

PSICOTERAPIA, RETORICA Y HERMENEUTICA: IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA Y LA INVESTIGACION

Jerome D. Frank

John Hopkins University School of Medicine.

Traducción: Luis Botella García del Cid.

In that psychotherapists seek to interpret and transform the meanings of patients' communications, psychotherapy resembles rhetoric and hermeneutics. This article identifies some of these resemblances and considers their implications for psychotherapy practice and research.

Toda empresa psicoterapéutica, cualquiera que sea su forma, recae por completo en el área del significado. Toda psicoterapia depende del hecho de que el pensamiento, el sentimiento y la conducta humana se guían fundamentalmente por las presunciones personales acerca de la realidad, es decir, por el sentido que le es atribuido a los hechos y experiencias, más que por sus propiedades objetivas (Cantril, 1950; Kelly, 1955; Frank, 1973; Knobloch & Knobloch, 1979). Las personas acuden a psicoterapia porque el significado que otorgan a la conducta de los demás y a la suya propia les hace sufrir, y los psicoterapeutas de todas las corrientes les ayudan a transformar el significado de sus experiencias para que se sientan mejor y funcionen de forma más efectiva. Los cambios que como consecuencia de ello se producen en la conducta aportan nuevas experiencias al paciente, reforzando significados nuevos y conduciendo así a una mejoría progresiva.

En cualquier sociedad, el significado (establecido culturalmente) de los síntomas de una persona determinada si esa persona debe buscar ayuda, la clase de tal ayuda y el tipo de tratamiento que recibirá. Algunos de los síntomas e incapacidades que en la sociedad Norteamericana contemporánea llevan a las personas a buscar tratamiento médico o psicoterapia (Gross, 1978; Zilberfeld, 1983) se ven en otras sociedades como respuestas naturales ante las tensiones de la vida que deben, simplemente, ser soportadas (1). En otras culturas, el mismo síntoma puede significar que la persona ha pecado o está poseída por espíritus, por lo cual el tratamiento adecuado es un ritual religioso llevado a cabo por un sacerdote o chamán (Kiev, 1964).

Un ejemplo de la importancia del significado de la patología o sus síntomas es la controversia sobre si el alcoholismo debe verse como una enfermedad o como una conducta adquirida que el individuo puede aprender a controlar (Peele, 1984). Etiquetar el alcoholismo

1.- Se ha descubierto que los servicios de salud mental, al interrogar a las personas sobre sus síntomas, incrementan la posibilidad de que se recurra a la psicoterapia al sugerir implícitamente que será una ayuda adecuada para la demanda. Descubrir casos es crear casos (Schofield, 1964).

como enfermedad como hacen, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos, tiene la ventaja de liberar al alcohólico de sentimientos paralizantes de culpabilidad e indignidad. Por otro lado, el desresponsabilizar implícitamente al alcohólico de su problema (trampa, por cierto, en la que no cae Alcohólicos Anónimos) le conduce a depender de los demás para su alivio y le excusa de hacer ningún tipo de esfuerzo para cambiar su conducta aparte de seguir las indicaciones del terapeuta.

Una hipótesis plausible que se desarrolla en otro lugar es la de que en todas las culturas los pacientes buscan psicoterapia o su equivalente no solo por sus síntomas, sino también por los significados desmoralizadores de éstos, y que la efectividad de todas las psicoterapias depende en parte de su capacidad para combatir este estado de ánimo (Frank, 1982, 1986).

En todas las psicoterapias la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente a transformar los significados de los acontecimientos y experiencias depende de su capacidad para establecer con él una "alianza colaborativa" (Luborsky, 1976), basada en convencerle de que el terapeuta le comprende. El desarrollo de esta alianza colaborativa mediante la comprensión se da por supuesta en las terapias que acentúan los procedimientos conductuales, pero es un objetivo explícito de las terapias tipo entrevista, desde el humanismo existencialista al psicoanálisis. Los terapeutas humanistas trabajan sobre la necesidad de "entrar en el mundo del paciente" (Havens, 1974). Los terapeutas de orientación analítica elicitán recuentos detallados de la historia pasada del paciente que el terapeuta reinterpreta para aportar "conexiones significativas" (Jaspers, 1963) entre experiencias que el paciente sentía como caóticas. El terapeuta ayuda al paciente a interpretar el pasado de una forma que le haga posible enfrentarse más efectivamente a los hechos presentes y divisar un futuro más esperanzador. La consecuente "realidad narrativa" (Spence, 1982) resulta persuasiva, no tanto por su valor de evidencia como por su atractivo retórico.

El simple hecho de dar sentido a los síntomas del paciente eleva su moral al combatir su sentimiento de confusión. Todas las corrientes psicoterapéuticas, además, ayudan a los pacientes a transformar el significado de sus síntomas y problemas para reemplazar el desespero por esperanza, los sentimientos de incompetencia por los de auto-eficacia (Bandura, 1969), y los de aislamiento social por relaciones personales recompensantes. Para generar tales transformaciones, los psicoterapeutas utilizan las palabras, a veces acompañadas por ejercicios físicos como en la bioenergética (Lowen, 1975) o manipulaciones corporales como en la integración estructural (Schutz & Turner, 1976).

El objetivo de transformar los significados es explícito en las terapias humanístico-existenciales (Frank, 1984; Havens, 1974), cognitivas (Beck, 1976; Ellis, 1962) y en el psicoanálisis. Las terapias que solo buscan cambiar la conducta del paciente, por ejemplo descondicionando fobias, ven la transformación del significado como una consecuencia del cambio de conducta en lugar de a la inversa. La capacidad para enfrentarse a una situación provocadora de fobia o de aproximarse a un objeto fóbico cambia el significado atribuido a esta situación que pasa de temida a inocua. Resumiendo, todas las formas de psicoterapia tienen éxito hasta el punto en que transforman los significados atribuidos por el paciente a ciertos estados subjetivos y hechos externos.

