

Terapia familiar

Últimos títulos publicados:

40. M. Bowen - *De la familia al individuo*
41. C. Whitaker - *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*
42. M. M. Berger - *Más allá del doble vínculo*
43. M. Walters, B. Carter, P. Papp y O. Silverstein - *La red invisible*
45. M. Selvini - *Crónica de una investigación*
46. C. R. Herscovici y L. Bay - *Anorexia nerviosa y bulimia*
48. S. Rosen - *Mi voz irá contigo*
49. A. Campanil» y F. Luppi - *Servicio social y modelo sistémico*
50. B. P. Keeney - *La improvisación en psicoterapia*
51. Ph. Caillé - *Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma*
52. J. Carpenter y A. Treacher - *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*
53. M. Zappella - *No veo, no oigo, no hablo. El autismo infantil*
54. J. Navarro Góngora - *Técnicas y programas en terapia familiar*
55. C. Madanes - *Sexo, amor y violencia*
56. M. White y D. Epston - *Medios narrativos para fines terapéuticos*
57. W. R. Beavers y R. B. Hampson - *Familias exitosas*
58. L. Segal - *Soñar la realidad*
59. S. Grillo - *El cambio en los contextos no terapéuticos*
60. S. Minuchin y M. P. Nichols - *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*
61. D. A. Bagarozzi y S. A. Anderson - *Mitos personales, matrimoniales y familiares*
62. J. Navarro y M. Beyebach - *Avances en terapia familiar sistémica*
63. B. Cade y W. H. O'Hanlon - *Guía breve de terapia breve*
64. B. Camdessns y otros • *Crisis familiares y ancianidad*
65. J. L. Linares - *Identidad y narrativa*
66. L. Boscolo y P. Bertrando - *Los tiempos del tiempo*
67. W. Santi y otros - *Herramientas para psicoterapeutas*
68. M. Elkaim (comp.) - *La terapia familiar en transformación*
69. J. L. Tramo - *Familia de origen y psicoterapia*
70. J. M. Droeven (comp.) - *Más allá de pactos y traiciones*
71. M. C. Ravazzola - *Flistorias infames: los maltratos en las relaciones*
72. M. Coletti y J. L. Linares - *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*
73. R. Perrone - *Violencia y abusos sexuales en la familia*
74. J. Barudy - *El dolor invisible de la infancia*
75. S. Minuchin - *El arte de la terapia familiar*
76. M. Selvini Palazzoli y otros - *Muchachas anoréxicas y bulímicas*
77. S. Cirillo y otros - *La familia del toxicodependiente*
78. P. Watzlawick y G. Nardone (comps.) - *Terapia breve estratégica*
79. M. Malacrea - *Trauma y reparación*
80. J. Navarro y J. Pereira - *Parejas en situaciones especiales*
81. J. L. Linares y C. Campo - *Tras la honorable fachada*
82. V. Ugazio - *Historias permitidas, historias prohibidas*
83. B. O'Hanlon - *Desarrollar posibilidades*
84. R. Ramos • *Narrativas contadas, narraciones vividas*
85. J. L. Linares - *Del abuso y otros desmanes*
86. G. Cecchin, G. Lane y W. A. Ray - *Irreverencia*

Gianfranco Cecchin, Gerry Lane
y Wendel A. Ray

Irreverencia

Una estrategia de supervivencia
para terapeutas



Título original: *Irreverence*

Originalmente publicado en inglés, en 1992, por H. Karnac Books Ltd., Londres
First published by H. Karnac Books Ltd., represented by Cathy Miller Foreign Rights Agency, London, England

Traducción de Esteban Laso Ortiz

Cubierta de Mario Eskenazi

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 1992 by Gianfranco Cecchin, Gerry Lane and Wendel A. Ray

© 2002 de la traducción, Esteban Laso Ortiz

© 2002 de todas las ediciones en castellano

Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona
y Editorial Paidós, SAICF,
Defensa, 599 - Buenos Aires
<http://www.paidos.com>

ISBN:84-493-1304-X

Depósito legal: B-41.221/2002

Impreso en Hurope, S.L.

Lima, 3 - 08030 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

SUMARIO

Agradecimientos	
Prefacio del editor	11
Prefacio	13
Prólogo	17'
1. La noción de irreverencia	19
2. Irreverencia y violencia	31
3. La irreverencia en la institución: cómo sobrevivir	51
4. Sugerencias para la formación de terapeutas	71
5. Algunas implicaciones para la investigación	85
6. Conclusiones erráticas	95
Bibliografía	97
Índice analítico y de nombres	101

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Tom Corbett y a Charlie Tauber, del hospital Hillside, en Atlanta, Georgia, su gentil apoyo a este proyecto.

NOTA DE LOS AUTORES

Aunque reconocemos la necesidad de conciencia en relación con los temas de género, hemos preferido usar los pronombres genéricos masculinos en aras de la simplicidad. Los nombres (e incluso algunos de los contextos) de las personas cuyos casos fueron utilizados para ejemplificar las ideas de los autores han sido alterados con el fin de preservar su intimidad.

PREFACIO DEL EDITOR

Este libro comenzó a escribirse cuando sus tres autores se reunieron para cruzar ideas acerca de sus casos más difíciles. Se dieron cuenta de que tenían perspectivas parecidas; la discusión fue fructífera y acordaron repetirla la próxima vez que se encontraran. Se encontraron varias veces más y descubrieron que sus ideas apuntaban a una noción común que llamaron «irreverencia». Hay que decir que estos terapeutas no trabajan en conjunto, no pertenecen a los mismos proyectos de investigación y están separados por miles de kilómetros. Lo que los unió fue una apertura común a las ideas novedosas; en este sentido, se han influido mutuamente hasta aclarar su innovadora forma de pensar y ponerla al alcance de todos. Como editores, nos complace haber tomado parte en este proceso y presentar este texto a los lectores.

Este libro no es un manual de psicoterapia, ni un recetario para afrontar las situaciones difíciles. Más bien es una afirmación: la de que los terapeutas sistémicos deben vivir siempre al filo del abismo, abiertos a nuevas formas de ver e intervenir; siempre han de ser capaces de decir: «Sí, así es, pero hay otras formas de verlo». Esta habilidad es la raíz de la práctica sistémica; y estos autores han encontrado una forma de ayudar a los terapeutas a vivir al filo del abismo incluso en los casos más difíciles.

Esperamos que el lector vea en la «irreverencia» un hito más en el progreso de las ideas derivadas del fértil grupo de Milán. Por nuestra parte, pensamos que la «irreverencia» es un desarrollo del concepto de «curiosidad», a su vez surgido de la idea de «neutralidad».

La terapia familiar también está en pleno desarrollo: vemos a los terapeutas romper con las fronteras que solían delimitar las «escuelas de psicoterapia». El ámbito de trabajo se vuelve cada vez más complejo a medida que temas como protección de menores, género y etnia reciben mayor atención. Los terapeutas desarrollan modelos nuevos para atravesar las fronteras que eran inviolables hasta no hace mucho tiempo. En este libro, el lector encontrará un marco de referencia sistémico para modificar las ideologías imperantes ya sea en la familia, en la teoría o en su propia mente.

DAVID CAMPBELL

ROS DRAPER

Londres

PREFACIO

Había una fiesta en la Europa medieval llamada el Carnaval de los Locos. La nobleza y las clases dominantes la abominaban, pero los parroquianos la celebraban disfrazándose de cortesanos y obispos y ridiculizando los más venerados rituales, ideas, ideales y costumbres.

El Carnaval de los Locos permitía despojar de su poder a los poderosos para dárselo a los parroquianos. Como indica Harvey Cox (1969, pág. 5), «desenmascarar la simulación de los poderosos permite resistir un poco más su poder» y por eso «los tiranos tiemblan ante los bufones y los dictadores prohíben las charlas de café».

En este libro, esta excéntrica costumbre regresa a nuestras filas para celebrar un festín de irreverencia y permitir que los terapeutas se libren de la presión de las escuelas profesionales, las revistas y los libros, los maestros psicoterapeutas y el resto de pompa y atavíos de la terapia familiar.

Más que una homilía de las revelaciones recibidas de las vacas sagradas, la contribución de Cecchin, Lane y Ray es una invitación a jugar y a tomarse en serio el juego de contribuir verdaderamente a la vida de los clientes. Gracias a la irreverencia podemos dejar de venerar, idolatrar o poner en práctica los axiomas de las diferentes psicoteologías. Nuestro trabajo se vuelve más centrado en la curiosidad, el deseo,

la pasión, la imaginación, la invención, la creatividad y la improvisación.

