

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, *Karl Tomm* 9

1. **Desconstrucción 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,
David Epston, Michael White 203

Más allá del conocimiento del experto
Entrevista con Michael White, *Andrew Wood* 219

Terapia familiar y esquizofrenia

El estilo de vida de "sentirse arrinconado"*

Este capítulo presenta una perspectiva sobre la esquizofrenia que 1) pone énfasis en la naturaleza socialmente producida de su desarrollo, 2) se concentra en las descripciones de sí mismas que hacen las personas diagnosticadas como esquizofrénicas y que sienten la extraordinaria imposibilidad de llegar a ser personas y 3) utiliza una metáfora cibernética para delinear la participación de los miembros de la familia alrededor de este problema.

Se dan con algún detalle ejemplos de intervenciones que me han parecido útiles. Esas intervenciones socavan la sensación de fracaso que sienten los miembros de la familia pues se los ayuda a 1) oponerse a los efectos de sujeción de la clasificación científica y del juicio normalizador, 2) a eludir el sistema de incitaciones recíprocas que presta apoyo al estilo de vida de "sentirse arrinconado", 3) a identificar logros aislados que contribuyan a una nueva y positiva descripción de uno mismo y 4) a establecer un nuevo contexto en el caso de recidivas, contexto que mitiga la sensación de deterioro.

La esquizofrenia

La mayor parte de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas que me fueron derivadas o fueron derivadas a los equipos que yo consulto, hacía tiempo que habían recibido ese diagnóstico y la mayor parte de ellas eran consideradas como casos "crónicos" con síntomas "positivos duraderos" (alucinaciones e ilusiones) y síntomas "negativos" (retraimiento, apatía, etc.); esas personas sufrían frecuentes recaídas. Casi todas ellas habían sido tratadas con tranquilizantes durante un tiempo considerable y entonces se manifestaron los efectos secundarios de una tardía disquinesia.

En el desarrollo del enfoque esbozado en este capítulo, he aceptado ese diagnóstico previo de esquizofrenia con el fin de definir el grupo de personas y las familias para quienes este trabajo pudiera ser pertinente. No me interesé particularmente por la clasificación o reclasificación de esas personas según el sistema de inteligibilidad predominante que llamamos clasificación psi-

quiátrica. Para mí, la base social de ese fenómeno que llamamos esquizofrenia está en el dominio específico de poder/conocimiento que la produce. Esto no significa que yo no crea que exista una experiencia personal muy real y aflictiva que se designa como esquizofrenia.

Me interesa en cierto modo la historia social de esta forma de clasificación, sus orígenes culturales y las consecuencias que derivan de ella. Cuando se acuñó el término esquizofrenia, éste era sinónimo de mal crónico, incurable y de deterioro (como lo era su predecesora, la expresión demencia precoz). Este concepto echó profundas raíces en los sistemas de creencia tanto de los dominios laicos como de los dominios profesionales.² Y estas creencias sobre la esquizofrenia perduran en la esfera de lo que Gellner (1975) ha llamado "sistemas de pensamiento tradicional" o lo que Evans-Pritchard (1976) ha designado como "rígidas creencias implícitas".

Gellner afirma que los sistemas de pensamiento tradicional, a diferencia de los sistemas de pensamiento moderno que se basan en principios y en conceptos intelectuales explícitos, se articulan implícitamente y están insertos en la conducta, la cual se considera como parte del orden natural de las cosas y, por lo tanto, no requiere ninguna explicación. El hecho de que semejantes creencias no estén explícitamente articuladas las hace mucho más generales, profundas, compulsivas y resistentes a cualquier cambio.³

Evans-Pritchard, al llamar la atención sobre la tenacidad de esas creencias, muestra cómo los intentos que se oponen directamente a ellas para indicar sus contradicciones o para presentar concepciones diferentes, generalmente sirven sólo para reforzar dichas creencias. A las personas que participan en una esfera particular de creencias rígidas e implícitas les resulta sumamente difícil explicar sus propias experiencias sin recurrir al idioma de tales creencias. Dentro de esa esfera las experiencias se ordenan según creencias que en general no son accesibles al intelecto consciente a los efectos de su examen crítico.

La esquizofrenia como clasificación científica se prefirió a demencia precoz, porque el vocablo podía transformarse en un adjetivo capaz de objetivar a la persona así clasificada, de suerte que ahora podía hablarse de una persona "esquizofrénica" (Bleuler, 1950). La esquizofrenia no sólo estaba dentro de la persona sino que ocupaba la totalidad de la persona y constituía la identidad total de ésta. Foucault (1975) identifica la clasificación científica de personas como una práctica cultural en virtud de la cual el cuerpo se convierte en una cosa y la docilidad de éste es el resultado.

Al considerar la naturaleza compulsiva de los sistemas de pensamiento tradicional y las consecuencias de la práctica de la objetivación de personas

*Publicado en el *Dulwich Centre Newsletter*, primavera de 1987.

mediante la clasificación científica, podemos especular sobre los aspectos socialmente producidos del curso de deterioro propio de la esquizofrenia. Esta especulación se ve fortalecida por la proposición de que las personas dan sentido a los sucesos y experiencias de su vida relacionándolos con algún relato personal.⁴

"El relato esencialmente estructura sucesos de manera tal que éstos muestran, primero, una conexión o coherencia y, segundo, un sentido de movimiento o de dirección a través del tiempo." (Gergen y Gergen, 1984, pág. 174-175).

De esta manera los hechos de la vida se interpretan ensamblándolos, de modo que correspondan a algún fin proyectado o a alguna meta. Si el concepto de esquizofrenia contiene creencias rígidas e implícitas sobre lo crónico y el deterioro, si la clasificación científica produce sujetos dóciles y si la interpretación de sucesos actuales está en cierto modo determinada por el futuro, luego la naturaleza social de la esquizofrenia debe ejercer una poderosa influencia en su desarrollo.