A la luz de esta perspectiva, puede resultar de provecho comparar la práctica e investigación en psicoterapia con otras dos antiguas y respetadas disciplinas que operan en el terreno de los significados, a saber, la retórica (Glaser, 1980) y la hermenéutica (Bauman, 1978; Weinsheimer, 1985). Esta comparación sugiere formas de aumentar la eficacia de la psicote-

rapia, formulando a la vez interrogantes sobre los límites de los actuales métodos de investigación.

PSICOTERAPIA Y RETÓRICA

La retórica ha sido definida como “el uso de las palabras para formar actitudes o inducir a acciones” (Burke, 1969, p. 41). Según Aristóteles, el retórico consigue sus propósitos; 1) evidenciando un carácter o “ethos” personal que ganará la confianza del oyente; 2) comprometiéndolo las emociones del oyente; y 3) presentando una verdad, real o aparente, mediante la argumentación (Cooper, 1932). Los apartados siguientes considerarán la retórica y la psicoterapia respecto a sus destinatarios, metas y fuentes de efectividad.

Destinatarios de la psicoterapia y la retórica.

Tanto los destinatarios de la psicoterapia como los de la retórica son personas susceptibles a la influencia de los demás a causa de estar insatisfechos o en tensión. Como ya se ha indicado, las personas acuden a la psicoterapia a causa de determinados síntomas desmoralizadores con la confianza que ésta los cure. Esta expectativa coloca al terapeuta en una posición de poder incluso antes de su primer encuentro con el paciente.

La insatisfacción y el malestar de los oyentes del retórico abarca un amplio espectro de fuentes de rabia, depresión, resentimiento, etc. Los retóricos son más efectivos durante los períodos históricos en que esas emociones prevalecen, dado que muchos miembros de la sociedad han perdido su fe en las instituciones y valores que aportan un sentido de estabilidad y objetivos comunes, mientras que, simultáneamente, se han ido extendiendo las dificultades sociales y económicas. Como resultado de ello se da un aumento del crimen, abuso de opiáceos, cocaína, alcohol y otras drogas psicoactivas, se relajan las normas de conducta y se dan otras evidencias del debilitamiento de la estructura social. Resumiendo, retóricos y psicoterapeutas abundan en épocas de desmoralización social como la presente.

Históricamente, los destinatarios de la psicoterapia, tanto individual como de grupo, han sido siempre tratados de forma personalizada, mientras que el término “retórico” se suele reservar para el orador que pretende influir a los demás en grupos grandes. La influencia del psicoterapeuta emana de conversaciones privadas; la del retórico lo hace del discurso público. Esta diferencia se ha visto relativizada en cierto sentido, ya que las personas objetivo de los retóricos de la radio y la televisión experimentan el mensaje como dirigido personalmente a ellas. La comunicación electrónica elimina también el contagio grupal, que era una de las formas principales en que el orador de la vieja escuela manejaba a sus oyentes. Sería interesante estudiar la forma en que lo que podríamos denominar pseudo-personalización del mensaje televisado o radiado ha alterado la influencia del retórico sobre su audiencia.

Metas de influencia.

El objetivo de la retórica y la psicoterapia es, claramente, incrementar el bienestar de sus destinatarios. Las metas del psicoterapeuta cubren un amplio espectro, desde el alivio de síntomas específicos hasta cambios en la visión de la vida del paciente, cambios que se suelen resumir en la expresión “crecimiento personal”. En general, se espera que los cambios que el terapeuta pretende sean duraderos y auto-reforzantes.

El retórico intenta inducir en sus oyentes determinadas conductas encaminadas a la consecución de sus objetivos, tales como mayor bienestar, poder o la rectificación de la

injusticia. Aunque tales conductas, como por ejemplo manifestaciones de protesta o revoluciones, sean limitadas en el tiempo, los que participan en ellas son inducidos a pensar que estos actos conducirán a mejoras duraderas en su bienestar. El ejemplo más escandaloso, por supuesto, es la promesa de salvación que hacen los predicadores evangelistas a todos aquellos que se unan a su secta particular.

A veces se equipara a los terapeutas con los vendedores, políticos, ciertos predicadores radiofónicos y otros individuos que pretenden formar actitudes o inducir acciones a través de la palabra con tal de satisfacer sus propios fines. Afortunadamente hay diferencias importantes. Los psicoterapeutas de la mayoría de escuelas, al contrario que estos otros “persuasores”, contemplan al paciente como un colaborador activo en lugar de como un objeto pasivo de manipulación. Sin embargo, la diferencia crucial consiste en la identidad de los psicoterapeutas como miembros de una profesión asistencial. La credibilidad de los psicoterapeutas -su “ethos”- está implícito en su rol profesional. Ello garantiza, idealmente, que el terapeuta es digno de confianza, competente, y que se halla interesado de forma primordial en el bienestar del paciente. El psicoterapeuta, si quiere ajustarse a las normas éticas de la profesión, debe dedicarse sinceramente al servicio de los intereses del paciente.