El terapeuta respetuoso se compromete a respetar la *relevancia*, sin importar cuán irrespetuosa sea su conducta. Esta relevancia respeta la «diferencia» y la «ausencia» en la vida de los clientes, los terapeutas y las instituciones sociales que los rodean. En otras palabras, la «diferencia que hace la diferencia» es tan reverenciada como la ausencia que hace una «ausencia». Deconstruir, evaporar, retirar o ignorar la llamada patologización es muchas veces tan útil como construir recursos tangibles para el cambio terapéutico.

Debemos aplaudir a los autores por aceptar y rechazar las teorías y prácticas totalizantes en la terapia. Nos muestran que toda vaca sagrada es sagrada sólo por momentos; que el espíritu santo de la terapia siempre se desplaza a la siguiente contribución en la eterna conversación que es la historia de la disciplina. Toda comprensión conduce a otra ulterior, por más que parezca diferir de ella o contradecirla. Bajo esta perspectiva global y ecológica, las «verdades» de la práctica no son mandamientos grabados en piedra, sino indicadores flexibles, más o menos relevantes. Su «realidad» es tan sólida y estable como un terrón de azúcar en un mar agitado.

El lector que navegue hacia la boya lanzada por Cecchin, Lane y Ray debe tomar nota de sus propias respuestas. ¿Se siente liberado, juguetón, creativo e irreverente? Más concretamente: ¿siente irreverencia ante este libro? Si es así, los autores han tenido éxito; el lector ha aprendido a bailar a su ritmo.

Si no es así, es posible que el lector se haya tomado el libro con demasiada seriedad. Lo ha abordado (y quizá también a la terapia familiar) con demasiada reverencia. Sugiero una intervención para estos lectores:

Abra el libro al azar y escoja con el dedo índice una oración o párrafo cualquiera. Escriba un texto indicando por qué le parece que nadie debería ser irreverente con el tema discutido en la oración u oraciones. Entonces, escriba una carta a los autores agradeciéndoles la inspiración que le dieron para redactar este texto. Asegúrese de expresarse con fina y sutil irreverencia ¡para que los autores puedan probar un poco de su propia medicina!

Bienvenidos sean todos los terapeutas a este carnaval de locos, una celebración que trastoca toda la disciplina y transforma una y otra vez las verdades eternas de sus popes. Es el momento de bailar en las calles y de ponerlo todo del derecho y del revés. Y, cuando el festín haya terminado, volveremos a nuestros trabajos reverenciando la irreverencia y afirmando con valor la maravilla de la humanidad.

BRADFORD P. KEENEY

PRÓLOGO

Nuestras experiencias han sido muy diversas; también lo son nuestras edades y contextos. Durante muchos años, hemos trabajado independientemente en terapia familiar sistémica en distintas partes del mundo. Tras varios encuentros casuales en congresos y conferencias, nos hallamos inmersos en una intensa discusión sobre estrategia terapéutica, cibernética (de primer y segundo orden) y narrativa. De estas reuniones nació una temática que hemos dado en llamar *irreverencia*. Durante los dos últimos años nos hemos reunido en Atlanta, Georgia, para elaborar sistemáticamente la noción de irreverencia.

Es nuestra esperanza que este libro ofrezca a los lectores una metaperspectiva capaz de distanciarlos de los interminables debates en torno a dicotomías como estrategia *versus* no intervención, poder *versus* respeto, narrativa *versus* cibernética, y acerca de qué escuela terapéutica es la «más correcta». Este libro es nuestra contribución a este debate. Invitamos al lector a unirse a la conversación.

1. LA NOCIÓN DE IRREVERENCIA

Algunas personas sobreviven y otras son fulminadas por las tragedias de la vida; sólo una más entre las crueldades que ésta nos depara.

WOODY ALLEN

En este libro intentamos describir nuestras estrategias para sobrevivir en el proceloso mar de la terapia familiar. Cualquiera que se lance a navegar por estas agitadas aguas se topará con muchos peligros, por muy experto que sea.

El primer problema que el novato de la psicoterapia ha de afrontar es la elección de escuela. Muy pronto habrá de escuchar que su elección está determinada por sus problemas personales. Cuando empiece a trabajar en una institución, quizás un hospital psiquiátrico, le dirán que «nada de lo que aprendió en terapia familiar tiene utilidad aquí». Buscando un salvavidas irá a conferencias en las que conocerá a gurúes que le convencerán de que han encontrado la vía regia de la psicoterapia. Así, cuando intente entrevistar a una pareja o a una familia, o bien parecerá un pelele de la cultura patriarcal o bien incomodará a los demás por sus tendencias feministas políticamente correctas.

El doble vínculo más frecuente ocurre cuando el supervisor o el profesor comunica al novato que está actuando de forma mecánica y que debe ser más espontáneo y creativo (esto es, como lo hago yo). Cuando el novato se dedica simplemente a conversar con la familia, el supervisor lo acusa de ser demasiado complaciente y de no responsabilizarse por el

cambio. Si su conducta es más directiva y centrada en soluciones, le acusarán de ser dictatorial o colonizador (Jackson, 1963), de no respetar lo suficiente el relato familiar.

Para empeorar las cosas, está la gente que piensa que la terapia familiar debería convertirse en una ciencia exacta o dura. Pero ¿puede haber algo más duro? Al terapeuta que hace todo lo que puede para ayudar a sus clientes se le informa de que su falta de éxito se debe a que no ha leído lo bastante sobre procesos familiares. Y esto mientras intenta con todas sus fuerzas asistir a un cliente para resolver un problema; lo último que el terapeuta necesita es oír que su incapacidad proviene de que no ha podido resolver su propia novela familiar. Para terminar, se le da un sabio consejo: «¿Por qué no haces un genograma de tu familia para saber qué es lo que impide que tengas éxito?» (o sea, ¡como lo hice yo!).

Por el contrario, el terapeuta experto se ve obligado a repetir y a volverse adicto a su modelo terapéutico. Si es profesor o supervisor, sus estudiantes o sus colegas reforzarán su tendencia a estancarse e ignorar otras formas de ver el mundo. La gente a quien enseña o supervisa se nutre de él y alimenta su dogmatismo. Cuando piensa haber creado una solución casi universal a los problemas humanos, se topa con otros profesionales que creen con igual certeza en sus propias perspectivas. Le espantará descubrir que no comparten su visión y que la menosprecian, considerándola un tanto ingenua.

El terapeuta que se atreva a proclamar sus ideas más allá del terreno de la terapia familiar se sorprenderá al constatar que los dogmas de la teoría sistémica tienen muy poca importancia en el contexto sociopolítico (esto es, en los tribunales, en las instituciones de beneficencia, en la psiquiatría tradicional, etc.). Por ejemplo, a lo largo de muchos años al-

gunos de los más prestigiosos e influyentes líderes de la terapia sistémica han tratado de llevar a cabo modelos muy bien contruidos con la finalidad de reformar los programas de adopción de varias importantes metrópolis. Cada uno de ellos ha descubierto los límites de su influencia al chocar con la enorme y harto organizada estructura burocrática estatal. La mayoría de las veces, los directores de los programas de beneficencia comentan al reformador en ciernes que sus ideas tienen valor teórico, especialmente para quienes trabajan en contacto directo con los usuarios. Por desgracia, los reformadores no suelen entender por qué sus ideas y sus técnicas, tan útiles al tratar con familias o individuos, no son aceptadas en un sistema tan estable y polifacético como una institución de beneficencia.

Cuando como experto decide publicar un libro importante, algunos de sus colegas acogen sus ideas e insisten en que se ciña a ellas. Si trata de contradecir lo que la gente espera que diga, le ignorarán o le rechazarán. Es frecuente escuchar relatos sobre el profundo significado que algunas personas atribuían a cualquier acto de Milton Erickson en sus últimos años. Si se quedaba dormido era porque pretendía inducir en su interlocutor un trance de manera paradójica (y no porque tuviera sueño). El peligro de conocer «la verdad» aprisiona tanto al «experto» como al «aprendiz». En una ocasión, uno de los autores, que se había hecho famoso como terapeuta paradójico, olvidó momentáneamente su papel y preguntó a una familia: «¿Cómo están?». Un estudiante que estaba en el grupo de observación se volvió hacia otro y preguntó: «Oye, ¿cuál es la trampa?».