Etiología y cura

Durante la realización de este trabajo, me preocupé poco por la etiología de la experiencia clasificada como esquizofrenia. Si bien me son bastante familiares varias teorías etiológicas diferentes, no he experimentado ningún deseo de participar en el debate. No siento ningún gran entusiasmo ni una particular atracción por alguna proposición específica (incluso aquellas teorías que proponen la causalidad en la interacción y en la comunicación). Esto no significa que yo niegue la idea de que existen aspectos biológicos de este fenómeno o que niegue que los productos químicos puedan ser útiles para mitigar el mal. Las teorías sobre la etiología de la esquizofrenia suelen ser circulares y conclusas en sí mismas. El lector encontrará una excelente reseña de las diversas teorías y una crítica de éstas en el trabajo de Barrett "Schizophrenia and personhood" (1987).

No necesito decir que en el desarrollo de este trabajo no me he apoyado en ninguna versión establecida de la etiología de la esquizofrenia. Mi interés primario se concentró en la perduración de ciertos problemas en el tiempo, problemas que he llegado a asociar con ese estilo de vida de "sentirse arrinconado". Esos problemas rara vez comprenden alucinaciones o engañosas ilusiones, sino que son problemas propios de la vida misma. Se dan en la esfera de las relaciones sociales y la persona diagnosticada como esquizofrénica los experimenta como problemas opresivos, así como los sienten los demás

miembros de la familia, especialmente los padres. De las familias que he visto y en las que había un miembro esquizofrénico según el diagnóstico, los padres al discutir los problemas de su hijo/hija habitualmente hablan de la afición a permanecer en la cama a horas irregulares, de la falta de atención a la higiene personal, de episodios de antagonismo contra otros miembros de la familia, de una aparente alergia a los quehaceres domésticos y de una desesperanza y pasividad generales. A veces los miembros así diagnosticados se quejan de experimentar una sensación de futilidad y parálisis, de fracaso e incompetencia y otras veces se lamentan de la injusticia, de la desdicha de ser insignificantes. Si la persona en cuestión estuvo internada en hospitales, es probable que su estilo de vida de "sentirse arrinconado" contenga detalles sobre el consumo crónico de estupefacientes y/o alcohol.

Teniendo como interés primario la perduración de ese estilo de vida de "sentirse arrinconado", presté también escasa atención a la cura misma de ese fenómeno que llamamos esquizofrenia, así como presté escasa atención a su etiología.

La persona

A lo largo de estas notas me referiré a las personas que fueron diagnosticadas como "personas esquizofrénicas". Habitualmente estas personas presentan varios problemas que tienen que ver con lo que generalmente se relaciona con el curso de deterioro de la esquizofrenia. Las más de ellas se manifiestan como "pasajeros" de la vida y declaran su desesperanza sobre el futuro, o bien dicen que ocurrirá algún acontecimiento asombroso y fortuito que les permitirá concretar su plan de llegar a ser un astronauta o un explorador del Polo Sur.

Las preguntas sobre detalles actuales de la vida de estas personas habitualmente generan descripciones de un estilo de vida de "sentirse arrinconados". Por otro lado, se ha llamado a esto también "carrera o trayectoria".

"Tradicionalmente el término carrera se reservaba para aludir a quienes esperaban gozar de promociones en la trayectoria de una respetable profesión. Sin embargo, el término llegó a emplearse en un sentido más amplio para referirse a la posición social de una persona en el curso de su vida. Así se toma la perspectiva de la historia natural: los logros aislados se pasan por alto en favor de cambios producidos en el tiempo y considerados básicos y comunes a los miembros de una categoría social aunque se dan independientemente los unos de los otros." (Goffman, 1961, pág. 127).

En el caso de las personas situadas en esa carrera o trayectoria, la única noticia de cambios en sus vidas y circunstancias que ellas puedan señalar para perdurar, es la noticia que pueda insertarse dentro de la red de supuestos, premisas y expectativas relativas a los miembros de esa específica categoría social. Siguiendo a Bateson (1972) he llamado a esa red un sistema de limitación (White, 1986a). La noticia de logros aislados se "olvida o se desdibuja... los mensajes cesan de ser mensajes cuando nadie puede leerlos" (Bateson, 1980, págs. 50-51).

En respuesta a las preguntas que alientan a las personas a explicar su situación, habitualmente ellas refieren variaciones del "cuento triste".

"Según la etapa que una persona ha alcanzado en su trayectoria, uno comprueba habitualmente que ella elabora una imagen del curso de su vida —pasado, presente y futuro— que selecciona, abstrae y deforma las cosas de manera tal que le suministran una visión de sí mismo que útilmente proyecta a situaciones actuales. En términos muy generales, la línea defensiva de la persona la lleva a alinearse apropiadamente junto a los valores básicos de su sociedad y esto bien puede llamarse una excusa. Si los hechos del pasado y del presente de una persona son extremadamente deplorables, entonces lo mejor que ella puede hacer es mostrar que no es responsable del estado a que ha llegado, de manera que aquí la expresión 'cuento triste' resulta apropiada. Es interesante comprobar que cuando el pasado más fuerza a la persona a alinearse aparentemente junto a los principales valores morales, con tanta mayor frecuencia esa persona se siente compelida a referir su 'cuento triste' en cualquier parte en que se encuentre" (Goffman, 1961, pág. 151).