Los motivos de los otros persuasores, incluidos los retóricos, son más variados. Todos se presentan como movidos únicamente por el deseo de ampliar el interés de su audiencia y, realmente, eso es lo que suelen hacer. Más aún, algunos pueden conseguir convencerse a sí mismos de que sus metas son genuinamente altruistas (Goleman, 1985). Sin embargo, un componente crucial de la mayoría de practicantes de la retórica es el deseo de incrementar su propia riqueza y poder. Los psicoterapeutas, desde luego, no son del todo inmunes a tales motivos, pero para la mayoría de ellos no ocupan un papel tan prominente.

FUENTES DE INFLUENCIA

Las fuentes del “ethos” de psicoterapeutas y retóricos pueden dividirse en personales y contextuales.

Fuentes personales

Las características personales deben explicar las marcadas diferencias entre la efectividad de distintos terapeutas o retóricos individuales con una formación y experiencia relativamente equivalentes. Estas cualidades personales, a las que solemos referirnos con términos como “carisma” o “magnetismo personal”, son fáciles de sentir pero difíciles de definir. Otro atributo personal, la capacidad del retórico para sentir el estado de ánimo de su público, podrá corresponder a la sensibilidad del psicoterapeuta hacia los sentimientos de su paciente individual. La elocuencia del retórico corresponde, a grandes rasgos, a la capacidad del terapeuta para construir con el paciente una narración o historia significativa y convincente que explique las causas de los síntomas o dificultades de éste y sugiera un procedimiento colaborativo para superarlos (McHugh & Slavney, 1983).

La determinación del terapeuta frente a las muestras de emocionalidad del paciente y sus intentos abiertos o implícitos de manipularlas podrán ser análogos a la capacidad del retórico para soportar la hostilidad de sus oyentes.

Fuentes contextuales

Los aspectos contextuales de la situación que contribuyen al “ethos” de retóricos y

psicoterapeutas son bastantes distintos. Para el retórico, tales rasgos contextuales pueden incluir la insignia de la organización que representa, testimonios de otros seguidores, y, en el caso de los predicadores evangelistas, contextos situacionales que sugieran que se trata del mensajero de Dios.

Los principales sancionadores contextuales del psicoterapeuta son los diplomas y certificados que dan testimonio de su pertenencia a una profesión establecida, tal como la psiquiatría, la psicología o la asistencia social. Implícito a la identificación profesional, especialmente en el caso de psiquiatras y psicólogos, está el hecho de que su poder deriva de la Ciencia, entidad que para muchos estadounidenses equivale a Dios. Los terapeutas conductuales afirman que sus métodos derivan de experimentos de laboratorio. Los psicoanalistas mantienen que el psicoanálisis es una ciencia (Freud, 1933), y Janov (1971) aduce datos neurofisiológicos para defender la terapia del grito primal. Aunque muchos psicoterapeutas humanístico-existenciales no se resguardan bajo el manto de la ciencia, la mayoría adquieren su "ethos" mediante la pertenencia a una de las profesiones asistenciales establecidas.

MÉTODOS DE INFLUENCIA

Por lo que respecta a los métodos por medio de los cuales transforman los significados, retóricos y psicoterapeutas se basan en la estimulación de la emocionalidad y en lo que los retóricos llaman "argumentación".

Estimulación emocional

El repertorio de los retóricos consiste en la estimulación de una amplia gama de emociones que van desde el miedo al enemigo a vividas representaciones de las recompensas a obtener por seguirlos a ellos, incluido el éxtasis de la salvación. Tales apelaciones emocionales reforzadas por el contagio grupal pueden provocar conductas extremas tales como masacres e incluso suicidios colectivos como el de Jonestown. La mayor parte de tales cambios en la conducta son temporales (Argyle, 1958), a menos, por supuesto, que sus efectos sean irreversibles, como en el ejemplo antes citado. La duración de tales efectos parece depender del refuerzo repetido por la participación en el grupo que representa los valores alterados, principio empleado por los evangelistas.

Argumentación

El tercer componente de la retórica (además del "ethos" y la estimulación emocional) es la argumentación. Este término incluye mucho más que una apelación lógica a la razón. Según el Webster's 3rd International Dictionary, se refiere a toda "expresión retórica dirigida a convencer o persuadir". En retórica se concede gran importancia a comprender la psicología de la audiencia. "Los oradores deben saber qué provoca rabia, admiración, vergüenza, y cómo se espera que reaccionen diferentes grupos de oyentes... ya que cosas que no se pueden probar con certeza deben parecer evidentes" (Encyclopaedia Britannica, 1972). La argumentación en retórica guardaría una cierta semejanza con ciertos procedimientos terapéuticos.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

Glaser (1980) ha explicitado algunos de los paralelismos entre retórica y psicoterapia. Los psicoterapeutas emplean algunos de los recursos de los retóricos tales como metáforas e imágenes sensoriales para focalizar la atención del paciente sobre ideas centrales al mensaje

terapéutico y hacer sus ideas más creíbles. Los terapeutas hábiles hacen esto de forma intuitiva, pero para la mayoría sería bueno hacer esfuerzos deliberados por mejorar su comunicación con sus pacientes siguiendo estas líneas. En este sentido, la programación neurolingüística por ejemplo, sugiere formas de determinar la modalidad sensorial preferida por el paciente -visual, auditiva, táctil, olfatoria o gustatoria- para que el terapeuta pueda utilizar la misma modalidad en sus comunicaciones (Bandler & Grinder, 1979).