Nos parece que Murray Bowen se quedó atrapado en una posición opuesta a la de tener que mantener una «verdad» a toda prueba. Era uno de los pensadores más importantes y adelantados de la terapia familiar; dedicó gran parte de sus

esfuerzos a convencer a los demás de la verdad científica de sus ideas, y mostraba frustración y enfado ante quienes no podían o no querían comprender su modelo. Ni siquiera la presencia de un grupo de seguidores leales le ayudó a sentirse menos incómodo cuando lo malinterpretaban.

Así las cosas, ¿cómo puede sobrevivir el experto a la oscilación entre Escila y Caribdis, entre que la gente crea tanto en él que lo paralice y que él crea tanto en sí mismo que se dedique sólo a preservar la pureza de su teoría? Recíprocamente, ¿cómo puede sobrevivir el principiante a la tentación de convertirse en apóstol de una teoría o a la de caer sin esperanza en el eclecticismo? Puede ser que parte de la respuesta sea no dejar de asistir a seminarios y congresos, lo que, a nuestro juicio, permite mantener la ilusión de que la terapia familiar tiene alguna importancia en el mundo actual.

Nos gustaría, en cierto modo, recuperar el ímpetu del movimiento de terapia familiar, siempre en la cresta de la ola de la cultura y la salud mental. Esta ventajosa posición nace de la actitud casi blasfema de sus fundadores, que desafiaron sin contemplaciones los dogmas de la psiquiatría de los años cincuenta en adelante. Irónicamente, creemos que el hecho de escribir este libro sobre la idea de irreverencia nos hace conservadores porque queremos recuperar la libertad intelectual y la integridad que aquellos pioneros nos legaron.

¿Cómo es que esta postura irreverente se ha convertido en nuestro más importante principio de supervivencia? Durante muchos años, mientras aprendíamos o enseñábamos terapia, mientras trabajábamos o discutíamos con colegas, nos asaltaba la duda. Luchábamos contra ella, pero siempre terminábamos perdiendo cuando aparecía tras breves interludios de paz. La duda nos parecía problemática; era una experiencia desmoralizadora. Pensábamos que un terapeuta responsable debía saber bien lo que hacía y creer en ello, que no tenía por

qué cavilarlo la mitad del tiempo. Afortunadamente, terminamos por hartarnos.

Habitualmente, cuando caemos en tal estado de desesperanza, los relatos de Gregory Bateson nos ayudan. En los años sesenta, Bateson vivió en Hawai mientras estudiaba la comunicación de las marsopas. Trabajaba con un grupo de jóvenes investigadores interesados en la conducta de los delfines. Como carecían del dinero necesario para financiar tal proyecto, decidieron montar un espectáculo en el que el público pagara una pequeña suma para ver a los delfines realizar juegos. Por razones éticas, los investigadores se negaron a que los delfines hicieran siempre lo mismo: querían que la audiencia viese cómo el entrenador les enseñaba nuevos trucos.

Se dice que un buen día pusieron a trabajar a un nuevo delfín. El entrenador levantó un pez, el delfín saltó y aquél lo recompensó con el pez. Ante el siguiente público, el delfín hizo el mismo truco; por supuesto, como lo que querían era que practicara nuevas habilidades, el entrenador no lo recompensó. Finalmente, tras repetir varias veces el salto sin obtener el pez, el delfín dio una voltereta que fue inmediatamente premiada. Por desgracia, cuando la repitió ya no obtuvo su trofeo. Justo antes de la sexta función, los entrenadores notaron que el delfín coleteaba y resoplaba ruidosamente: había realizado seis conductas nunca antes vistas en su especie. La explicación de Bateson era que, tras el largo proceso en el que la recompensa correspondiente a la repetición de conductas se veía frustrada, el delfín había descubierto que lo que se requería de él era que actuase de forma diferente en cada ocasión. Había aprendido a aprender.

Como el delfín, nosotros dimos un salto creativo en nuestro aprendizaje. Tras años de frustración comenzamos a experimentar nuestra duda como una forma de irreverencia; dejó de ser un obstáculo para convertirse en un recurso.

Los siguientes capítulos ofrecen varios ejemplos de la práctica terapéutica a la que llamamos irreverencia. Puede que muchas de las acciones descritas sean familiares; pertenecen a los modelos paradójico, estratégico y narrativo. Sin embargo, creemos que pensar en términos de «irreverencia» nos mueve a reflexionar también sobre ética y pragmática e incluso, quizás en un alarde de ambición, a especular sobre la condición humana en este mundo fluctuante.

Desde hace cuatro o cinco años hemos seguido con fascinación los avances de la cibernética, que se bifurcó en dos direcciones. La primera, la cibernética, de segundo orden, hacía hincapié en la participación del observador (terapeuta) en el sistema; por ejemplo, la idea de Maturana y Varela (1980) de que la interacción instructiva es imposible entre dos seres vivos. Por su parte, Von Foerster (1981) y Keeney (1982, 1983) propusieron que la realidad relacional es co-construida en el dominio lingüístico. Y el trabajo de Goldner (1988) y otros terapeutas feministas mostró las limitaciones de la cibernética de primer orden para entender la complejidad de los problemas de género.

La segunda dirección se alejó de la metáfora cibernética para adoptar la epistemología narrativa. De acuerdo con Anderson y Goolishian (1988, 1990), White (1989) y, más recientemente, Hoffman (1990), los seres humanos estamos inmersos en una narrativa que crea los problemas y alberga sus soluciones. Goolishian y Anderson defienden la necesidad de mantener una mente abierta en la conversación terapéutica para fomentar la aparición de realidades múltiples. Se puede decir que este movimiento de no-intervención advierte a los terapeutas: «Ten cuidado; si das la impresión de que puedes cambiar algo, el sistema caerá preso de la ilusión de poder». En cierto modo, estos autores afirman que creer en el poder implica convertirse en un asalariado

del control social, que dicta lo que es «saludable» o «normal».

El trabajo de Goolishian y otros sirvió de antídoto para algunos de nosotros, entusiasmados por las ideas estratégicas e intervencionistas. La postura de Goolishian, Andersen y Hoffman ante la estrategia tuvo gran importancia política en el ámbito de la terapia. Ciertamente, cuando la terapia se apoya excesivamente en las técnicas para hacer cambiar a la gente, corre el riesgo de transformarse en instrumento del sistema legal. Con frecuencia escuchamos quejas de terapeutas que se sienten coaccionados por el sistema legal y que temen, por tanto, recibir el estigma de fiscalizadores de la normalidad social.

La ventaja de asumir la postura de Goolishian es que se evita caer en la trampa de prometer a la familia, a la corte y a otras instituciones que se puede hacer cambiar a la gente. Creemos que los terapeutas que aseguran saber cómo manejar o cómo comunicarse con las personas no sólo son dañinos para sus clientes, sino que además están sujetos a la manipulación por parte de los organismos de control social.

Pero entonces nos asaltaron las dudas que hemos mencionado. Ocurrió que los estudiantes y los colegas comenzaron a preguntarnos cosas como: «Si un cliente pide que le dé un consejo, ¿por qué no hacerlo?»; «Si una situación (violencia, abuso, suicidio) requiere una intervención autoritaria, ¿por qué no hacerlo?»; «Si el cliente viene en busca de un "experto", ¿por qué no ofrecérselo?»; «Si quiere que le comunique su diagnóstico, ¿por qué no puede ser esa la solución?». En esencia, la pregunta era: ¿cómo puede el terapeuta familiar recuperar parte de su iniciativa sin caer en el desfasado modelo basado en la ilusión de poder y control?

El terapeuta que cree desmedidamente en la no-intervención termina inhibiéndose y dejando de actuar. Puede para-

lizarlo el miedo a ser demasiado activo o puede caer en la utopía de que, cambiando las narrativas, las personas cambian. Muchos terapeutas creen que incluso los problemas familiares crónicos se pueden resolver colgándoles etiquetas nuevas. El terapeuta que espera aumentar su eficacia dejando de ser estratégico hace de la no-intervención otra forma de intención. Los que hemos sufrido este proceso a veces sentimos la tentación de controlar por medio de la no-intervención. Así pues, el salto del delfín implica luchar constantemente contra el deseo de creer a pies juntillas en cualquier teoría (Whitaker, 1976).

