

Título del original en inglés:
Selected Papers
© 1989 Dulwich Centre Publications, Australia

Traducción: Alcira Bixio

Primera edición: enero de 1994, Barcelona
Primera reimpresión: septiembre de 1997, Barcelona
Segunda reimpresión: febrero de 2004, Barcelona

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Editorial Gedisa, S.A.
Paseo Bonanova, 9 1º-1ª
08022 Barcelona (España)
Tel. 93 253 09 04
Fax 93 253 09 05
Correo electrónico: gedisa@gedisa.com
<http://www.gedisa.com>

ISBN: 9788474324761
Depósito legal: B.5001-2004

Impreso por Publidisa,
Alcalá de Guadaira, Sevilla.

Impreso en España
Printed in Spain

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión,
en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma.

Indice

Introducción

Externalización del problema e internalización de la posición como agente, <i>Karl Tomm</i>	9
1. Deconstrucción y terapia	19
2. Decir de nuevo: ¡Hola! La incorporación de la relación perdida en la resolución de la aflicción	57
3. El proceso de interrogar ¿Una terapia de mérito literario?	69
4. Terapia familiar y esquizofrenia El estilo de vida de "sentirse arrinconado"	84
5. Una familia deja atrás los trastornos que la perturbaban	103
6. Anorexia nerviosa Perspectiva cibernética	111
7. El rito de inclusión Enfoque para el tratamiento de la conducta extremadamente descontrolada de niños y adolescentes púberes	128
8. Explicación negativa, restricción y doble descripción: Un modelo de terapia familiar	142
9. Terapia conjunta para hombres violentos y las mujeres que viven con ellos	167
10. Destruir los miedos y domar a los monstruos Un enfoque para el tratamiento de los temores infantiles	175
11. Pseudoencopresis De la avalancha a la victoria, del círculo vicioso al círculo virtuoso	186
12. Asesorar al asesor La documentación del conocimiento alternativo, <i>David Epston, Michael White</i>	203
Más allá del conocimiento del experto Entrevista con Michael White, <i>Andrew Wood</i>	219

Introducción

Externalización del problema e internalización de la posición como agente*

Karl Tomm

Introducción

Durante estos últimos años, un terapeuta familiar australiano particularmente dotado, Michael White (1984, 1986, 1987, 1988) ha desarrollado una innovadora técnica psicoterapéutica de "externalización del problema". Paradójicamente, esta técnica es al mismo tiempo muy sencilla y extremadamente complicada. Es sencilla en el sentido de que básicamente propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Este procedimiento de intervención abre un "espacio conceptual" que les permite a los pacientes tomar iniciativas más efectivas a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre sus vidas. Lo que resulta complicado y difícil son los delicados medios por los cuales puede lograrse ese objetivo. Recientemente White se ha referido a su propio trabajo como a "una terapia de méritos literarios". En otras palabras, las iniciativas curativas del paciente se movilizan a través del cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la conversación terapéutica. Esta técnica es especialmente interesante para los terapeutas porque puede utilizarse para lograr una mejora en un amplio campo de problemas (que incluye condiciones realmente graves tales como la esquizofrenia, la depresión, la paranoia, la violencia y el riesgo de suicidio).

White menciona cuáles fueron sus dos principales fuentes de inspiración para desarrollar esa técnica. Y ambas proceden de las humanidades. El primero de sus inspiradores es Gregory Bateson (1972, 1979), antropólogo y filósofo inglés-norteamericano que aplicó la cibernética a las ciencias sociales y elaboró una nueva visión de la "mente". Las contribuciones claves de Bateson incluyen la importancia que tiene la epistemología en el proceso de "cómo sabemos lo que sabemos", la importancia de las "diferencias

* Publicado originalmente en el *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, vol. 8, n° 1, primavera de 1989.

básicas que hacen una diferencia" en los sistemas vivos y de las "pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas". La segunda fuente de inspiración es Michel Foucault (1965, 1973), historiador y filósofo francés que desarrolló un análisis de la aparición de la medicina moderna en la cultura occidental. Foucault descubre cómo los sistemas de conocimiento como la medicina pueden llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en "sujetos" deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de "la mirada". Al tratar de comprender y clarificar la contribución de White, tuve que remontarme al trabajo de Humberto Maturana (1972, 1987), biólogo y neurofilósofo chileno que propuso una teoría general de la cognición. Maturana ofrece una explicación de cómo surge la mente a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje. La "mente no está en el cerebro", sino que surge de la interacción lingüística que se establece entre los actores humanos. Por consiguiente, la conciencia es fundamentalmente algo social y no algo bioquímico, fisiológico o neurológico. Desafortunadamente, el espacio no nos permite hacer una descripción adecuada de estas contribuciones teóricas y de las conexiones que tienen con el método desarrollado por White.