Contemplar la psicoterapia desde la perspectiva de la retórica sugiere que, con algunas excepciones como el Análisis Transaccional, la Terapia Primal y el EST, los terapeutas estadounidenses pueden no estar dando suficiente importancia a la utilización de procedimientos de apelación emocional y grupos de seguimiento. El éxito de cualquier forma de psicoterapia depende de que el paciente experimente un arousal emocional (Hoehn-Saric, 1978). Hace tiempo que se acepta que el puro insight intelectual no suele inducir al cambio y, en realidad, todas las terapias incorporan componentes que producen arousal emocional, sea reviviendo recuerdos de experiencias pasadas o solicitando del paciente que se arriesgue con formas de comportarse nuevas no probadas antes, tales como enfrentarse a situaciones fóbicas. Con algunas excepciones (Janov, 1971; Stampfl & Lewis, 1967; Marks, 1972) los terapeutas estadounidenses evitan tímidamente provocar de forma deliberada las emociones del paciente (Olden, 1977), sea porque las muestras de emocionalidad les incomodan o porque los procedimientos para generarlas parecen incompatibles con un enfoque racional y científico. La efectividad de la retórica sugiere la posibilidad de que un empleo más amplio y deliberado de tales procedimientos pudiera hacer aumentar la efectividad total de la psicoterapia.

De la misma forma, aunque algunas corrientes terapéuticas (p.e., la Terapia Primal, el Análisis Transaccional y el EST), alientan a sus seguidores a que se unan a grupos de seguimiento, la mayoría de ellas no incorpora tales grupos. Un uso más extendido de grupos de seguimiento podría hacer aumentar la efectividad de toda psicoterapia a incrementar el número de pacientes en los que ésta induce cambios de largo alcance.

Por último, los terapeutas que se ven a sí mismos como científicos aplicados podrían estar limitando indebidamente su capacidad de utilizar medios de persuasión no asequibles a los retóricos, es decir la exhibición de símbolos de curación de entre los cuales el más extendido es la falsa medicación o placebo (Fish, 1973). Los placebos se han convertido en sujeto de una vasta y controvertida literatura, en particular en lo tocante a sus implicaciones éticas (Bok, 1974), pero su poder es innegable (White, et al., 1985).

PSICOTERAPIA Y HERMENÉUTICA: EL PACIENTE COMO TEXTO

Ultimamente asistimos a la emergencia de una conceptualización del diagnóstico y el tratamiento médico que incluye el significado que médico y paciente otorgan a los síntomas de éste último.

En la medida en que los psicoterapeutas intentan entender e interpretar el significado de la comunicación del paciente, la psicoterapia guarda interesantes semejanzas con la hermenéutica o exégesis, disciplinas referidas a la interpretación de textos religiosos para descubrir su significado (McHugh & Slavney, 1986). Igual que los relatos de los pacientes, los textos religiosos carecen de criterios objetivos frente a los que el exégeta pueda verificar la validez de sus interpretaciones. Como resultado de ello, "un texto dado puede tener un número de interpretaciones muy diferentes según las presuposiciones y técnicas exegéticas que se le apliquen" (*Encyclopaedia Britannica*, 1986).

Una autoridad en el tema de la hermenéutica escribe: "Si entender significa siempre llegar a un acuerdo (a un "entendimiento"), entonces implica siempre a dos participantes diferentes... El criterio de la comprensión textual no es recuperar el significado del autor, sino descubrir un significado común compartido por el intérprete. Tal significado no depende nunca exclusivamente del autor en mayor medida que del intérprete" (Weinsheimer, 1985, p.178).

Siguiendo estas líneas, el diagnóstico y el tratamiento han sido descritos como un proceso de negociación entre paciente y médico para llegar a un acuerdo sobre cómo pautar cognitivamente su trastorno mediante etiquetado, clasificación y explicación (Kleinman, 1974-75); o como el proceso de comprensión de las presuposiciones o principios mediante los cuales el paciente crea la realidad en la que vive (Budd & Zimmerman, 1986); o como el proceso de identificación de la estructura conceptual que sostiene la percepción del paciente de sus problemas (Evans et al., 1986).

Goffman (1959) habla de la historia pasada del paciente como una apología construida por la memoria selectiva para crear "la imagen de un curso vital... que selecciona, abstrae y distorsiona de forma que le provea de una visión de sí mismo que pueda ostentar en la situación presente" (p. 133). A diferencia de un texto escrito, el paciente modifica continuamente su apología en respuesta al carácter de exigencia de la situación terapéutica (Orne, 1962). En la terapia, paciente y terapeuta colaboran en la recreación y reordenación de las experiencias pasadas del paciente de cara a crear una apología que sostenga una auto-imagen más positiva y un futuro más esperanzador.

Los terapeutas que se ven a sí mismos como científicos conductuales aplicados asumen que la eficacia terapéutica de una interpretación depende de cuánto se aproxime a la realidad objetiva. La comparación de la psicoterapia con la hermenéutica sugiere, por el contrario, que el criterio de verdad de una interpretación psicoterapéutica, igual que el de un texto religioso, es su plausibilidad -es decir, la interpretación "más verdadera" sería aquella más satisfactoria o con más sentido para las personas cuyo juicio aceptamos. En psicoterapia, el juez último de la verdad de una interpretación es el paciente. El poder de una interpretación para convencer al paciente depende, entre otros factores, de su capacidad para dar sentido al material que el paciente ofrece, de los términos en que la interpretación es expresada, de la confianza del paciente en el terapeuta, y, quizá lo más importante, de su utilidad -las consecuencias benéficas de tal interpretación para la capacidad del paciente de funcionar y sentirse bien.

