídeme».

Los clientes dicen que quieren que se los tome en serio y se los convalide. Recuerdo el caso de Hans, un hombre de cuarenta y tres años, y los ancianos tíos que lo habían criado.[13] Fueron derivados, para una consulta, por un hogar transitorio que, según explicaron, «se vio forzado a dar de alta a Hans prematuramente». A los tíos no les preocupaba dónde iba a vivir Hans en el futuro inmediato, pero sí les angustiaba muchísimo lo que ocurriría después que ellos murieran, en caso de que estas crisis continuaran repitiéndose —como había venido sucediendo por más de veinte años—. Hans, diagnosticado formalmente como esquizofrénico crónico, se autodiagnosticó en los siguientes términos: «Estoy confundido en cuanto a quién soy». El problema, según Hans, era que «me echaron porque se enojaron, porque me quedé dormido y llegué tarde al trabajo».

Refiriéndose a ese incidente, Hans dijo: «No me comprenden», a lo cual el terapeuta replicó: «¿Hay alguien que lo comprenda?». «Mi tía», dijo Hans. Volviéndose hacia la tía, el terapeuta preguntó: «¿Qué hace usted, que a él lo hace sentir que usted lo comprende?». «Me tomo lo que él dice muy en serio», contestó ella, y Hans asintió con la cabeza. Shotter (1995*a*) destaca «la importancia de que las personas puedan dar voz a su propia "posición" hacia quienes los rodean, y sea *tomada en serio* [las bastardillas son mías] con una respuesta activa, como lo expresa claramente la tía de Hans» (pág. 387).

[13] He hablado sobre Hans en otro contexto (véase Anderson, 1995). El terapeuta era Klaus Deissler, del Verband i Internationaler Institute für Systemische Therapie, en Marburgo, Alemania.

Los peligros inherentes a las historias dictadas por profesionales

El otorgar precedencia a la historia de un profesional por sobre la comprensión de un cliente no es un fenómeno nuevo. Numerosas investigaciones han demostrado que el observador no solamente ve lo que de acuerdo con sus preconcepciones espera ver, sino que incluso participa en la creación de aquello que espera ver (Jones, 1986, 1993; Rosenhan, 1973; Snyder, 1984). Por ejemplo, si pensamos según pautas de interacción familiar y las buscamos, las vemos. Si pensamos según diagnóstico, diagnosticamos; si un cliente nos da la mano débilmente y nosotros creemos que eso es señal de pasividad, lo más probable es que veamos signos adicionales de pasividad. Si pensamos que un comentario como el de Sabrina:

> Usted no sabe mucho sobre mí. Está ahí sentada, escuchando. ¿Qué le pasa por la mente? ¿Cómo trabaja? ¿Escucha mis palabras? ¿Qué elige de lo que digo? ¿Qué quiere? ¿Hacia dónde intenta llevar esta sesión? ¿Qué busca demostrar? ¿Qué clase de maestra es?

es un intento de control, veremos control. Snyder y Thomsen (1988) pasan exhaustiva revista a los estudios sobre la rapidez con que los terapeutas «llegan a saber» cuál es el problema del cliente, ya sea bajo la forma de una hipótesis o de un diagnóstico formal. Un hallazgo significativo es que los terapeutas suelen formular su juicio clínico inicial durante los primeros tres minutos de contacto con el cliente, usualmente bajo la influencia de la información proporcionada por la fuente de derivación o el legajo del cliente, y que ese juicio a su vez influye sobre la elección de tratamiento y sobre el resultado (Gauron y Dickinson, 1969; Sandifer, Hordern y Green, 1970).

En relación con este fenómeno de «creer es ver», Van der Merwe y su colega (1995) citan a Wittgenstein: «El "ver como" es un aspecto notable del percibir (. . .) "ver" significa al mismo tiempo ver algo "como" acorde con cierta visión que uno *realmente* tiene, y ver algo allí, en el campo visual» (pág. 43).