Lo que debemos preguntarnos es: ¿puede uno adoptar una posición irreverente sin volverse un fanático de las estrategias o de la ausencia de estrategias? Una posible solución es no dejarse seducir por ningún modelo. El terapeuta irreverente nunca se somete a una sola teoría, a un solo cliente o al sistema derivante (como los tribunales o los servicios sociales).

Cabe resaltar la necesidad de tener en cuenta algunos principios deontológicos ardorosamente discutidos hoy en día. [El término «deontológico» proviene de «deontología» y en el *Diccionario Webster* (1983) se define como «aquello que es vinculante y pertinente o, más exactamente, «referente a la teoría del deber o la obligación moral; la ética».* La premisa fundamental es que una lealtad excesiva a una idea específica hace que la persona no sea responsable de las consecuencias morales inherentes a ella. Si sobreviene un desastre, el responsable no será el individuo, sino la Idea (con «I» mayúscula) que ha comandado la acción; de hecho, ésa fue la defensa aducida por los acusados en los juicios de Nurem-

* «Ciencia o tratado de los deberes.» Definición de *deontología* en RAE, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, Espasa Calpe, 2001. (N. del t.)

berg: que no eran responsables de sus actos en virtud de su lealtad al Reich. En consecuencia, en psiquiatría, estar convencido de que la enfermedad mental es de origen biológico o de que los problemas nacen de la privación emocional o ambiental hace del terapeuta un gestor de situaciones imposibles. La única «solución» que queda es transformarse en «experto» y «hacerse cargo» de la vida del paciente.

A nuestro juicio (que a algunos les parecerá exagerado), esta postura es irresponsable porque el terapeuta que la asume carece de la capacidad de examinar las consecuencias pragmáticas de su acción. No es consciente de que su propia forma de pensar y actuar es parte del problema. La irreverencia de la que hablamos es un intento de postular un planteamiento deontológico que nos resulte más ético.

Alguien podría objetar: «Si es peligroso creer demasiado en cualquier teoría, entonces también es inútil estudiar o investigar; por tanto, en terapia todo vale». No estamos de acuerdo. Para ser capaz de ver algo con irreverencia hay que conocerlo a fondo. El terapeuta debería estar familiarizado con los escritos de las diferentes perspectivas teóricas y ser «experto» en una de ellas. Esto no quiere decir que no pueda darse cuenta de que no está logrando nada (aunque sea un principiante bajo la presión de su supervisor o su paciente). Tendremos ocasión de ampliar este punto en el capítulo cuatro al discutir la formación de terapeutas.

Resumiendo: es el entusiasmo del terapeuta por un modelo o una hipótesis lo que le permite aproximarse a una familia manteniendo al mismo tiempo una dosis de respeto y curiosidad. Pero, cuando reflexiona sobre las implicaciones de su propia actitud y sus supuestos, adopta una postura tanto ética como terapéutica. Nos parece que para conservar esta capacidad de autocuestionarse hace falta una cierta irreverencia y algo de sentido del humor, que se consiguen manteniéndose

en diálogo con los colegas, los estudiantes, los pacientes y la gente de fuera del ámbito de la salud mental.

Ser irreverente no tiene nada que ver con ser un revolucionario o con luchar contra la opresión en la familia o las instituciones. Es una postura derivada de un estado mental del terapeuta que le permite actuar liberándolo de la ilusión de control. Gracias a la irreverencia sistémica el terapeuta puede yuxtaponer ideas a primera vista contradictorias.

Más aún: el terapeuta irreverente promueve la incertidumbre debilitando constantemente los patrones y los relatos que constriñen a las familias; así brinda al sistema la oportunidad de desarrollar nuevas creencias y significados, y patrones menos restrictivos. No obstante, al navegar hacia la irreverencia, el terapeuta intenta no ceder a las creencias compartidas, no fiarse de lo que se le pide que haga por parte del Estado, las instituciones o incluso la clínica en que trabaja.

Un llamativo ejemplo lo constituye el intento de Fidel Castro de adaptarse al final de la guerra fría. Da la impresión de que esto ha contribuido a fortalecer la creencia de Castro en su propia forma de gobierno. Seguramente, hasta la más mínima irreverencia a su doctrina comunista le parecerá inmoral. Es como si estuviera dispuesto a sacrificarse a sí mismo y a Cuba con tal de no traicionar las ideas que ha venerado durante treinta años. Discutir cualquier punto de esta doctrina es para él un pecado imperdonable.

El individuo que se torna irreverente tiene la libertad de jugar sin caer en el empobrecido sistema de significados que lo aprisiona. Puede mirar de frente los aspectos absurdos de la situación y también los trágicos.

En nuestro reducido universo terapéutico, la función del psicólogo irreverente es minar esos aspectos de la realidad del cliente que le impiden cambiar. El terapeuta irreverente no cree en las polaridades; se distancia tanto de la pasividad

(«no debo imponerles una forma de cambiar») *cuanto* del intervencionismo estratégico («tengo que dar con una táctica»). El terapeuta que actúa irreverentemente introduce una idea sin esperar que la gente la siga.

Es tan imposible no tener una hipótesis como lo es no comunicar. Y ¿por qué resistir el deseo de formular una conjetura? ¿Por qué no usarla de manera benéfica? En la medida en que no se enamora de su hipótesis, en la medida en que le dé vueltas y la comente con sus colegas, no tiene sentido prohibirle que la conciba. El terapeuta puede hacerse responsable de sus intuiciones y estar dispuesto a abandonarlas cuando dejen de ser útiles. Puede usarlas para describir más que para explicar.

En ocasiones, el terapeuta tendrá el antojo de ser más directivo; por ejemplo, de poner en marcha un ritual. ¿Por qué inhibirse y reverenciar la impasibilidad? ¿Por qué dejar de actuar? Pensamos que es pertinente actuar siempre que se esté dispuesto a asumir las consecuencias de los actos, sobre todo si éstos se circunscriben a un marco temporal. Es necesario destacar esto último. Un terapeuta puede decirle a un cliente que lo considerará un paciente psiquiátrico durante las dos semanas que pase en el hospital. Puede restringir momentáneamente su libertad mientras piense que pretende suicidarse. Puede hacerse cargo de una persona «incompetente» en tanto no la considere capaz de cuidarse sola. Finalmente, un estudiante puede tomar la decisión de creer en un maestro hasta terminar sus dos o tres años de formación.

Al terapeuta no le interesa saber qué ha producido el cambio, sino el cambio mismo. La irreverencia consiste en no aceptar nunca un solo nivel lógico, consiste en jugar con varios niveles, en saltar permanentemente de uno a otro. Consiste en desgastar la certeza, en no darse por satisfecho con ninguna descripción. Cada vez que el cliente expresa una

certidumbre, el terapeuta irreverente sube un nivel de abstracción. Esto frecuentemente implica hacer lo contrario de lo que prescribe la tradición (Weakland, 1989). El cliente vino en pos de un cambio; el psicólogo irreverente le dirá que lo que hace está bien, que se lo tome con calma, que no cambie.

Así que póngase su chaleco salvavidas y comience a remar. Estamos a punto de adentrarnos en una irreverente excursión por las maravillosas y borrascosas aguas de la terapia familiar.

2. IRREVERENCIA Y VIOLENCIA

Hay tópicos que suscitan tanta pasión que, según algunas personas, están más allá de las posibilidades de la terapia familiar. Hay problemas y asuntos tan dolorosos que resulta casi imposible trascender los propios sentimientos. Entre estos problemas se encuentran la violencia interpersonal, los temas de género y en particular el incesto. Parece que, cuando las emociones son más intensas, se tiende a dicotomizar los problemas, a verlos en blanco y negro, a designar buenos y malos, víctimas y verdugos. Las posturas individuales se endurecen tanto que la teoría sistémica, apropiada con la gente más buena, no parece aplicable. Prevalcen las respuestas primitivas. El incesto, el abuso o el abandono infantil y la violencia doméstica evocan poderosas reacciones emocionales que dificultan la psicoterapia.

Una forma de estudiar la violencia es analizar los relatos en torno a ella disponibles hoy en día, en 1992. Entre ellos están los de víctima y perpetrador, opresor y oprimido; los de complicidad; los del crimen pasional o a sangre fría. Pero hay dos relatos que, al menos en apariencia, prevalecen.