Los ejemplos del poder terapéutico de reinterpretar el "texto" del paciente son abundantes. Una forma muy efectiva de aumentar la autoconfianza del paciente es convenciéndole de que sus síntomas no son tan siniestros como él teme. Un buen ejemplo de esto es una forma de psicoterapia de los estados de pánico basada en el reconocimiento de que no es el pánico en sí sino el miedo anticipado a él (es decir, su significado para el paciente) lo que crea la mayor parte del sufrimiento y la restricción de la actividad. Si el psicoterapeuta logra convencer al paciente de que el pánico, aunque desagradable, no pone en peligro su vida sino que es algo transitorio e inocuo, éste se sentirá mucho menos alterado y será capaz de reemprender sus actividades habituales (Weeks, 1976). En este sentido el malestar producido por los síntomas se reduce de forma importante si el paciente descubre que posee alguna forma de controlar su severidad. Por ejemplo, una técnica útil para reducir los ataques de pánico es enseñar al paciente a producirlos deliberadamente hiperventilándose (Clark et al., 1985).

De forma similar, los síntomas psicóticos pueden mejorarse indirectamente mediante comunicaciones que reduzcan la tensión emocional dándole al paciente un sentimiento de

control. Un ejemplo de ello es el de una paciente esquizofrénica de ambulatorio que me telefoneó durante una visita a Baltimore porque estaba empezando a padecer alucinaciones y temía que se tratara de una recaída. Le reafirmé telefónicamente que su medicación estaba correctamente administrada y que probablemente se sentiría mejor al volver a casa. Semanas más tarde me escribió: "Tras saber su opinión volví a funcionar correctamente. Que un psiquiatra competente me asegure que yo y la Estelazina controlamos la situación es para mí la mejor de las terapias".

PSICOTERAPIA Y SIGNIFICADOS: IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Uno vuelve de esta travesía por otras disciplinas relacionadas con el significado con una mayor seguridad en el poder de la psicoterapia como práctica clínica. Las implicaciones para la investigación son harina de otro costal.

Pocos discutirán que el reconocimiento de la psicoterapia que se obtiene de los métodos convencionales de investigación científica es desproporcionadamente pequeño respecto a la cantidad de esfuerzo que muchos investigadores competentes han invertido en ello. Esta situación decepcionante se explica tradicionalmente por los muchos handicaps metodológicos de la mayoría de estudios sobre psicoterapia (Parloff, 1984). Como pone en evidencia el Programa de Colaboración para la Investigación del Tratamiento de la Depresión financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental (Elkin et al., 1985), se ha avanzado considerablemente en solventar varios de estos handicaps. A pesar de la considerable mejora en la especificación y estandarización de variables terapéuticas (incluyendo manuales detallados de las terapias, entrenamiento de evaluadores o terapeutas y supervisión de los programas terapéuticos), los informes de datos preliminares no aportan por el momento grandes avances en la comprensión de los procesos y efectos de la psicoterapia. Sólo se han comprobado unas pocas correlaciones positivas entre las variables, y la conclusión principal -que los resultados de dos procedimientos psicoterapéuticos diferentes no difieren significativamente entre sí- confirma la conclusión de otros estudios menos precisos y controlados (Smith et al., 1980; Strupp & Hadley, 1979; Sloan et al., 1975). Esto demuestra que las conclusiones, en general poco determinantes, de las investigaciones sobre psicoterapia no puede atribuirse sólo a sus deficiencias metodológicas.

El problema fundamental podría ser que los métodos científicos tradicionales hubieran sido diseñados para descubrir relaciones entre hechos, es decir, fenómenos objetivamente definibles, medibles y repetibles (2). Los hechos pueden confirmarse o desconfirmarse por los criterios objetivos del método científico: los significados no (3). Los métodos tradicionales de las ciencias exactas no funcionan cuando se aplican a los significados y valores que constituyen la verdadera esencia de la psicoterapia (Bergin, 1985; Koch, 1981; London, 1986).

2.- Vale la pena repetir la divertida cita de A. S. Eddington (1928) al respecto: "Si analizamos los enunciados de los exámenes de física encontraremos que suelen empezar así: 'Un elefante se desliza por la ladera de una colina...' El estudiante con experiencia sabe que no debe prestarle atención a esto; sólo está ahí para dar una impresión de realismo. Sigue leyendo: 'La masa del elefante es de dos toneladas.' Ya estamos llegando a algo. El elefante se esfuma del problema y en su lugar aparece una masa de dos toneladas... Dos toneladas es lo que indica la aguja de una báscula si ponemos al elefante encima. Sigamos. 'La pendiente de la ladera es de 60°'. Ahora desaparece la ladera y aparece un ángulo de 60°... Lo mismo pasará con todos los datos del problema. El verde césped sobre el que se desliza el elefante es sustituido por un coeficiente de rozamiento... Y así vemos como la poesía desaparece del problema, y cuando empieza a aplicarse la seriedad de la ciencia exacta sólo nos queda lo que indican las agujas" (p.251).

3.- Kurt Lewin (1936, 1938) hizo esfuerzos heróicos para diseñar un procedimiento matemático no cuantitativo apropiado para el estudio de los fenómenos psicológicos, pero desgraciadamente no lo consiguió.

Los significados son subjetivos y la validez de uno de ellos para una persona es independiente de hasta que punto se comparte o es replicable. O se vivencian o no (Jaspers, 1963).

Un hecho objetivo dado, además, puede evocar una amplia variedad de significados en personas diferentes o en la misma persona en momentos diferentes. Un ascenso, por ejemplo, puede significar un reconocimiento largo tiempo merecido y una oportunidad única para detentar mayor poder, o bien una perspectiva temida y deprimente, según las características de la persona en particular, la naturaleza del ascenso en sí y los aspectos de la organización en la que éste se da, incluyendo las relaciones de la persona con sus compañeros de trabajo, las actitudes de la familia, etc.