Otras historias dictadas por profesionales

Las historias dictadas por profesionales más que por clientes no existen solamente en psicoterapia. En su análisis del discurso que se desarrolla entre paciente y médico en situaciones de diagnóstico, Beckman y Frankel (1984) muestran concluyentemente que los médicos contribuyen a inhibir la recolección de información pertinente —interrumpiendo, formulando hipótesis prematuras, no pidiendo información detallada ni dando oportunidad para ello, y hablando más que el paciente—. Específicamente, los datos muestran que

«los médicos tomaban control de la visita al cabo de muy poco tiempo (un promedio de dieciocho segundos), comúnmente en respuesta a la primera preocupación expuesta por el paciente, procediendo a formular preguntas cada vez más específicas y cerradas, cuyo efecto era detener el flujo espontáneo de la información provista por el paciente» (pág. 694).

En el campo de la profesión legal, Peggy Davis (1992) ha descripto el derecho como un «proceso interactivo, insertado en la cultura» y ha estudiado los procesos que promueven o desalientan relaciones de jerarquía en la profesión (pág. 186). Al analizar el lenguaje utilizado en interacciones simuladas entre clientes y abogados, encontró que en general

«quienes jugaban el papel de abogados adoptaban una posición decididamente dominante en la interacción con los clientes. Controlaban el fluir de los temas y, tras la historia inicial del cliente, hablaban más que los clientes. Quienes jugaban el papel de clientes se comportaban en forma coherente con el supuesto del abogado como figura dominante. Hablaban con más vacilaciones y ambigüedades, y utilizaban con más frecuencia otras formas lingüísticas de tipo tentativo» (pág. 187).

Davis identificó «pautas de interacción de estilos de entrevista relativamente controlados y relativamente abiertos, que pueden observarse en los momentos iniciales de la entrevista» (pág. 187). En el estilo controlado, centrado en el abogado, los abogados hacían muchas preguntas y pedidos

y dominaban la elección y el fluir de los temas. Los clientes mostraban vacilación e incertidumbre, usaban términos imprecisos y tendían a conceptualizar el problema usando el lenguaje del abogado. En cambio, el estilo abierto, centrado en el cliente, se caracterizaba por una selección compartida de los temas, un control mutuo de la entrevista, menor incertidumbre por parte del cliente y menor intervención del abogado en la conceptualización del problema por parte del cliente.

De modo similar, el profesor de derecho Richard Sherwin (1993), interesado en las interacciones entre profesionales y clientes desde el punto de vista del poder, describió de qué manera la gente en posiciones de poder guía o cuenta las historias ajenas, controlando el fluir de los temas y marcando el paso de manera tal que la historia refleja su sentido de realidad más que el del cliente. Tanto Davis como Sherwin abogan por una relación cliente-profesional que deja espacio para combinar la pericia del cliente con la del profesional.

Conectar, colaborar y construir

Los consejos prácticos de los expertos sugieren formas de invitar a los clientes a entablar *conversaciones dialógicas* y *relaciones de colaboración narrativa*, como lo ejemplifica el siguiente fragmento de conversación. La terapeuta, Sylvia, y su cliente, Theresa, hablan sobre las luchas de Theresa con su problema gastrointestinal crónico, su insomnio, y la ansiedad que le ocasionan.[14] Las palabras de Theresa captan la esencia del proceso relacional donde terapeutas y clientes, médicos y pacientes, o abogados y clientes se conectan y asocian para contar, indagar, interpretar y dar forma a las narrativas. Me impresiona la similitud entre las palabras de Theresa y aquellas de Anna sobre que hablar le permite a uno ser abierto y no esconderse. Theresa se refiere a un tipo de interacción conversacional entre cliente y terapeuta que se asemeja a lo que Kathy Weingarten (1991) llama *intimidad* y Judith Jordan (1991) llama *mutualidad*.

[14] Agradezco a mi colega Sylvia London y a su cliente por compartir esta transcripción (también citada en el capítulo 6).