Puede argüirse que los "valores básicos" aquí mencionados se refieren a las nociones culturalmente producidas sobre la especificación de la personalidad, una especificación que es en alto grado individualista. Foucault (1979), al trazar la historia social de los modos en que los seres humanos son sometidos, discurre que esa especificación de personalidad tiene que ver con el ordenamiento y distribución de los seres humanos en el espacio para convertirlos en "cuerpos dóciles". Según Foucault, esa especificación es el resultado de una técnica disciplinaria llamada "juicio normalizador", una técnica de sujeción y control sociales derivada de la distribución de las personas alrededor de una norma. Esta especificación, en alto grado individualista de la personalidad, pone fuerte énfasis en criterios normativos tales como coherencia, consistencia, posesión de sí mismo, contención de sí mismo, automaximización, autonomía, productividad, integración, totalidad, etc. Foucault también sostenía que el juicio normalizador somete y descalifica el poder personal, tanto más cuanto que no suministra puntos fijos en virtud de los cuales las personas puedan formular sus propios juicios, puntos fijos alrededor de los cuales las personas pueden protestar.

La sujeción a este proceso de normalización hace que la persona que experimenta ese fenómeno clasificado como esquizofrenia, sienta como un extraordinario fracaso el no llegar a ser una persona. En respuesta a esa sensación de extraordinario fracaso, la persona en cuestión desarrolla una elaborada y extensa urdimbre de excusas que es su cuento triste y, entonces, el estilo de vida de "sentirse arrinconado" se hace más completo.

La familia

Los parientes de la persona en cuestión y particularmente los padres, en la medida en que acompañen a esa persona en el curso de deterioro de su vida, se sienten cada vez más responsables por haberla descuidado. Cuando ese estilo de vida de "sentirse arrinconado" se extiende, los parientes se hacen más activos para obrar en favor de la persona. Y entonces, llega a ser abrumadora la experiencia de los miembros de la familia que se adhieren a la idea de que la persona en cuestión no es una persona⁵.

Generalmente, puede discernirse una dirección en la cual, inadvertidamente, los miembros de la familia colaboran en la perduración del estilo de vida de "sentirse arrinconado".

"Sobreviene un drástico cambio, pero nosotros nos acostumbramos al nuevo estado de cosas antes de que nuestros sentidos puedan decirnos que se trata de algo nuevo... No es cuestión de poca monta el hecho de que nunca nos demos cuenta del rumbo que toman nuestros cambios de estado" (Bateson, 1980).

Este es un rumbo al que los miembros de la familia se acostumbran progresivamente y aceptan la situación de deterioro. Generalmente, los miembros de la familia no advierten ese rumbo y son incapaces de detectar la diferencia que hay entre el grado en que están participando en ese estilo de vida en un momento dado y el grado en que lo están haciendo en otro momento. En este proceso, los miembros de la familia llegan a los límites de su flexibilidad y experimentan crecientes sensaciones de frustración, impotencia y fracaso.

La metáfora cibernética de la retroalimentación puede invocarse para ayudar a describir los elementos específicos del sistema en que se sustenta el estilo de vida de "sentirse arrinconado". Según esta metáfora, la circularidad es un fenómeno fundamental de todos los sistemas.

"Cabe esperar que los sucesos en cualquier posición del circuito tengan efecto en todas las posiciones sobre el circuito en momentos posteriores". (Bateson, 1972, pág. 404).

La circularidad propone una recursividad en todos los sistemas en los que los sucesos ejercen retroalimentación sobre sí mismos. Bateson identifica los circuitos de retroalimentación como circuitos que limitan la interacción, puesto que los cambios duraderos en una parte del sistema deben ser complementarios de los cambios producidos en el sistema mayor. En los sistemas humanos, es posible describir esta circularidad como un sistema de incitaciones recíprocas que, inadvertidamente, son tanto emitidas como respondidas.

Cuando se delinea la interacción de los miembros de la familia en torno de la esquizofrenia con esta metáfora, se hace evidente una caracterización como la que sigue:

El desarrollo de la red de excusas necesarias para prestar apoyo al "cuento triste", incita a los padres a adoptar una actitud más tolerante en cuanto a las excusas y a sentirse más responsables por la vida de la persona en cuestión. A medida que los padres se hacen más responsables son, también, más susceptibles a la censura y más vulnerables a la experiencia de la culpabilidad. Esa vulnerabilidad a la culpa, a su vez incita a la censura por parte de la persona que asigna a los padres una condición de "pasajeros" en la vida. Este sistema de incitaciones recíprocas refuerza con el tiempo la polaridad entre lo irresponsable y lo superresponsable. A veces, este ciclo se desorganiza momentáneamente cuando la frustración que experimentan los padres les provoca un estallido de hostilidad hacia la joven persona. Lamentablemente, esos estallidos sólo sirven para reforzar este ciclo con el correr del tiempo. Como resultado de ello, la persona en cuestión experimenta una sensación mayor de fracaso y busca más activamente nuevas excusas. Los padres, al experimentar también una mayor sensación de fracaso provocada por su sentimiento de culpabilidad y por los remordimientos que sienten por los estallidos en que incurrieron, se sienten mucho más responsables por la vida de la joven persona. Con el tiempo, la intensidad de esta participación en la permanencia del problema sube de punto y los miembros de la familia quedan todos centrados en la esquizofrenia.

Aunque este pasaje describe sólo una versión de estos sistemas de incitaciones recíprocas, con el tiempo se manifiesta en un aumento de la intensidad con que los miembros de la familia participan en el problema.

Los influyentes estudios de Brown y otros (1972) proponen una visión monocular de este proceso, por cuanto describen sólo una parte del circuito de retroalimentación. El concepto de "emoción expresada" que exponen estos autores estimuló el desarrollo del enfoque psicoeducacional; dicho concepto deriva de estudios que hacen hincapié en un fenómeno desarrollado en una sola dirección, es decir, la expresión de hostilidad por parte de los

padres respecto de la persona, en lugar de ofrecer una visión binocular que ponga énfasis en el estudio de la naturaleza circular de la interacción familiar.