La investigación científica convencional en psicoterapia sólo es posible hasta el punto en que los hechos objetivos determinen el significado, por lo que la falta de correspondencia entre hechos y significados crea una fuente de variancia que no se puede eliminar nunca del todo. En el estudio sobre depresión antes citado se encontró que los esfuerzos por estandarizar las condiciones en los tres locales diferentes en los que se llevaba a cabo la terapia no tuvieron éxito a la hora de prevenir algunas diferencias significativas entre sus resultados (Elkin et al., 1986). Es decir, a pesar de la correspondencia en todos los aspectos de los locales descritos objetivamente, algunos pacientes, terapeutas, evaluadores, o cualquier combinación de ellos debían haberles atribuido diferente significado a cada uno.

Dado que las condiciones del experimento o del método terapéutico definidas objetivamente pueden conducir al sujeto o paciente a significados muy diferentes de los que el terapeuta o experimentador pretendía (Orne, 1962), ciertos datos no son interpretables sin saber qué significaba esa situación particular para el paciente. Poniendo un ejemplo del Estudio de Colaboración (Watkins et al., 1986), según el diseño experimental todos los pacientes recibían una de estas cuatro formas de terapia: psicoterapia interpersonal, terapia cognitiva, administración de fármacos, y terapia de apoyo tipo placebo durante 16 semanas, momento en el cual todas terminaban. Una de las conclusiones objetivas fue que los pacientes de los tres grupos que recibían terapia activa mejoraron hasta casi el mismo nivel en las 16 semanas, hecho que confirma otros anteriores ya mencionados antes. Una conclusión potencialmente más interesante fue que los pacientes que recibían ambos tipos de psicoterapia dejaron de reportar cambio entre la octava y duodécima semana, pero luego se recuperaron de forma que a las 16 semanas su mejoría era equiparable a la de los que recibían farmacoterapia. Sin saber cómo interpretaban los pacientes la terminación del programa, uno sólo puede especular sobre los significados de estos prometedores resultados.

Vienen a la mente, como mínimo, tres posibilidades que no se excluyen mutuamente. Una es la de que algunos pacientes reportaran más cambio del que sentían para reducir su disonancia cognitiva (Festinger, 1957) -es decir, para justificar el esfuerzo que hicieron para terminar el tratamiento completo. Otra posibilidad es que algunos pacientes no quisieran decepcionar al terapeuta declarando que habían fracasado. Otra posibilidad más es la de que los pacientes encontraron necesario decirse a sí mismos que habían mejorado para fortalecerse a sí mismos ante la terminación de la terapia.

La validez relativa de estas y otras posibles interpretaciones podría quizá haberse comprobado elicitando auto-informes de los pacientes mediante entrevistas estructuradas y tests de varios tipos, pero ello tiene también sus limitaciones. Las categorías de medidas estructuradas se derivan de la perspectiva externa del investigador o terapeuta más que del

sujeto, que puede estar pensando o sintiendo algo diferente a lo que la escala pretende medir. Los tests proyectivos o medidas subjetivas como el Rorschach o el TAT evitan esta dificultad sólo para desplazarla a las categorías mediante las que se analizan los resultados. La técnica Q (McKeown, 1984), que puede evitar este problema, se utiliza poco en investigación psicoterapéutica por razones ajenas a este artículo. En cualquier caso, ninguno de estos métodos le confiere a la investigación una correspondencia completa entre la información que aporta, es decir, la que pone al alcance de otras personas, y la experiencia subjetiva del informante.

A menos que el paciente sea un psicótico, sus informes se ven constreñidos de alguna forma por la realidad; en términos de Spence (1982), la realidad narrativa no es totalmente independiente de la realidad histórica. Sin embargo, todos los auto-informes contienen márgenes irreversibles de incertidumbre creados por, al menos, tres fuentes. La primera es que los recuerdos del paciente pueden estar muy influidos por su estado de ánimo en el momento de elicitarlos (Lewinsohn y Rosenbaum, 1987), lo que llevó a estos investigadores a afirmar que “probablemente la memoria retrospectiva nunca representa lo que realmente ocurrió” (p. 618).

La forma como se representa a sí mismo el paciente mediante auto-informes puede también verse distorsionada por los significados de la situación en la que se obtienen tales informes, incluyendo las circunstancias que le llevaron a solicitar terapia. Por ejemplo, una esposa que acude en principio para convencer al terapeuta de que su marido tiene la culpa de sus problemas puede representar una historia muy diferente de otra que se culpa a sí misma, y un hombre que solicita terapia con la esperanza de evitar las consecuencias de un acto criminal dará una historia diferente de la de otro que busca el alivio de un síntoma molesto.

Para acabar, los informes de los pacientes pueden verse distorsionados por su percepción de qué es lo que el terapeuta espera de ellos. A este respecto, se inclinan a presentar la información sobre ellos mismos en formas consistentes con las conceptualizaciones del terapeuta (Wolff, 1954).