El primer relato, el feminista, supone que la violencia se debe a la sociedad machista que oprime a la mujer. Las feministas abrigan ciertos valores que no desean tratar con irreverencia. Por ejemplo, su postura ante la violencia, concebí-

da en términos de una dualidad víctima/verdugo, se parece mucho a la postura tradicional. El segundo relato es el relato sistémico; este último trasciende la dicotomía víctima/verdugo con la finalidad de enfocar los patrones de interacción que conectan a las personas y que detonan la conducta violenta.

Nuestra posición irreverente nos permite respetar los valores de ambas orientaciones sin necesidad de adherirnos a ninguna. Si tuviéramos mucha fe en cualquier relato, en cualquier postura, tenderíamos a crear una realidad terapéutica empobrecida e inflexible. He aquí la esencia de la irreverencia. No es nuestro propósito sugerir que la irreverencia es mejor que los demás relatos. Lo que intentamos preguntar es: ¿cómo entrenarse para abandonar *cualquier* relato en cuanto deje de tener utilidad?

Sin dejar de lado los numerosos peligros del mundo real, nos gustaría recordar el provocativo punto de vista de Camille Paglia (*Sexual Persona*, 1989) según el cual, en ciertas situaciones, la idea de que la violencia contra la mujer es un problema político simplifica las cosas en demasía. Paglia afirma que la sexualidad es un poder mucho más tenebroso, para hombres y mujeres por igual, de lo que la gente tiende a admitir. El sexo y la violencia han estado presentes desde el principio de la historia; no son un invento moderno. Para Paglia, la sociedad fue creada para proteger al ser humano de la naturaleza; pero ésta continúa colándonos de mil maneras distintas.

La sociedad es un artificio, una defensa contra el poder de la naturaleza. Sin la sociedad seríamos una tempestad en el bárbaro mar de la naturaleza. La sociedad es un sistema de formas inherentes que palian nuestra humillante pasividad ante la naturaleza. Podemos alterar estas formas repentina o gradual-

mente, pero ningún cambio de la sociedad podrá jamás cambiar la naturaleza.

Aunque los terapeutas tratemos de eliminarlos, la violencia, el incesto y la violación siempre estarán presentes. No deberíamos paralizarnos al topar con ellos. Son fenómenos naturales; ¿por qué tenerles miedo? Al reaccionar pasionalmente tomamos parte en el conflicto y dejamos de ser útiles a nuestros clientes. Paglia no condena la violencia, más bien la admite como parte de la naturaleza. En este mundo posmoderno, en el que varias de las certezas en las que tanto confiábamos han sido cuestionadas, es esencial recordar, según Paglia, que somos parte de la naturaleza, que en ella estamos inmersos.

Paglia (1989) también critica la noción feminista radical de que las mujeres son víctimas de los hombres:

El vínculo entre hombres y el patriarcado fueron los recursos a los que tuvo que apelar el varón frente al terrible poder de la mujer, su impenetrabilidad, su complicidad arquetípica con la naturaleza del inframundo. El cuerpo de la mujer es un laberinto en el que el varón se extravía. Es un jardín cercado, un *hortus conclusus** medieval en el que la naturaleza obra sus demoníacos sortilegios. La mujer es el fabricante prístino, la auténtica Causa Primera. Transforma un trozo de desecho en una lujurante red animada que flota en el sinuoso cordón umbilical con el que encadena a todos los hombres (pág. 12).

* *Hortus conclusus*: expresión latina usada en la Edad Media para referirse a una representación de la Virgen y el Niño en un jardín amurallado; alude al Cantar de los Cantares, 4,12: «Eres jardín cercado, hermana mía, esposa [...]». (N. del t.)

La orientación sistémica contrasta tanto con los relatos feministas como con la visión de Paglia. En lugar de centrarse en el individuo, se interesa por la naturaleza circular de la causalidad, la retroalimentación, los patrones y las relaciones entre las personas. Cualquiera de estas teorías puede tener utilidad en una situación concreta. Nuestra función como terapeutas es ayudar, para lo cual deberíamos emplear el relato más apropiado al contexto del cliente.

Como terapeutas enamorados del modelo sistémico hemos reparado en que en muchos casos de violencia hay también una corriente subterránea de pasión sexual; éste es un tema recurrente en nuestro trabajo con familias violentas forzadas a acudir a terapia por un tribunal. Nos interesamos por la hipótesis de que la pasión permite que la pareja siga unida pese a la violencia. Hemos descubierto que el aspecto sado-masoquista de la relación puede ser muy atractivo, apasionado y peligroso para muchas de estas parejas. Este relato ha resultado sumamente valioso a la hora de trabajar con la violencia doméstica.

Pero, aunque habíamos constatado que la pasión era una parte importante de muchas situaciones de violencia, no nos atrevíamos a comentar este hallazgo con nuestros colegas; temíamos que los feministas nos acusaran de haber ignorado la opresión de la mujer. Ahora bien: una de las cosas que más perturba a los terapeutas que trabajan con la violencia es que no pueden tolerar el intenso dolor físico y la pasión sexual en una relación. Las parejas con problemas de violencia suelen tener sentimientos extremadamente intensos entre sí; y, con franqueza, los terapeutas cuyos valores son típicos de la clase media temen pensar en la violencia desde una perspectiva no tradicional (por ejemplo, como una forma de pasión, una fogosa danza entre dos adultos). Y ni hablar de tratar con ella de forma no convencional.

Muchas de las parejas envueltas en la violencia están dispuestas a morir por su relación, a sacrificarse por su pasión, a apostar sus propias vidas. Algunos terapeutas no pueden entender esta actitud: preferirían divorciarse, contratar un abogado y cambiar de vida. Este es un patrón cultural muy popular en Occidente.

Una vez se ha comprendido que el terapeuta puede guiarse por muchos relatos diferentes, cabe preguntar: ¿qué se ha de hacer? Desde luego, todo terapeuta elige un relato u otro. Es imposible no elegir. Si se es feminista, se está bajo la influencia del prejuicio feminista. Si se elige la cibernética, se sigue un prejuicio sistémico, sea el de Bowen, el del MRI [Mental Research Institute], el de Milán, el de la terapia centrada en soluciones, etc. El terapeuta escoge el que le hace sentir más cómodo. Por contra, si el terapeuta irreverente se encuentra en un aprieto, no duda en despojarse de su prejuicio y escoger otro más adecuado a la situación. Lo más importante es que el terapeuta luche por comprender las consecuencias de sus elecciones. Esta es la postura terapéutica más responsable.

LA DAMA HOMICIDA Y EL TERAPEUTA COMPASIVO

Una pareja acudió a terapia después de que el marido hubiese atacado físicamente en dos ocasiones a su mujer, que había respondido agrediéndolo. A partir de las entrevistas el terapeuta intuyó que el hombre mantenía una relación homosexual y comenzó a preocuparse, no fuera que contagiase el sida a su mujer. Ella era una víctima. El terapeuta sentía que era su deber protegerla y entabló un vínculo muy intenso con ella. Intentó separarlos insistiendo en llevarla a un centro de acogida para mujeres maltratadas. Asumió así una postura

tradicional de víctima/verdugo en la que el marido era un opresor que lastimaba a su mujer.

Tras el desenlace se pidió consejo a uno de los autores. La mujer había asesinado al marido luego de una pelea en la que él había anunciado que se iría a vivir con su amante homosexual. A pesar de todo, el terapeuta seguía pensando que la mujer era la víctima.

¿Qué podemos aprender de una tragedia como ésta? Creemos que el terapeuta fue incapaz de ayudar a la pareja a liberarse de su danza mortal porque asumió una inflexible dicotomía víctima/verdugo. Mostró tanta reverencia con la narrativa de víctima y verdugo que impidió a la pareja generar patrones y premisas alternativas, y contribuyó a construir el contexto en el que la mujer cometería el crimen. Su lealtad a esta rígida bipolaridad estableció un marco terapéutico en el que no había forma de cambiar. Incluso podría decirse que, al apoyar a la mujer diciéndole que el marido la oprimía, la llevó a concluir que la única posibilidad era el asesinato.

Lo más triste del caso es que mucha gente (incluso muchos terapeutas) habría dicho: «¿Lo ves? Con una pareja así el desenlace era inevitable». El terapeuta que se obstina en pensar que esto es lo que sucede cuando los hombres maltratan a las mujeres podría justificarse aduciendo: «Siempre supe que era una situación peligrosa. Si hubiera podido evitar que el marido siguiera maltratándola, ella no habría tenido que matarlo». Y nunca reconocería que fue su propia práctica la que dispuso el escenario que desencadenaría la tragedia.