Las notas siguientes detallan varias intervenciones, incluso aquellas destinadas a desorganizar los sistemas de incitaciones recíprocas y a disminuir, así, la intensidad de la interacción de los miembros de la familia alrededor de la esquizofrenia. Aunque la perspectiva sobre la esquizofrenia adoptada aquí es diferente del punto de vista adoptado por el enfoque psicoeducacional, podría afirmarse que esas intervenciones también disminuyen el nivel de la "emoción expresada" en las familias.

El método

Las notas siguientes dan detalles específicos sobre la aplicación a la terapia de un enfoque más general (White, 1986a). Estas aplicaciones se refieren a aquellos factores que ponen obstáculos al desarrollo de ese fenómeno que llamamos esquizofrenia.

En la aplicación de ese enfoque es importante que el terapeuta someta a crítica su participación con los miembros de la familia. Lo verdaderamente importante de esta crítica es la cuestión de saber si los miembros de la familia experimentan el proceso terapéutico como algo que los capacita o como algo que los somete. El proceso de incitar a los miembros de la familia a evolucionar alrededor de descripciones alternativas del problema, ¿los capacita para oponerse a su experiencia de opresión causada por el problema o contribuye a aumentar esta experiencia de opresión? Las opciones accesibles a los miembros de la familia, ¿los ayudan a sentirse con autoridad sobre ellos mismos o hacen que se sientan más sujetos a otra autoridad?

Durante toda esta labor se presentan dilemas de decisión a los miembros de la familia al yuxtaponerse descripciones "viejas" y descripciones "nuevas".

Externalización del problema y preguntas de influencia relativa

En el proceso de externalizar problemas se utilizan prácticas culturales de objetivación que se enfrentan con otras prácticas culturales de objetivación.⁶ El problema mismo queda externalizado, de modo que la persona ya no es el problema. El problema es el problema mismo. Esta objetivación y externalización del problema se oponen a las técnicas individualizadoras de la clasificación científica y a otras prácticas de división más generales.

Cuando la externalización de la esquizofrenia desafía el concepto de esquizofrenia como clasificación de personas, desafía asimismo los aspectos de este fenómeno producidos socialmente, incluso los que tienen que ver con lo crónico, la incurabilidad y el deterioro. Cuando la externalización de la esquizofrenia desafía a prácticas de división une a los miembros de la familia y los faculta para protestar contra las maneras en que se han sentido compelidos a cooperar con la esquizofrenia.

Al principio, la externalización de la esquizofrenia se logra haciendo preguntas que alienen a los miembros de la familia a determinar la influencia que la esquizofrenia tiene en sus vidas y en sus relaciones. Al reflexionar en estas preguntas y al responder a ellas, los miembros de la familia participan activamente en el proceso de externalización. Además de externalizar la esquizofrenia, estas preguntas hacen visible a los miembros de la familia su inadvertida participación en la perduración del estilo de vida de "sentirse arrinconado".

La externalización del problema suele ser progresiva y, en este proceso, el terapeuta ayuda a los miembros de la familia a elaborar definiciones más precisas de las experiencias que ellos consideran problemáticas y que más les preocupan por el momento. Por ejemplo, el terapeuta puede al principio comenzar a hacer preguntas que externalicen la esquizofrenia o el mal y luego hacer preguntas que externalicen aspectos del estilo de vida de "sentirse arrinconado" que son promovidos por la esquizofrenia y, por fin, hacer preguntas que externalicen esos hábitos específicos de que depende ese estilo de vida para perdurar. Doy a continuación una pequeña muestra de estas preguntas:

- ¿Qué efecto ha estado teniendo la esquizofrenia en sus vidas y relaciones?
- ¿De qué manera se sintió usted empujado a un rincón por la esquizofrenia?
- ¿De qué manera la esquizofrenia provocó ese estilo de vida de "sentirse arrinconado"?
- ¿De qué hábitos ha dependido más ese estilo de vida de "sentirse arrinconado"?
- ¿Qué otros hábitos fomentaron estos hábitos en la vida de otros miembros de la familia?
- ¿Cuál de estos hábitos es el que más le preocupa a usted?

La descripción de la influencia que tiene la esquizofrenia en la vida y relaciones de los miembros de la familia, puede yuxtaponerse con una segunda descripción, la descripción de la influencia que tienen los miembros de la familia en la perduración de la esquizofrenia. Con la formulación de

preguntas que inciten a los miembros de la familia a contribuir en la segunda descripción, la esquizofrenia queda aun más externalizada. Estas preguntas llaman la atención a los miembros de la familia sobre las contradicciones o logros aislados que "se pasan por alto en favor de cambios producidos en el tiempo y considerados básicos y comunes a los miembros de una categoría social" (Goffman, 1961, pág. 127). Como la red de supuestos, premisas y expectativas de los miembros de la familia les hace difícil aprehender estas contradicciones o logros aislados, al comienzo los miembros de la familia dependerán mucho del código del terapeuta para hacer derivar esta segunda descripción. Con el tiempo, ese código se convierte en un código compartido dentro del sistema terapéutico, de modo que los miembros de la familia llegan a ser más capaces de señalar directamente lo nuevo y dar su respuesta. A continuación doy una pequeña muestra de esas preguntas:

- ¿Cómo se las arregló usted para desafiar el estilo de vida de "sentirse arrinconado" y no sólo aceptó la cita de acudir a esta reunión sino que aceptó también acudir a la siguiente?
- ¿Cómo impidió usted que la esquizofrenia lo empujara a un rincón en esta ocasión?
- ¿A qué hábitos debió usted desobedecer en esta ocasión para escapar al estilo de vida de "sentirse arrinconado"?
- ¿Puede usted comprender cómo yo veo que su desafío a ese hábito tiene una importancia crítica?
- En estas circunstancias, ¿puede usted comprender que esto me sorprenda?
- Si pudiera ver la significación que yo veo en este paso, ¿cómo influiría esto en la manera en que usted se ve?
- ¿En qué medida cree usted que este modo tan diferente de ver las cosas podría influir en su próximo paso?
- ¿Cree usted que esos pasos podrían debilitar la influencia que la esquizofrenia tiene en su vida?