A la vista de la débil relación entre hechos objetivos y significados por un lado, y las fuentes potenciales de error en los informes subjetivos por otro, uno podría preguntarse cómo alguna investigación psicoterapéutica ha podido alguna vez revelar una relación significativa. La respuesta obvia es que, para satisfacer mis propios fines, he sobreestimado los argumentos en contra del método científico. Dos rasgos compartidos por todos los seres humanos, uno obvio y el otro más especulativo, muestran suficientes regularidades en su atribución de significado a los hechos como para hacer posible la investigación objetiva. La fuente más especulativa de atribución común de significado se apoya en las propiedades del sistema nervioso central. Ciertos significados, especialmente aquellos que inspiran miedo, parecen innatamente determinados, es decir, no dependen de la experiencia pasada. Los chimpancés muestran temor a un congénere muerto tan pronto como son lo bastante maduros como para distinguir a los individuos entre sí, y parece muy probable que todos los seres humanos tengan un miedo innato a la oscuridad total (Hebb, 1955). Hebb ofrece la prometedora especulación de que una función importante de la civilización es la de actuar como un “caparazón” que protege a sus miembros de experiencias ansiógenas tales como la oscuridad total o los cadáveres a la intemperie. Más aún, Jung (1968) podría tener razón al afirmar que todos los sistemas nerviosos humanos contienen ciertos “arquetipos” genéticamente determinados que nos llevan a atribuir el mismo significado a ciertos símbolos visuales.

Una fuente más obvia de regularidades en la atribución de significado a los acontecien-

tos es que la “comunidad de interpretación” (Fish, 1980) a la que la persona pertenece determina ampliamente los significados que atribuirá a los hechos. En la medida en que las sociedades o subgrupos forman comunidades de interpretación, tienden a atribuir significados similares a hechos similares. Un americano típico, por ejemplo, puede atribuirle un valor diferente a un ascenso que un japonés.

CONCLUSIÓN

Tanto el debate sobre el status científico de la psicoterapia como la dirección de la investigación actual al respecto se basan en la presunción implícita de que la efectividad de cualquier forma de psicoterapia depende de su validez científica (Grunbaum, 1984). Las consideraciones expuestas en este artículo sugieren más bien que la potencia terapéutica de cualquier forma de psicoterapia depende sobre todo de su capacidad de persuasión. En este aspecto, un método psicoterapéutico se parece más a una producción literaria que a la ciencia aplicada. Las obras literarias influyen en los individuos mucho más que las científicas. Seguro que la tecnología basada en la ciencia ha afectado enormemente a la conducta, actitudes y valores de todos, pero este efecto ha venido dado indirectamente por los cambios en las condiciones de vida que han traído consigo los productos de tal tecnología tales como reactores, antibióticos y ordenadores, y no por los documentos científicos. El impacto de la literatura, por otro lado es directo. Compárese el impacto sobre el lector de, por ejemplo “La cabaña del tío Tom” o “Hamlet” con la de las leyes de la dinámica de Newton o la segunda ley de la termodinámica.

La inaplicabilidad de los métodos científicos tradicionales dependientes de datos objetivos y cuantificables a los significados subjetivos impone límites a lo que se puede aprender acerca de la psicoterapia mediante los métodos de investigación. El fracaso de esa clase de investigación para influir en la práctica de la psicoterapia podría reflejar la irrelevancia de este tipo de ciencia en este área. Los avances significativos en investigación podrían tener que esperar a una revolución tan profunda en los conceptos y métodos de investigación como la que sacudió a la física de Newton tras las formulaciones de Einstein o Planck.

La pretensión de validez científica de ciertas terapias, sin embargo, contribuye a su eficacia incrementando su poder de persuasión gracias al alto prestigio de la ciencia y la tecnología en la América contemporánea. Mientras tanto, puede quedar aún mucho que aprender acerca de la psicoterapia incrementando el refinamiento y la estandarización de los métodos actuales de investigación psicoterapéutica.

En la medida en que el psicoterapeuta trata de interpretar y transformar los significados de la comunicación de los pacientes, la psicoterapia se parece a la retórica y la hermenéutica. Este artículo señala algunas de estas semejanzas y considera las implicaciones que se derivan de ello para la práctica psicoterapéutica y la investigación.

Referencias Bibliográficas:

- ARGYLE, M. (1958). *Religious Behaviour*. London: Routledge & Kegan Paul.
BANDLER, R. & GRINDER, P. (1979). *Frogs into Princes. Neurolinguistic Programming* (Steve Andreas, Ed.).