Externalización del problema

Hace unos diez años, White hizo un sencillo pero significativo descubrimiento. Al trabajar con niños que sufrían encopresis, observó que el progreso clínico se aceleraba cuando se le daba al paciente la posibilidad de hablar del problema como de algo distinto y separado de sí. White inventó la expresión "ruin caca" para referirse a la encopresis (1984) y la personificó como una entidad exterior al niño (1986). Por ejemplo, con un niño en particular, White podía presentar este concepto con preguntas como éstas: "¿Cómo llamas a esa sucia materia que te mete en problemas? ¿Caca? ¿Alguna vez sufriste la experiencia de sentir que esa caca te traicionaba y te tomaba desprevenido ensuciándote los pantalones cuando estabas jugando?" Si el niño responde afirmativamente, White continúa preguntándole sobre las siniestras influencias que ejerce sobre él esa extraña, esa ruin caca, que lo hace sentir incómodo, infeliz, frustrado y que le crea tantos problemas familiares. También les pregunta a los demás miembros de la familia cuál es la influencia que ejerce la "ruin caca" en sus vidas: "Cuando el niño ha sido traicionado por ella y lo ha hecho ensuciarse, ¿qué le pasa a usted?"... "Cuando la 'ruin caca' provoca disgusto y frustración, ¿qué le hace hacer a

usted?" Gradualmente la familia va descubriendo (con un toque de humor) que todos los miembros se sienten oprimidos por un enemigo común que es una entidad separada de la identidad del niño como persona.

White continúa con esta primera línea de indagación (sobre la influencia que tiene la "ruin caca" en los miembros de la familia) haciendo otra serie de preguntas sobre la influencia que ejercen el niño y los demás miembros de la familia sobre "su adversaria". Por ejemplo: "¿Hubo ocasiones en que derrotaste a la 'caca' y la pusiste en su lugar, en vez de dejar que ella te derrotara?", "¿Hubo ocasiones en las que la 'caca', al hacer que su hijo se ensuciara, los incitó a comenzar a gritarle y, sin embargo, ustedes fueron capaces de declinar tal incitación y ofrecer al niño, en cambio, su comprensión?" Generalmente, el niño y los miembros de la familia consideran extrañas tales preguntas. Y en realidad lo son; sobre todo cuando la familia ha estado tan preocupada por los efectos molestos del problema. Esta segunda serie de "preguntas de influencia" provoca que los miembros de la familia tomen conciencia de los recursos con los que cuentan y limita el "poder" que el problema ejerce sobre ellos. De este modo se lleva a los miembros de la familia a advertir que ya han estado realizando algunas acciones eficaces contra el problema. Esta indagación no sólo valoriza la capacidad familiar, sino que además contribuye a externalizar aun más el problema.

Cuando se ha distinguido claramente que el problema es la "ruin caca" y no el niño, se reducen significativamente las complicaciones relacionadas con la crítica, la censura y la culpa. El niño tiene menos razones para criticarse y censurarse; después de todo, la culpable es la "ruin caca" y no él. Y los padres tienen menos razones para criticar al niño o para censurarse a sí mismos. Y los profesionales tienen menos razones para censurar a los padres (por ejemplo, por ser demasiado severos y exigir disciplina o por ser demasiado sobreprotectores). Puesto que la censura tiende a limitar y la culpa tiende a constreñir, reducirlas tiene un efecto liberador. Esto abre un espacio que permite explorar nuevas formas de resolver el problema. Además, como todos los miembros de la familia sufren la influencia del mismo "alborotador" y ya no están agrediendo mutuamente, es más fácil para el niño y también para los padres unir fuerzas para luchar contra la ruin adversaria. Como resultado de ello, el proceso terapéutico se desarrolla más amable y rápidamente.