Anulación de lo temporal

Para ayudar a los miembros de la familia a establecer una distinción entre el grado en que participan en el estilo de vida de "sentirse arrinconado" en un determinado momento y el grado en que lo hacen en otro momento, se pueden hacer preguntas tendientes a eliminar lo temporal. Esto amenaza a la anterior tendencia y permite a los miembros de la familia rechazar todas las futuras incitaciones a habituarse a la influencia del problema. También aquí las preguntas estructuradas resultan útiles en este proceso.

—Si se sintiera compelido a continuar acompañado por la esquizofrenia, ¿qué pasos sería necesario que usted diera para que el estilo de vida de sentirse arrinconado fuera más completo?

—Si el estilo de vida de sentirse arrinconado ejerciera mayor influencia, ¿qué hábitos tendría usted que extender para dar apoyo a ese fenómeno?

—Ese estilo de vida de sentirse arrinconado junto con su sistema de apoyo de hábitos, ¿en qué medida afectan el futuro de la vida y de las relaciones de la familia?

—¿De qué maneras podrían estos hábitos oprimir el futuro de su vida y de sus relaciones?

Preguntas complementarias

Se pueden hacer preguntas que ayuden a los miembros de la familia a identificar y combatir su inadvertida participación en el sistema de incitaciones recíprocas que prestan apoyo al estilo de vida de sentirse arrinconado. En otro lugar he llamado a esta clase de preguntas "preguntas complementarias" (White, 1986b).

Al reflexionar en estas preguntas, los miembros de la familia llegan a una "visión binocular" o descripción doble de la permanencia de los problemas que ellos experimentan como opresivos. Se trata de un punto de vista que los capacita para eludir la coacción de los ciclos de retroalimentación que perpetúan y refuerzan estos problemas. La preocupación centrada en la esquizofrenia queda socavada y la intensidad emocional experimentada queda significativamente reducida.

—Cuando usted se somete a la esquizofrenia que lo empuja a una posición irrazonable, ¿de qué manera este hecho incita a sus padres a hacer todo lo que sea razonable para usted?

—¿Hasta qué punto el sentimiento de culpabilidad lo hace a usted vulnerable a las incitaciones de su hijo o hija a realizar lo que sea sensato para ellos? Y esa sensación de sentirse ellos arrinconados ¿hasta qué punto cuenta con esa vulnerabilidad?

Las nociones de personalidad

Se pueden hacer preguntas que ayuden a los miembros de la familia a contrarrestar las consecuencias empobrecedoras de esa técnica disciplinaria que Foucault (1979) llamó juicio normalizador. Una categoría de tales preguntas incita a las familias a participar en la elaboración de otras definiciones posibles del yo que no estén determinadas por las predominantes

especificaciones de la personalidad. Como estas preguntas alientan a los miembros de la familia a orientarse para discernir logros aislados, quedan socavadas las definiciones del yo entendido como fracaso de ser una persona. Estas preguntas deben estructurarse, al principio, alrededor del código del terapeuta a causa de la tenacidad de la "antigua" red de supuestos, premisas y expectativas.

—Si comprendiera usted plenamente la significación de esto, ¿qué cree que ello podría decirme sobre usted que yo, de otra manera, no habría sabido y que habría pasado por alto a todos nosotros?

—¿Qué cree que esto podría decirle sobre su capacidad que, de otra manera, usted habría pasado por alto?

—¿Qué cree que esto me dice que yo puedo apreciar en usted?

—¿Me dice esto alguna otra cosa diferente que usted cree que yo podría apreciar?

—¿Qué cree que esto les dice a mis colegas que ellos puedan apreciar en usted?

—Ahora tengo dos imágenes de usted como persona, la antigua y la nueva, y me parece que la diferencia que hay entre ellas es impresionante. Si usted pudiera conservar constantemente estas dos imágenes en su espíritu y compararlas, ¿qué cree que podría descubrir sobre sí mismo?

Las preguntas que externalizan y fomentan una crítica de las especificaciones de la personalidad en alto grado individualistas, son otra categoría de preguntas que se oponen a la sujeción del juicio normalizador. Este enfoque de ayudar a los miembros de la familia a reformarse, está en marcado contraste con los enfoques que incitan a los miembros de la familia a "apesadumbrarse por la persona que fue".

—Si usted pudiera apreciarse dejando de lado la ambición, ¿qué cree que apreciaría más?

—¿Cómo podría apreciarse usted mismo dejando de lado su ambición?

—¿Qué podría hacer para demostrar a estas expectativas que usted está yendo en camino de ser su propio dueño como persona y no una persona para esas expectativas?

Estas preguntas están en forma abreviada. Cuando se trabaja con familias, el terapeuta trata de lograr la articulación de esas "ambiciones" y "expectativas" específicas que subyugan a la persona.