- Moab, Utah: Real People Press.
- BANDURA, a. (1977). Self-efficiency: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 195-215.
- BAUMAN, Z. (1978). *Hermeneutics and Social Science*. New York: Columbia University Press.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Associates Press.
- BERGIN, A. E. (1985). Proposed values for guiding and evaluating counseling and psychotherapy. *Counseling and Values*, **29**, 99-115.
- BOK, S. (1974). The ethics of giving placebos. *Scientific American*, **231**(5), 17-23.
- BUDD, M. A. & ZIMMERMAN, M.E. (1986). The potentiating clinician: Combining scientific and linguistic competence. *Advances*, **3**, 40-55.
- BURKE, K. (1969). *A Rhetoric of Motives*. Berkeley: University of California Press.
- CANTRIL, H. (1950). *The "Why" of Man's Experience*. New York: MacMillan.
- CLARK, D. M., SALKOVSKIS, P. M. & CHALKLEY, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, **16**, 23-30.
- COOPER, L. (Ed.) (1932). *The Rhetoric of Aristotle*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- EDDINGTON, A. S. (1928). *The Nature of the Physical World*. New York: MacMillan.
- ELKIN, I., PARLOFF, M. B., HADLEY, S. W. & AUTRY, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research program. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 305-316.
- ELKIN, I., SHEA, T., WATKINS, J. & COLLINS, J. (1986). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Major outcome findings. Paper presented at the 139th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. Encyclopaedia Britannica (1972). Chicago: Encyclopedia Britannica, vol. 19, p. 258.
- EVANS, D. A., BLOCK, M. R., STEINBERG, E. R. & PENROSE, A. M. (1986). Frames and heuristics in doctor-patient discourse. *Social Science and Medicine*, **22**, 1027-1034.
- FESTINGER, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston, Ill.: Row Peterson.
- FISH, J. M. (1973). *Placebo Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FISH, S. (1980). *Is There a Text in This Class?* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- FRANK, J. D. (1963). Psychotherapy and the assumptive world. In *Recent Advances in the Study of Behaviour Change. Proceedings of the Academic Assembly on Clinical Psychology* (pp. 50-75). Montreal: McGill University Press.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- FRANK, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey and M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behaviour Change* (pp. 5-38). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- FRANK, J. D. (1986). Psychotherapy, the transformation of meanings. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 341-346.
- FRANKL, V. E. (1984). *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy*. New York: Pocket Books.
- FREUD, S. (1933). *New Introductory Lectures on Psychoanalysis*. (W. J. H. Sprott, Trans.). London: Hogarth.
- GLASER, S. (1980). Rhetoric and psychotherapy. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process. Current Issues and Future Directions* (pp. 313-334). New York: Plenum.
- GOFFMAN, E. (1959). The moral career of the mental patient. *Psychiatry*, **22**, 123-142.
- GOLEMAN, D. (1985). *Vital Lies, Simple Truths. The Psychology of Self-Deception*. New York: Simon & Schuster.
- GROSS, M. L. (1978). *The Psychological Society*. New York: Schocken.
- GRUNBAUM, A. (1984). *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press.
- HAVENS, L. L. (1974). The existential use of the self. *American Journal of Psychiatry*, **131**, 1-10.
- HEBB, D. O. (1955). The mammal and his environment. *American Journal of Psychiatry*, **111**, 826-831.
- HOEHN-SARIC, R. (1978). Emotional arousal, attitude change and psychotherapy. In J.D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber and A. R. Stone (Eds.), *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- JANOV, A. (1971). *The Anatomy of Mental Illness. The Scientific Basis of Primal Therapy*. New York: G. P. Putnam & Sons.
- JASPERS, K. (1963). *General Psychopathology* (J. Hoenig and M. W. Hamilton, Trans.). Chicago: University of Chicago Press.
- JUNG, C. G. (1968). *Archetypes of the Collective Unconscious*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.

- KELLY, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*, vols. 1 & 2. New York: W. W. Norton.
- KIEV, A. (1964). *Magic, Faith and Healing*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- KLEINMAN, A. M. (1974-75). Cognitive structures of traditional medical systems: Producing, explaining, and interpreting the human experience of illness. *Ethnomedizin*, **111**(1/2), 27-45.
- KOCH, S. (1981). The nature and limits of psychological Knowledge. *American Psychologist*, **36**, 257-269.
- KNOBLOCH, F. & KNOBLOCH, J. (1979). *Integrated Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- LEWIN, K. (1936). *Principles of Topological Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- LEWIN, K. (1938). The conceptual representation and measurement of psychological forces. *Duke University Contributions to Psychological Theory*, **1**(4), 247.
- LEWINSOHN, P. M. & ROSENBAUM, M. (1987). Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives and nondepressives. *Journal of Personality and Social Psychology*, **52**, 611-619.
- LONDON, P. (1986). *The Modes and Morals of Psychotherapy* (2nd ed.). New York: Hemisphere Publishing.
- LOWEN, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: McCann & Geoghegan.
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Calghorn (Ed.). *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MARKS, I. M. (1972). Flooding (implosion) and related treatments. In W. S. Agras (Ed.), *Behavior Modification: Principles and Clinical Application* (Chap. 6). Boston: Little, Brown.
- McHUGH, P. R. & SLAVNEY, P. R. (1983). *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- McKEOWN, B. F. (1984). Q methodology in political psychology. Theory and technique in psychoanalytic applications. *Political Psychology*, **5**, 415-436.
- OLDEN, J. (1977). Four taboos that may limit the success of psychotherapy. *Psychiatry*, **40**, 197-204.
- ORNE, M.T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologists*, **17**, 776-83.
- PEELE, S. (1984). The cultural context of psychological approaches to alcoholism. Can we control the effects of alcohol? *American Psychologist*, **39**, 1337-1351.
- PARLOFF, M. B. (1984). Psychotherapy research and its incredible credibility crisis. *Clinical Psychology Review*, **4**, 95-109.
- SCHOFIELD, W. (1964). *Psychotherapy: The Purchase of Friendship*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- SCHUTZ, W. & TURNER, E. (1976). *Evy, An Odyssey into Bodymind*. New York: Harper & Row.
- SLOAN, R. B., STAPLES, F. R., CRISTOL, A. H., YORKSTON, N. J. & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V. & MILLER, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- SPENCE, D. P. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*. New York: W. W. Norton.
- STAMPFL, T. G. & LEWIS, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning theory based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **72**, 496-503.
- STRUPP, H. H. & HADLEY, S. W. (1979). Specific vs. non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, **36**, 1125-1136.
- WATKINS, J. T., IMBER, S. D. & COLLINS, J. (1986). Temporal course of symptomatic change. Paper presented at the 139th Annual Meeting of the American Psychiatric Association.
- WEEKS, C. (1976). *Simple, Effective Treatment of Agoraphobia*. New York: Hawthorn Books.
- WEINSHEIMER, J. C. (1985). *Gedamer's Hermeneutics: A Reading of "Truth and Method."* New Haven, Conn.: Yale University Press.
- WHITE, L., TURSKY, B. & SCHWARTZ, G. E. (1985). *Placebo, Theory, Research and Practice*. New York: Guilford Press.
- WOLFF, W. (1954). Fact and value in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, **8**, 466-86.
- ZILBERFELD, B. (1983). *The Shrinking of America*. Boston: Little, Brown.