Aunque este método fue desarrollado en principio para trabajar con niños que sufrían de encopresis, White lo aplicó luego de manera más general para tratar con éxito un conjunto de múltiples problemas, tanto de adultos

como de parejas o familias (White, 1986). Por ejemplo, en un capítulo reciente sobre esquizofrenia, White (1987) describe cómo es posible externalizar la esquizofrenia como una enfermedad y luego externalizar aspectos del "estilo de vida arrinconado" (es decir, la constelación de síntomas negativos) que promueve la esquizofrenia, después externalizar los hábitos específicos que fortalecen ese estilo de vida y, por último, externalizar los supuestos y prejuicios que tienden a provocar la patología y de los cuales dependen tales hábitos. En otras palabras, el proceso de externalización del problema es progresivo. No es un encuadramiento estático del problema; es un proceso continuo de co-elaboración de una "nueva realidad" que se va realizando en la posterior disección terapéutica del problema, "separándolo" de la percepción que el paciente tiene de sí mismo como persona. En suma, se realiza una separación sistemática de los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de vida problemáticos y se los distingue de la identificación dominante del paciente.

Este proceso es particularmente curativo porque constituye un eficaz antídoto contra un proceso patologizante, inadvertido pero omnipresente dentro de la interacción humana: el rótulo negativo. Por ejemplo, durante las conversaciones corrientes sobre el problema que mantienen los miembros de la familia, los amigos y los parientes, el problema tiende a recaer en la identidad o la personalidad del paciente. Ello se debe al supuesto de "sentido común" que establece que "la persona que tiene el problema es el problema". El modelo médico y el DSM III también apoyan este supuesto: "La enfermedad mental está en la persona". Las conversaciones de los profesionales y los legos basadas en estos supuestos son inadvertidamente patologizantes puesto que contribuyen con esos rótulos a elaborar una identidad problemática. A medida que el problema se va incorporando en la identidad personal del paciente, se hace más difícil escapar de él, por la sencilla razón de que a nadie le resulta fácil escapar de sí mismo. "Soy un esquizofrénico, por eso hago cosas extrañas". Por consiguiente, externalizar el problema es una técnica terapéutica muy útil que abre un espacio que permite "deshacer" algunos de los efectos negativos de la rotulación social.

Internalización de la posición como agente

Sin embargo, lo que se puede lograr es mucho más que deshacer los rótulos. Una vez que han externalizado el problema en su conjunto y sus componentes específicos, los pacientes pueden (y son incitados por el

terapeuta a hacerlo) advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado. El terapeuta los incita a escapar de la opresión que implica aquella rotulación y a encauzar sus vidas en la dirección que prefieran (White, 1987). "Si fuera posible, ¿quisiera usted limitar la influencia que ejerce la esquizofrenia sobre su vida? ¿Puede usted darse cuenta de hasta qué punto la esquizofrenia lo ha estado transformando en una persona aislada que evita a los demás? ¿Cómo logró desafiar los mandatos de la esquizofrenia para eludir a los demás y pudo venir a esta entrevista? ¿Qué imagina que esto significa en cuanto a su capacidad personal? ¿Qué le hace descubrir de sí mismo que de otro modo no habría advertido? ¿En qué otras ocasiones logró imponerse y no dejó que fuera la esquizofrenia lo que lo impulsara a actuar? ¿Hasta qué punto se siente dispuesto a dar un paso más contra ese hábito de aislarse que lo tiene tan dominado? ¿Preferiría ser una persona débil con un hábito fuerte o una persona fuerte con un hábito débil? Cuando usted se somete a los mandatos de la esquizofrenia que lo hacen adoptar una posición irrazonable, ¿esa posición se transforma en una incitación que sus padres razonen por usted?" Todas estas son preguntas reflexivas que alientan la autocuración. Y pueden ser los instrumentos que permitan lograr una variedad de progresos en el curso de una entrevista (Tomm, 1987). El aspecto que más quiero destacar aquí es que estas preguntas instalan la idea de que el paciente puede decidir, puede elegir, es un agente activo del curso de su propia vida. Si la significación implícita o explícita de la pregunta se ajusta a las experiencias del paciente, éste se la "toma muy en serio" y la internaliza como parte de su identidad en evolución. Consecuentemente, el paciente puede alcanzar una mayor sensación de su posición como agente y la conversación terapéutica llega a ser un proceso capacitador para él.