Caricatura y melodrama popular

Las nuevas descripciones y distinciones causadas por las anteriores preguntas suministran una fuente de nuevas y creativas respuestas por parte de los miembros de la familia. Al principio, a los miembros de la familia les resulta difícil percibir toda la significación de estas nuevas respuestas. Cualquiera que sea el alcance o la duración de la nueva respuesta, ella significa un nuevo punto de partida, significa que es accesible alguna otra dirección en la vida. Como es probable que estas "nuevas" respuestas estén oscurecidas para los miembros de la familia por la sombra de los "antiguos" hábitos y problemas, es sumamente importante que el terapeuta participe con los miembros de la familia de una manera que cree un contexto para que perdure lo nuevo. Y esto puede lograrse si el terapeuta reacciona a las nuevas respuestas de los miembros de la familia de una manera que para ellos elabore las nuevas descripciones y ponga énfasis en las nuevas distinciones. A su vez, esto desencadena nuevas respuestas de los miembros de la familia. De este modo, por un tiempo los antiguos hábitos y pautas quedan eclipsados en la sombra de las nuevas respuestas.

Para establecer un contexto en el que perdure lo nuevo en casos en que los miembros de la familia estuvieron participando en el estilo de vida de "sentirse arrinconados", puede ser útil introducir el elemento dramático. A veces, para facilitar el desarrollo de un contexto dramático comprobé que era fructífera la idea del melodrama popular como metáfora de la terapia. De todos los elementos del melodrama popular parecen sumamente importantes la caricatura, el humorismo, el absurdo y la intriga.

En la organización de la terapia como un contexto para que perdure lo nuevo con frecuencia he comprobado que es útil introducir a un colega como caricatura de la persona en cuestión. La labor de este colega consiste en tratar de conservar la versión del "cuento triste" frente al cambio; para lograrlo, incita a la persona y a los otros miembros de la familia a que permanezcan ciegos a todas las nuevas respuestas y logros aislados que se oponen al estilo de vida de "sentirse arrinconado". A veces, la inseguridad de este colega impulsa a los miembros de la familia a hacer un convenio con la persona a fin de que ésta vuelva sobre sus pasos; esto suministra a la persona una urdimbre elaborada de excusas, muchas de ellas nuevas, con que cuenta para hacer de esto una proposición atractiva.

A medida que progresa la terapia, el colega se inquieta más por el hábito que tiene el terapeuta de alertar a los miembros de la familia sobre los nuevos pasos que están dando y teme que el entusiasmo del terapeuta pueda ser algo

apresurado. Al pasar el tiempo y a medida que la persona cobra dominio sobre su propia vida, el colega pierde su posición establecida en la terapia, no tiene más remedio que reconocer el éxito de la persona que logra ser ella misma y se ve obligado a recurrir a excusas varias cada vez más elaboradas amplias y absurdas a fin de establecer que no es responsable por lo que ha llegado a ser durante la terapia. A lo largo de todo este proceso, la interacción observada entre el terapeuta y el colega intriga a los miembros de la familia.

Si bien los miembros de la familia advierten que lo que se les está presentando es una caricatura, la posición muy conservadora del colega frente a la naturaleza radical del cambio, pone efectivamente de relieve las distinciones y contribuye a la permanencia de lo nuevo. Este método es particularmente eficaz cuando inicialmente la persona se ha mostrado muy reticente en acudir a la terapia. Pero al cabo de unas pocas sesiones, es frecuente comprobar que esas personas desean regresar, ansiosas de conocer el siguiente episodio.

Durante todo este proceso, la posición del terapeuta es ligeramente conservadora. El terapeuta se muestra entusiasmado por los pasos positivos que dan los miembros de la familia al huir del estilo de vida de "sentirse arrinconados", pero continuamente les aconseja considerar futuros pasos y dar sólo uno por vez. Si los miembros de la familia no llegan a algún acuerdo sobre los objetivos, el terapeuta habitualmente insiste en asumir la responsabilidad por no haber ayudado a los miembros de la familia a establecer adecuadamente su disposición a completar con éxito la labor emprendida. Por otra parte, se pueden hacer preguntas que externalicen y fomenten una crítica de las especificaciones de la personalidad.

—¿Cree usted que la ambición lo empuja a hacer demasiado y demasiado pronto?

—¿Cómo puede usted enseñarle a su impaciencia que hace sus propios descubrimientos al ritmo que le conviene a usted y no a ella?

—¿Qué podría usted hacer para domar la impaciencia y la ambición, así como ha domado otras cosas?

—¿Cómo podría usted demostrar a sus expectativas que puede ser una persona sin someterse a ellas?

—¿Está usted haciendo esto a causa de esas expectativas y ambiciones o lo está haciendo por usted mismo?

En otro lugar (White, 1986a) he expuesto otros métodos de respuesta del terapeuta a las reacciones de los miembros de la familia y esos métodos pueden adaptarse en el caso de familias con un estilo de vida de "sentirse arrinconado". No trataré aquí estos métodos, pero daré una pequeña muestra de las preguntas que pueden hacerse en respuesta al cambio para alentar aún más una descripción única del yo.

—Realmente es interesante ver que usted está tomando más iniciativas propias. ¿Cómo logró llegar a este acuerdo consigo mismo?

—¿Cómo explica que ahora usted dependa más de su propia autoridad que de la autoridad de otros?

—Ahora que usted es capaz de resolver problemas de su vida, ¿en que medida influirá esto en su futuro?

El progreso como contexto de las recaídas

Como la significación atribuida a las recidivas depende del contexto en que ocurren, es esencial que se establezca un nuevo contexto en el caso de las recaídas, un contexto que no presente la recaída como un fracaso, como un fenómeno de "retroceso". Considerar la recaída dentro del contexto de una evolución de deterioro es alentar en los miembros de la familia el sentido de que son "pasajeros" en la vida y una sensación de desesperanza; y es probable que aumente la dependencia de la persona en cuanto a dosis mayores de productos químicos, que contribuyen a aumentar la toxicidad y la docilidad, en lugar de fortalecerla y mejorar su calidad del vida.