En este caso, parte de la responsabilidad también recae en el supervisor, que, en el intento de disuadir al terapeuta de su rígida dicotomía opresor/oprimido, adoptó una postura anti-feminista igualmente radical, lo cual afianzó la convicción de

aqué. En cuanto el supervisor rechazaba la idea de que el marido oprimía a la mujer, el terapeuta dejaba de hacerle caso. El supervisor fue incapaz de charlar de forma efectiva con el terapeuta, quien, a su vez, fue incapaz de ver de otra manera la situación. Y así sucedió la tragedia. Pero ¿por qué no pudo el supervisor comunicarse con el terapeuta? Porque su propio fanatismo motivó una escalada simétrica de la que ninguno de los dos pudo escapar.

El terapeuta sufrió intensamente tras el desenlace. Entonces, demasiado tarde, reparó en las implicaciones de aferrarse rígidamente al marco referencial opresor/oprimido. Pensar en la responsabilidad terapéutica requiere pensar en los peligros de creer ciegamente en un paradigma cualquiera. ¿Vale la pena?

LA PAREJA QUE CARECÍA DE PASIÓN

Un juez remitió un caso en el que la mujer había golpeado al marido, que tocaba el piano en un grupo de jazz. Ella lo trataba con violencia mientras él se limitaba a beber y mirar televisión. Las hijas se pusieron de parte de la madre y lo criticaron por embriagarse, por ver demasiada televisión y por no ayudar en las tareas del hogar. Al final, tras unas cuantas sesiones, la mujer (que tenía un buen puesto de trabajo) se cansó de él y lo echó de casa. El hombre buscó un piso y logró sobrevivir; la familia también superó la crisis. La relación que tenía él con sus hijas, sin embargo, no mejoró.

Es ésta una historia muy simple, sin final feliz ni solución mágica. Pero revela otra faceta de la violencia en las parejas. La mujer no oprimía al marido: lo aporreaba e intimidaba. Un buen día cayó en la cuenta de que él no estaba dispuesto a

cambiar. No iba a asumir las responsabilidades del hogar ni a relacionarse más con ella. Por su parte, el marido se percató de que, en realidad, su familia no le interesaba demasiado. Prefería estar solo, oír música y ver televisión. La conversación terapéutica les ayudó a descubrir que no había motivo para seguir juntos.

La mujer tomó la iniciativa pidiéndole que se marchara. Allí terminó la violencia, que había surgido cuando ella, en su frustración, se había dedicado a pegar a su marido. El había llamado a la policía y habían terminado en un juzgado. Gracias a la terapia pudieron comprender que todo esto no había servido para nada. Sus necesidades respectivas seguían insatisfechas.

¿Dónde está la irreverencia en este ejemplo? Resulta que el terapeuta había trabajado sobre la base de que la violencia en una pareja era un indicio de pasión. Dedicó un mes tras otro, inútilmente, a despertar esa pasión, ese vínculo. La pareja seguía repitiendo su ciclo de maltrato; todo seguía igual. Un buen día al terapeuta se le ocurrió que debía traicionar su hipótesis y adoptar otra porque esta pareja simplemente no se quería. «Aquí no hay ni rastro de pasión», se dijo. Esa pasión aparecía con claridad en otras parejas violentas, pero no en ésta.

Lo que nos llama la atención de este caso es la convicción inicial del terapeuta: donde hay violencia, ha de haber pasión. La conversación terapéutica se centró de tal forma en la pasión que la pareja pudo constatar su ausencia. En este sentido, valió la pena indagar en pos de la pasión; pero se llegó a un punto en el que el terapeuta tuvo que traicionar su idea original. Esto le permitió imaginar otras posibilidades. Curiosamente, en la siguiente sesión resultó que la pareja había estado pensando lo mismo. Comenzaron a hacerse otras preguntas: «¿Por qué no dejarlo? ¿Por qué no terminar de una

vez?». ¿Fue el terapeuta quien sugirió que el amor se había terminado? ¿Fueron los clientes? ¡Quién sabe!

Charlar sobre la pasión les movió a deducir que no la sentían. Se cansaron de ir a terapia para transformar su pasión violenta en pasión amorosa; optaron por separarse, pero sólo después de que el terapeuta, a su vez, hubiese cortado con su teoría de la pasión. Su irreverencia facilitó el desenlace.

¿Cómo pudo abandonar el terapeuta una teoría que había demostrado su utilidad en incontables ocasiones? Simplemente se hartó. Frustrado por su fracaso, pensó: «No entiendo cómo siguen juntos. No veo la conexión, la pasión; sólo veo odio y desilusión». Este instante de irreverencia fue el más saludable de la terapia. Su capacidad de criticar su propia forma de ver las cosas ayudó a la pareja a salir del estancamiento. La terapia dio un paso adelante cuando el terapeuta abrigó dudas acerca de su hipótesis. Cuando uno se permite dudar de su propia teoría le da al paciente permiso para cambiar.

Para resumir: la clave de la irreverencia es que el terapeuta tenga el valor de reconocer el origen de su frustración y se decida a reconsiderar su propia teoría en vez de protegerla (y protegerse a sí mismo). En esto consiste el arte de ser irreverente. Se podría decir que la frustración es un síntoma de que se está siendo demasiado reverente hacia un relato determinado; lo que significa, por consiguiente, que no hay que tener miedo de la irreverencia. Para ser irreverente, entre otras cosas, hay que *dejar de luchar* cuando una idea ha dejado de ser útil o ha perdido pertinencia. Esto contribuirá no sólo a la situación del cliente, sino también a la salud mental del terapeuta.

EL VAGABUNDO

Un colega pidió una consulta para discutir un caso que lo había perturbado enormemente. Había trabajado con un paciente crónico de 40 años, usuario habitual de los servicios sociales y psiquiátricos, que acudía a un hospital de día para tomar su medicina y que vivía completamente aislado. El terapeuta quedó fascinado con este paciente y decidió ayudarlo a mejorar y acrecentar sus relaciones, para lo cual diseñó un cuidadoso programa. Con extrema cautela organizó interacciones grupales para el paciente y lo ayudó a entrar en un piso para discapacitados donde podría aprender habilidades básicas como la cocina, etc. Al principio, el paciente se resistió a cambiar, pero luego pareció deseoso de complacer al terapeuta y se acogió al programa de trabajo. El terapeuta lo veía mejorar: tenía más contacto con sus compañeros de piso, intervenía en actividades grupales y, por si fuera poco, estaba a punto de conseguir un trabajo. Entonces el paciente decidió hacer un viaje para visitar a su familia, que vivía en una ciudad lejana. Poco después se le notificó al terapeuta que se había suicidado. Este se quedó pasmado; no lo podía entender. En el grupo de supervisión emergió una hipótesis: «¿Podría ser que, ante el reto de encontrar trabajo e involucrarse con otras personas, el paciente se percatase de su profunda incapacidad para comunicarse con los demás y que esto le hiciera sentirse aún *peor*». ¿Y si los esfuerzos del terapeuta para ayudarlo hubiesen surtido el efecto contrario, empujándolo al suicidio?

A nuestro juicio, el paciente no pudo ser irreverente ante los intentos del terapeuta de asistirlo; y el terapeuta no pudo traicionar su teoría de que los seres humanos son más felices si disfrutan del contacto social. También cabe la posibilidad de que el paciente no pudiese ser irreverente ante la necesi-

dad de su familia de que tuviese problemas. Había preferido matarse (y ser considerado un fracaso) a progresar. Desgraciadamente, el terapeuta era un psiquiatra tradicional cuyo modelo no le permitía tomar en consideración la situación familiar.

EL TERAPEUTA QUE SE CONVIRTIÓ EN EL PADRE

Hubo un caso en el que tanto una chica de 18 años como su madre habían intentado matarse en numerosas ocasiones. La terapia aparentaba progresar hasta que el terapeuta se fijó en que estaba a punto de superar los seis meses, un tiempo inusualmente largo en su entorno de trabajo. Tras cavilar mucho, reparó en que había estado tratando de hacer con los padres lo mismo que ellos habían hecho con su hija. Quería que cambiaran la forma en que se trataban entre sí. En cierto modo los estaba coaccionando para que cambiaran, instigando la misma conducta que se suponía que habían de abandonar. El terapeuta era adicto a un modelo de pareja y obligaba a la pareja a ajustarse a él; éste era el origen del atolladero. Tras entender que estaba reflejando el patrón relacional entre padres e hija, se retractó y cambió su forma de pensar y de actuar con la familia. Esto zanjó la tensión entre el padre y la madre. Aquél dejó de esperar que su hija se adaptase a sus ideales y comenzó a renegociar su relación con la madre, preparándose para la marcha del hogar de la hija. La familia pudo prosperar sólo después de que el terapeuta hubo modificado su visión del problema familiar.