Quiero destacar que la técnica de externalización del problema no excluye la responsabilidad personal. Sólo la enfoca y la pule. Pues se incita a los pacientes a reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema externalizado o de *declinar la incitación a someterse*. A medida que el paciente comienza a ver más claramente estas dos posibilidades y a considerarlas opciones genuinas, invariablemente elige la segunda. Por supuesto, una vez que el paciente elige el camino que desea seguir, el terapeuta debe ayudarlo a llevar adelante esa rebelión contra la opresión del problema.

También es importante subrayar que la responsabilidad que le cabe al paciente por haberse sometido sólo se menciona, en general, de manera implícita, y no explícitamente. Es importante hacerlo a fin de minimizar

cualquier posible reactivación de la censura y la culpa (y de sus efectos paralizantes). Tampoco se ejerce sobre el paciente ninguna presión para que especifique cuál ha de ser el curso de acción. Lo único que se acentúa y se destaca en la conversación terapéutica es que existen otras opciones. Esto hace que los pacientes sientan que tienen más espacio y más libertad para explorar nuevas formas de percepción, de pensamiento y de acción. Cuando los pacientes no entran en ese nuevo espacio ni desean explorarlo, se supone que existen aspectos adicionales del problema que lo están restringiendo y, por lo tanto, es necesario hacer una nueva externalización más diferenciada. Por ejemplo, el paciente puede estar sufriendo la influencia de un "temor a un nuevo fracaso", temor asociado con el problema general.

Otro aspecto importante del método es que el problema "sale" de la persona pero no se proyecta en ninguna otra. De modo que la protesta y la rebelión liberadoras no se manifiestan contra otras personas. Consecuentemente, hay menos posibilidades de que las demás personas significativas de la red social del paciente adopten una actitud defensiva y respondan mediante la censura, una nueva rotulación y una nueva patologización del paciente.

Por supuesto, es extremadamente importante que el terapeuta permanezca muy atento a los efectos problemáticos que puede tener una expectativa demasiado alta para el cambio constructivo. Esto es particularmente importante cuando se trabaja con pacientes que deben luchar con problemas crónicos. En realidad, con frecuencia es necesario externalizar las "expectativas irreales" como un componente más del problema (¡a veces no sólo es necesario para el paciente, sino también para el terapeuta mismo y para el resto de la familia!), a fin de evitar los efectos patologizantes de las experiencias de fracaso, desaliento y desesperanza. Quizás lo único realista sea dar pasos muy pequeños. A veces resulta útil sugerirle al paciente que el modelo más probable es el de "tres pasos hacia adelante y dos hacia atrás", especialmente cuando el deseo que tiene el paciente de superar un problema crónico es muy intenso. Cualquiera que haya intentado modificar un hábito personal bien establecido sabe que "los antiguos hábitos no mueren fácilmente". Lo más importante es la *dirección* en que evolucione el paciente como persona, esto es, la dirección hacia una vida más saludable y no las dimensiones o la frecuencia de los pasos que dé.

Finalmente, cuando el paciente da esos pasos constructivos, es necesario reconocerlos y responder a ellos, a fin de que formen parte de esa identidad curativa. Y es necesario para que los cambios constructivos persistan. "¿Qué hizo usted para lograr que esto (el suceso constructivo) ocurriera?" "¿Cómo se las arregló para dar este paso?" Es necesario reconocer y dar valor a estas

nuevas conductas constructivas, darles significación a fin de que se incorporen como parte de la nueva identidad emergente. "¿Se da cuenta de que al hacer eso ha ganado un voto para sí y uno en contra del problema?" "¿Se da cuenta de hasta qué punto fue significativa su iniciativa?" Si la respuesta es no, se puede intentar un giro: "¿Se da cuenta de que yo considero que, al haber realizado esa acción, usted tomó una decisión a su favor y le ha dado una buena lección a su viejo hábito negándose a permitir que lo domine?" Agregar un marco temporal más amplio y algunas diferencias contrastantes también contribuye a mejorar el proceso de internalización: "¿Hasta qué punto cree que esto contribuye a darle a su vida una nueva dirección, a desarrollar un nuevo estilo de vida?", "Si usted continúa recorriendo este nuevo camino de actuar contra el problema, ¿qué diferencias imagina que habría entre su nuevo futuro y el viejo (en el que usted se sometía al problema)?"