Al construir este nuevo contexto, el terapeuta afirma que, puesto que la persona en cuestión ha estado confinada durante un tiempo considerable en el estilo de vida de "sentirse arrinconada" y puesto que los otros miembros de la familia han acompañado a la joven persona en este estilo de vida, no sería sensato hacer esfuerzos desordenados para dar nuevas direcciones a sus vidas. Como lo que cuenta en todo nuevo paso es, no su magnitud, sino la dirección en que se da, el terapeuta incita a los miembros de la familia a que den sólo pasos pequeños y que se atengan a un mínimo en cuanto al número de cambios que se produzcan cada vez. Ningún miembro de la familia debe ser alentado a ir demasiado lejos apoyándose en un solo pie hasta que éste se haya hecho suficientemente fuerte para soportar su peso; antes es menester asegurar cierto sentido de confianza y competencia para apoyar esos pasos. Cuando dan nuevos pasos, a los miembros de la familia se les puede decir que es probable que experimenten la influencia de ciertos hábitos propios del estilo de vida de sentirse arrinconados, hábitos que perduran aun cuando ellos se den cuenta de las nuevas posibilidades. Puede parecerles que los antiguos hábitos están eclipsando los nuevos logros durante bastante tiempo antes de que se manifieste claramente que lo nuevo está eclipsando a lo viejo, de modo que los progresos pueden experimentarse como dar "tres pasos adelante y dos pasos atrás".

Dentro de este contexto de progreso, las recaídas pueden considerarse como aspectos previsibles de la jornada que hace la persona hacia una

condición nueva y personalmente más adecuada. Esa jornada puede compararse con una migración en la que las recidivas son episodios esporádicos o altibajos de la empresa. Alternativamente puede introducirse un rito de pasaje (van Gennepe, 1960, Turner, 1969), en el que la recaída y la internación en el hospital se consideran fases preliminares, fases que son un preludio a la reincorporación del yo en el seno de la familia y en un nuevo nivel de funcionamiento personal. Cuando se produce la recaída, debe ponerse énfasis en el contexto de progreso mediante preguntas. Las recaídas también ofrecen al terapeuta la oportunidad de hacer preguntas que ayuden aún más a los miembros de la familia a externalizar y a oponerse a las especificaciones de la personalidad.

A veces es eficaz sugerir que cierto número de recaídas puede ser necesario para que una persona llegue a su meta. Se incita a la persona a identificar signos tempranos de recidiva a fin de que los altibajos puedan ser estructurados antes de que los hechos ejerzan su presión y la fatiga los imponga. Esos altibajos toman varias formas y pueden incluir medidas como internación en un hospital. Si la persona tiene una historia de frecuentes y múltiples internaciones generalmente precipitadas por crisis, puede planificarse una serie de breves internaciones. Esta planificación se apoya en la idea de que si es necesario cierto número de internaciones, luego es buena idea hacerlas lo más pronto posible antes que tarde. Estas internaciones planeadas son más breves y fortalecedoras que las internaciones obligadas. Después de la primera serie de internaciones planificadas, se incita a la persona a que haga pruebas para ampliar el tiempo que habrá de transcurrir entre las futuras internaciones.

Se puede sugerir a las familias que organicen una ceremonia inmediatamente antes de toda internación programada, una ceremonia en la que se pongan de relieve los recientes éxitos de la persona y se reconozca que ha llegado a una etapa en su peregrinación en la que los altibajos son apropiados. Aun cuando las familias no pongan en práctica esta sugestión, ella altera radicalmente el marco de la internación hospitalaria, pues contrarresta la sensación de fracaso y desesperación que los miembros de la familia experimentan con tanta frecuencia en esos momentos.⁷

Programa de sesiones, duración del contacto y medicación

Aunque en algunos casos las reacciones de los miembros de la familia a esta manera de tratar a la persona son dramáticas desde el principio, en general esta labor es relativamente de largo plazo por su naturaleza. En la fase inicial, las sesiones terapéuticas se fijan con intervalos de dos a cuatro

semanas. Posteriormente, el intervalo entre las sesiones se aumenta a dos o tres meses.

La programación de las sesiones regulares se realizan habitualmente para un período de seis a dieciocho meses. La palabra terminación no es una expresión apropiada de la cesación de sesiones regulares puesto que se incita a las familias a asistir a nuevas entrevistas periódicas y se las insta a que llamen por teléfono al terapeuta o fijen nuevas citas si sobrevienen crisis difíciles, o si alguno de los miembros de la familia muestra preocupación por los progresos.

A medida que los miembros de la familia tienen mayor influencia en sus vidas y relaciones pueden experimentarse reducciones de la medicación.

Resumen

Estas notas han expuesto una perspectiva del fenómeno denominado esquizofrenia y han ofrecido algunos ejemplos de un enfoque basado en esa perspectiva, enfoque que según he comprobado resultó útil a las personas así diagnosticadas y a los miembros de sus familias. Reseñas preliminares de este trabajo se han publicado en otra parte (Mackenzie y Robertson, 1985, Mackenzie y Gara, 1986).

Ese modo de enfocar la cuestión reduce considerablemente la proporción de recidivas y de días pasados en el hospital; además contribuye profundamente a mejorar la calidad de vida. Las notas de ninguna manera abarcan todos los aspectos de la cuestión, pues en este trabajo surgen continuamente diversas contingencias que requieren una respuesta creativa por parte del terapeuta.

Como la esquizofrenia presenta una gran variedad de formas, diferentes aspectos de este enfoque se han enfatizado con algunas familias más que con otras. Por ejemplo, con aquellas familias en las que la persona en cuestión es agresiva y en alto grado destructiva, resulta razonable que el terapeuta ponga mayor énfasis en "el melodrama popular" entendido como metáfora de la terapia.