Y ¿dónde reside la irreverencia? En que el terapeuta comparó su perspectiva y su intento de controlar a los padres con la forma en que el padre intentaba controlar a su esposa y a su hija. Observar el paralelismo fue para el terapeuta como

una bofetada. De nuevo, el adelanto de la terapia dependió de que fuese irreverente con su propia hipótesis.

EL CASTIGO COMO TRATAMIENTO

Una terapeuta comentó en una supervisión un caso del grupo con el que trabajaba, adultos que habían abusado sexualmente de menores. Muchos de los miembros estaban presos o habían pasado años en la cárcel. Algunos debían asistir a terapia para obtener su libertad condicional; otros, para evitar la pena de prisión. El grupo había durado varios años.

El problema que la terapeuta deseaba compartir era que uno de los miembros más leales del grupo, que, según ella, había abandonado sus conductas abusivas, había sido arrestado por abordar a su nieta de 3 años y medio. La terapeuta estaba muy molesta; parecía haberse tomado el incidente como una afrenta personal.

Desde su punto de vista, el paciente había hecho progresos a lo largo del tratamiento; no podía entender que hubiese reincidido. Se sentía enfadada y pensaba que el paciente merecía ser castigado. También había notado que el hecho había causado ansiedad a los demás miembros del grupo, que tenían grandes dificultades para admitir el más mínimo deseo sexual por los menores.

La terapeuta había establecido un acuerdo con cada miembro del grupo según el cual la permanencia allí dependía de que no volviesen a seducir a un menor. Sin embargo, el acusado negaba haber abusado de su nieta, pese a que su nuera lo había denunciado a la policía.

Para comprender el caso desde la perspectiva familiar es preciso añadir que la nuera ya había acusado al hombre de violación hacía algunos años. También entonces él lo había

negado y la policía lo había dejado pasar. Curiosamente, la nuera había llevado a su pequeña a que pasara la noche en casa de los abuelos paternos. La niña había dormido en la misma cama que ellos; se suponía que allí había sufrido el abuso sexual.

El grupo de supervisión tuvo la chocante idea de que la nuera lo había dispuesto todo para engañar al hombre como venganza por su violación (que, como se ha indicado, él no admitía).

La terapeuta, no obstante, no sabía cómo emplear esta información. Se ofrecieron varias sugerencias; entre ellas, que le dijera al hombre (ante todo el grupo) que durante el pasado año y medio la había convencido de que estaba curado de sus tendencias pedofílicas. Otra sugerencia partía de que los miembros del grupo siempre negaban haber experimentado deseos pedofílicos. Este hombre, presumiblemente, había satisfecho un deseo que le exponía a muchos años de reclusión. Imprudentemente, había aceptado dormir en la misma cama que su pequeña nieta. Recomendamos a la terapeuta explicar al grupo que los impulsos sexuales son sumamente poderosos: pueden hacer creer que están bajo control, pero luego pueden conducir a un desastre como éste. Lamentablemente, el hombre tenía que afrontar las consecuencias de la demanda; para el grupo, el caso servía de advertencia: es muy peligroso dejarse llevar a una posición tan vulnerable.

Acto seguido, se discutió si el grupo se beneficiaría de que se expulsara al presunto infractor. Permitir que se quedara hubiera perjudicado el acuerdo que todos habían firmado en un principio. La solución que el equipo de supervisión dio al dilema fue pedir al infractor que abandonara el grupo mientras se llevaban a cabo la investigación y el juicio. Sólo podría volver si se le declaraba inocente.

El supervisor llegó a la conclusión de que la terapeuta se había convencido a lo largo del tiempo de que su tratamiento podía curar la conducta pedofílica. Este incidente refutaba su convicción de que los procesos grupales eran invariablemente sanadores. Tiempo después, la terapeuta reveló que se sentía liberada del peso de la responsabilidad de prevenir a toda costa futuros abusos por parte de los miembros del grupo. Comenzó a comportarse de manera más flexible, entabló mejores relaciones terapéuticas con los imputados y fue capaz de facilitar conversaciones más sinceras a propósito de los tabúes del incesto y la pedofilia. Dijo que había adquirido la capacidad de dudar del poder sanador de su grupo. Paradójicamente, los miembros de éste habían aprendido a apoyarse mutuamente y a discutir sin ambages sus deseos prohibidos, sus temores y preocupaciones.

La noción de irreverencia hace hincapié en la responsabilidad terapéutica. ¿Qué tipo de relato prefiere el lector en su calidad de terapeuta? Y, si tiene una preferencia, ¿es capaz de traicionarla de cara a los problemas cuando el relato deja de ser aplicable? ¿Se atreve el lector a ser irreverente con lo que supone que es «el» método? Cualquier relato, cualquier forma de pensar acerca de una situación, tiende a causar problemas si se toma demasiado al pie de la letra. Nuestro último ejemplo demuestra este punto.

EL SUEÑO DE UNA NOCHE DE VERANO

Otro ejemplo de caso de violencia implicaba a una pareja; el hombre era muy violento y había golpeado a la mujer con frecuencia y brutalidad. Ella tenía dos hijas adolescentes, que no soportaban al hombre y se negaban a admitirlo en la familia. Preguntaban constantemente a la madre: «¿Por qué SÍ-

gues con él?»; al mismo tiempo, su conducta en la escuela era tan mala que las habían enviado a la terapia.

Durante las primeras sesiones, la madre insistió en que su novio tratara a sus hijas como un padre, en tanto que éstas siguieron despreciándolo e irritándose cuando él trataba de satisfacer el deseo de la madre. Las hijas no querían venir a terapia; la madre, por su parte, esperaba que el proceso las ayudase a aceptar a su novio, lo cual, a su vez, impediría que él continuara maltratándola.

En la segunda sesión las hijas se enfadaron hasta tal punto que dejaron de acudir. Se construyó una hipótesis para explicar su reacción: el novio, a quien le agradaba la terapia, había mejorado ligeramente, lo que lo volvía más aceptable para la madre, dando al traste con la esperanza de las hijas de que lo echase de una vez por todas. El proceso prosiguió con la pareja. El hombre manifestó que la mayor parte del tiempo se sentía molesto con su mujer, a la que consideraba reservada y distante. No quería golpearla; pero ella lo provocaba con su frialdad. Al preguntar sobre su familia de origen, expuso una compleja historia relacionada con su hermana, que sufría psicosis y que continuaba viviendo con su violento padre, de quien decía que era un hombre brillante que gobernaba su familia con mano de hierro.

El hombre estaba encolerizado porque sentía que su familia no lo comprendía; se veía a sí mismo en desventaja y esto disparaba sus arrebatos. Trataba de explicarse pero nadie parecía escuchar. Tenía la impresión de que lo mismo ocurría en esta nueva relación: ni su mujer ni las hijas lo tomaban en serio.

Algunas de las intervenciones del terapeuta hicieron mella en él, en particular cuando aquél le preguntó: «¿Por qué le da a ella tanta importancia? ¿Cree que todo lo que hace tiene relación con usted? ¿Qué es un mensaje para usted? Y ¿de

dónde sacó esta idea tan absurda? Porque ella puede estar pensando en otra persona, en su madre, en su hermana, en sus hijas. Es imposible que piense todo el tiempo en usted. Y usted siempre dice que es un cero a la izquierda; ¿por qué tendría ella que acordarse de usted, después de todo?».

En la siguiente sesión el hombre confesó que esa idea le había afectado mucho y que se sentía menos irritado. Le había aliviado entender que su mujer no le transmitía constantemente mensajes implícitos. La relación con su familia de origen también había mejorado un tanto. La mujer estuvo en silencio durante toda la entrevista.

Pero en la siguiente sesión, sin esperar a que el terapeuta comenzara, exclamó con firmeza: «Al principio este hombre me pegaba todo el tiempo y yo tuve que aguantar. No podía dejarlo, era como una adicción. Quería dejarlo pero no podía. Entonces vinimos a terapia y él ha mejorado, ¿no? Y tengo que sentarme aquí y aguantar todos sus insultos; tengo que escuchar toda esta mierda sólo para que él se sienta mejor. Primero me maltrató porque descargaba conmigo los problemas que le habían causado su madre y su padre. Ahora me usa para sentirse bien haciendo terapia. Y es cierto, está mejor; pero ¿y yo? ¿Qué gano yo?».