Una forma de contribuir a la persistencia de los cambios constructivos es ampliar la conversación e incluir a la red social del paciente para que se transforme en el público que asiste a dichos cambios. "¿Qué pensarían los miembros de su familia (o sus amigos) o qué sentirían si se enteraran de esos nuevos pasos que usted ha dado?", "¿Cómo les hará saber lo que ha ocurrido?" Mediante estas preguntas se incita al paciente a transformarse en un observador selectivo de sí mismo, a hacer participar a las personas que él considera significativas (al comunicarles sus acciones constructivas) y a reconocer sus posiciones como agente (por haber tomado decisiones curativas para sus vidas).

Discusión

El proceso de externalización del problema desarrollado por White no es enteramente nuevo. En algunos sentidos, retoma algunos aspectos de la sabiduría religiosa antigua referente a la posesión demoníaca y al exorcismo. Pero White desmitifica el proceso y lo utiliza de un modo riguroso y preciso. Por lo demás, gran parte de la técnica de internalizar la posición como agente es coherente con algunos aspectos de la terapia de la conducta y de la práctica psicoterapéutica tradicional. Pero, poner el acento en la reconstrucción de la identidad o la personalidad del paciente, mediante preguntas específicas, ofrece un mayor refinamiento.

Hasta el momento, las pruebas de la eficacia de este nuevo método son principalmente experimentales y anecdóticas. Sin embargo, en estos últimos años, el enfoque propuesto por White ha tenido un gran impacto en las pautas

de la práctica clínica de Australia y Nueva Zelanda. Y actualmente está comenzando a presentarse en los Estados Unidos y en Europa y ya se practica en algunos centros de salud. En mi propia práctica clínica, y en la de mis colegas del Programa de Terapia Familiar de la Universidad de Calgary, fue posible aplicar este método para ayudar a una sorprendente cantidad de pacientes. Los estudios empíricos sobre este enfoque apenas han comenzado. Además de este capítulo sólo conozco un estudio formal: un análisis retrospectivo de la aplicación hecha por el propio White de su método con 35 pacientes psiquiátricos crónicos que habían sido admitidos repetidamente en el Hospital Glenside de Adelaida. Se trata de una investigación independiente llevada a cabo por Hafner, Mackenzie y Costain (1988) que revela que, después de aplicarse allí la terapia de White, hubo una significativa reducción de la cantidad media de días pasados en el hospital por esos pacientes; en un grupo de control que recibió el tipo de atención psiquiátrica habitual la cantidad de días promedio fue de 36, mientras que en el grupo en el que se aplicó el método de White ese número se redujo a 14.

El trabajo de White ofrece una nueva técnica particularmente útil para la práctica psicoterapéutica diaria. Es respetuosa y humana y, según mi opinión, es uno de los desarrollos psiquiátricos más interesantes de la última década. Aquellos que estén interesados en conocerlo más a fondo, pueden obtener información adicional en las publicaciones del propio White citadas en la bibliografía.

Referencias bibliográficas

- Bateson, G., *Steps to an Ecology of Mind*, Ballantine Books, Nueva York, 1972.
 Bateson, G., *Mind and Nature: A Necessary Unity*, Bantam Books, Nueva York, 1979.
 Foucault, M., *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, Random House, Nueva York, 1965.
 Foucault, M., *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*, Tavistock, Londres, 1973.
 Hafner, J., Mackenzie, L. y Costain, W., "Family Therapy in a Psychiatric Hospital: A Controlled Evaluation" (no publicado) 1988.
 Maturana, H., y Varela, F., *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*, Reidel, Boston, 1972.
 Maturana, H., y Varela, F., *The Tree of Knowledge*, Shambhala, Boston, 1987.
 Tomm, K., "Interventive Interviewing: Part II, Reflexive Questioning as a Means to Enable Self Healing" *Family Process*, 1987.
 White, M., "Pseudoencopresis: From Avalanche to Victory, From Vicious to Virtuous Cycles" *Journal of Family Systems Medicine*, 1984.

White, M., "Negative Explanation, Restraint, and Double Description: A Template for Family Therapy" *Family Process*, 1986.

White, M., "Family Therapy and Schizophrenia: Addressing the In-the-corner Lifestyle" *Dulwich Centre Newsletter*, 1987.

White, M., "The Process of Questioning: A Therapy of Literary Merit?" *Dulwich Centre Newsletter*, 1988.