Notas

1. He estado desarrollando este enfoque en los últimos siete años y durante ese tiempo estuve asociado, en diferentes contextos, con varios colegas interesados en la esquizofrenia. Entre estos colegas se contaban, al principio, Andrew Wood y Malcolm

Robinson, diversos miembros del equipo de la Glenside Family Therapy Unit durante los cinco años pasados, incluso los miembros actuales Jim Birch, Lindsay Childs, Chris Grierson, Helga Jansons y Liz McKenzie, y los miembros del Glenside Hospital Rehabilitation Family Therapy Group, incluso Fiona Dawes, Barbara Robertson y Andrew Lamberth.

2. Y esto continúa ocurriendo ahora. Por ejemplo, véase la discusión de Birch (1987) sobre la esquizofrenia en los medios.

3. Quisiera agradecer a Jane Chapman por haberme introducido en la obra de Gellner.

4. Hay mucho más que decir sobre la teoría de los relatos personales. David Epston ha estado desarrollando un enfoque único de la terapia basado en esta teoría.

5. Por supuesto, en muchos casos los miembros de la familia están cooperando inadvertidamente con una caracterización de la persona que contribuye a que ésta tome un estilo de vida de sentirse arrinconada, aun antes del diagnóstico formal. Los diagnósticos de legos y profesionales refuerzan esta caracterización.

6. Agradezco a Roy Fitzhenry haberme alertado acerca del grado de confianza con que cuento sobre esto en mi trabajo con la esquizofrenia.

7. Jim Birch, al referirse al rito de separación practicado en las despedidas de un viaje oceánico, ha sugerido la idea de "hacer ondear pañuelos" como una metáfora de semejantes ceremonias.

Referencias bibliográficas

- Barker, P. 1979: *Basic Child Psychiatry*. 3ª ed. Gran Bretaña, Chaucer Press.
- Bateson, G. 1972: *Steps to an Ecology of Mind*. Nueva York, Ballantine Books.
- Bateson, G. 1980: *Mind and Nature: A necessary unity*. Nueva York, Bantam Books.
- Birch, J. 1987: "Pasteur... now the bad news: towards the restoration of traditional values in the psychiatry of schizophrenia". *Dulwich Centre Newsletter*, Primavera.
- Bleuler, E. 1950: *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Nueva York, International Universities Press.
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. 1972: "The influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication". *British Journal of Psychology*, 121:241-258.
- Evans-Pritchard, E.E. 1976: *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford, Clarendon Press.
- Foucault, M. 1975: *The Birth of the Clinic: An archaeology of medical perception*. Nueva York, Random House.
- Foucault, M. 1979: *Discipline and Punish: The birth of the prison*. Gran Bretaña, Peregrine Books.
- Gellner, E. 1975: *Legitimation of Belief*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Gergen, M. y Gergen, K. 1984: "The social construction of narrative accounts" en Gergen K. y Gergen M. (comps.) *Historical Social Psychology*. New Jersey, Lawrence Erlbaum y Assoc.
- Goffman, E. 1961: *Asylums*. Nueva York, Doubleday.
- Mackenzie, L. y Robertson, B. 1985: "Family therapy in a psychiatric hospital". *Dulwich Centre Review*.
- Mackenzie, L. y Gara, A. 1986: "An uphill battle: wrestling back responsibility in the psychiatric system". *Case Studies*, 1(2):59-66.
- Turner, V. 1969: *The Ritual Process*. Nueva York, Cornell University Press.

- Van Gennep, A. 1960: *Rites of Passage*. Chicago, University of Chicago Press.
- White, M. 1986a: "Negative explanation, restraint and double description: a template for family therapy". *Family Process*, 25(2):169-184.
- White, M. 1986b: "Anorexia Nervosa: A cybernetic perspective", en J. Elka-Harkaway (comp.) *Eating Disorders and Family Therapy*. Nueva York, Aspen.

5

Una familia deja atrás los trastornos que la perturbaban*

En este caso las preguntas, los resúmenes y la metáfora se emplean para externalizar el "trastorno" de un joven adolescente y para contrarrestar así la descripción caracterológica de su familia. Preguntas complementarias permiten describir la interacción que se genera y otras preguntas plantean un dilema a los padres y al adolescente acerca de su interacción. Se describen también reuniones especiales en las que la familia pasa revista a sus progresos.

John tenía doce años cuando asistió a la primera sesión bastante a regañadientes, acompañado por sus padres, Ann y Harold. Ann y Harold hacía ya mucho que estaban preocupados por la conducta de John. En la mayor parte de los aspectos de la vida de éste habían comprobado que era un niño díscolo y pendenciero, problemas que ellos habían tratado de resolver apelando a varias ayudas. Me enteré de que varios "profesionales" habían diagnosticado a John durante nueve años. Los numerosos diagnósticos que se habían formulado iban desde la hiperactividad a la pereza. Ninguno de esos diagnósticos, por algunos de los cuales John había recibido medicación, dio resultado y el problema había ido "de mal en peor".

Pregunté a Ann y a Harold en qué medida creían que John se encontraba ahora bajo la influencia del problema que lo había aquejado tanto en su vida.

Esta fue la primera de una serie de preguntas y resúmenes que sirvieron para apartar a John del problema al hacer que lo externalizara y lo objetivara. Todos los diagnósticos que hasta entonces se le habían formulado indicaban un problema interno del adolescente. Y esos diagnósticos reforzaban la explicación de los padres según los cuales el problema era el resultado de alguna característica innata de John; esto no les permitía ver la naturaleza de la interacción o de la relación que tenía la dificultad. Bateson, después de Molière, compara semejantes explicaciones con el principio soporífero que adormece la "facultad crítica" (1972) de uno. Bateson dice que (1980, pág. 14):

*Publicado en *Case Studies*, Vol. 1 N° 1, 1986