El terapeuta comentó cándidamente que él había dejado de pegarle. Ella respondió: «Pues yo no creo en esta terapia sistémica en la que la gente es corresponsable de la violencia. ¡El es el responsable, el único responsable! Y deberían castigarlo a él, ¡no a mí! Estoy harta; yo decidí venir a terapia y él es quien se ha beneficiado. Esto es un castigo para mí, cuando es él quien se lo merece. ¡Estoy harta! ¡Usted me tiene harta!».

La ira de la mujer y su petición de que castigaran a su novio sorprendieron y molestaron al terapeuta, que repuso: «Tengo que pensar en todo esto; usted me ha dejado pasma-

do» antes de salir a comentarlo con el equipo de observación. Tras la charla, los observadores estuvieron de acuerdo en que habían malinterpretado la demanda inicial de la mujer y en que su hipótesis de que la violencia era una forma de comunicación no era adecuada.

El terapeuta volvió a entrar en la consulta sin saber muy bien qué hacer. La mujer seguía quejándose: «Seguimos juntos, pero me siento agraviada. Ahora que la violencia ha cesado, mi novio me parece aburrido y superficial, pero sigo sintiéndome forzada a estar con este cerdo, este maldito bastardo. Deseo que lo castiguen. Ustedes lo ayudaron sin castigarlo, y eso me encoleriza. Dos hombres se reúnen y charlan; él se encuentra mejor y ni siquiera es sancionado. Se sale con la suya. ¿Qué va a hacer usted ahora? ¡No me moleste!».

El terapeuta cerró la sesión con estas palabras: «Mire: creo que tiene razón. Necesito tiempo para pensar porque estoy acostumbrado a creer que no golpear es mejor que hacerlo y que el castigo no es saludable. Pero dice usted que cometer un crimen sin recibir sanción no es una solución. No sé qué hacer. Y debo hacer algo; pero necesito tiempo para darle vueltas. Seguiremos discutiéndolo la próxima vez».

El terapeuta inició el siguiente encuentro con el tema del castigo. ¿Qué tipo de castigo creía ella que merecía su novio? ¿Cuánto tiempo debía durar? ¿Semanas, meses, años? ¿Toda la vida? «¡Me parece que sus hijas ya lo están castigando a través de su maltrato!»

De esta forma el terapeuta había desplazado la conversación del contenido (el castigo) al proceso (la necesidad de castigar para mantener la relación). Pero, en su interior seguía asumiendo que cooperar y ser gentil es mejor que atacar y condenar.

Al final de la entrevista dijo a la pareja: «Estoy enfermo, así que dejaré de verles durante seis meses. Mi enfermedad consiste en abrigar el prejuicio de que la cooperación es mejor que la pelea, de manera que debemos alejarnos por un tiempo. Usted debe seguir maltratándolo. Por mi parte, me satisface pensar que ya no hay violencia física. Pero usted me ha demostrado que la venganza es muy importante. Y necesito tiempo para curar mi prejuicio».

Cuando, transcurrido el plazo, los clientes regresaron, se veían mejor. La mujer se mostró ligeramente molesta e intervino más en la sesión. Comenzó diciendo: «Estoy bien desde que le pedí que se fuera de casa». (Seguían viéndose dos o tres veces por semana.) El novio se mantuvo en silencio y se comportó con suma cortesía. Entonces contaron que habían visitado a sus parientes en un pequeño pueblo italiano. Describieron numerosos incidentes en los que sus tíos y tías dedicaban un tiempo desproporcionado a idear conjuras para desquitarse de ofensas y desaires nuevos y antiguos.

Esto abrió los ojos del terapeuta, que cayó en la cuenta de que no había tomado en consideración el contexto cultural. Su prejuicio le había impedido hacerse cargo de que la venganza es una parte importante de algunas culturas. Descubrió que no había empleado el lenguaje de la cultura de sus clientes sino el de su propia cultura terapéutica, que prefiere la cooperación a la guerra. Explicó su descubrimiento a la pareja: describió emocionado su revelación durante diez minutos. Por fin, la pareja comenzó a reírse de los devaneos del terapeuta («bueno, bueno, dejémoslo...») y pidió permiso para terminar la sesión. Al despedirse, la mujer bromeó con el terapeuta: «Le llamaremos en unos meses para ver si ha mejorado».

A los seis meses la pareja concertó una cita. Estaban sanos e iban muy arreglados; el hombre había adelgazado y la mu-

jer parecía estar en su cuarto mes de embarazo. Daban la impresión de haber despertado del largo sueño de una noche de verano. Estaban juntos de nuevo; las hijas habían decidido vivir con ellos para cuidar al bebé. La mayor parte de los parientes de ambos se alegraban de su unión y del embarazo. El terapeuta no se atrevió a pedirles que explicaran esta evidente transformación. Como Paglia, creemos que es primordial respetar el misterio del vínculo entre hombre y mujer.

3. LA IRREVERENCIA EN LA INSTITUCIÓN: CÓMO SOBREVIVIR

Eres peligroso. Por eso tenemos que matarte.
Pero entiéndeme: no tengo nada en tu contra, a nivel personal.

GRAHAM GREENE, *El poder y la gloria*

Los hospitales psiquiátricos intentan ser útiles de muchas formas; no obstante, a pesar de los esfuerzos de los terapeutas, terminan funcionando como instrumentos de control social. Introduciendo irreverencia en el hospital psiquiátrico el terapeuta puede conservar una cierta flexibilidad dentro de un contexto que le pide preservar el orden social. En un entorno institucional puede verse sujeto a demandas contradictorias por parte de los clientes, de la administración, de varias facciones socio-políticas, culturales y legales, etc. No puede satisfacerlas todas; se volvería incompetente y quizás «insano».

El terapeuta irreverente no es un revolucionario: no es su deseo sobreponerse a la opresión. El sistema en que está inmerso no es opresivo, sino de doble vínculo. La mayoría de los hospitales psiquiátricos (y otras instituciones como la Iglesia, las escuelas, los servicios públicos) apoya la estabilidad y promueve los valores culturales dominantes. De nada sirve quejarse de ello. Uno no pide a la institución que cambie; más bien, procura sobrevivir en su interior. El terapeuta puede ayudar a las instituciones a flexibilizarse y a reducir su hegemonía (acaso incluso a desaparecer), pero no en virtud de la obediencia, sino de la creatividad, de la

construcción de un viable sistema de significados. Podemos tomar como ejemplo la irreverencia de los habitantes y líderes de la Unión Soviética, que logró desarmar una superpotencia.

Cuanta más experiencia en sobrevivir atesora el terapeuta, más ayuda brinda a sus clientes, a quienes puede transmitir su irreverencia. El terapeuta irreverente mira con escepticismo la posibilidad de que una teoría o modelo reflejen la «verdadera» esencia del ser humano; se reserva siempre la libertad de cuestionar las descripciones impuestas por la institución, el cliente o, más aún, su propio pensamiento.

Es necesario aceptar que hay clientes a los que uno no puede ayudar porque hacerlo pondría en riesgo la estabilidad de la institución. Hay otros que han elegido la carrera de enfermo mental (o han sido destinados a ella por su familia o comunidad). Estos «pacientes profesionales» no quieren cambiar o se encuentran en una tesitura que les impide hacerlo, de modo que no pueden dejar la institución. En ocasiones, los terapeutas quedan atrapados en conflictos de lealtades entre el paciente y la institución; y sólo les queda rendirse para sobrevivir. Desde luego, también pueden tomar la decisión contraria, arriesgando su trabajo y su supervivencia; y hay veces en que, desde el punto de vista ético, ésta es la única alternativa. Sin embargo, casi siempre es necesario que el terapeuta sobreviva para ayudar a otras personas.

Todos tenemos casos en los que podíamos haber hecho más si hubiésemos gozado de la irreverencia suficiente para tomar partido y subsistir. Cuando la cabina de un avión pierde presión y aparecen las máscaras de oxígeno, lo correcto es ponérsela primero uno mismo y luego colocársela a los niños; en otras palabras, se ha de seguir vivo para ser capaz de ayu-

dar. Los terapeutas que trabajan en instituciones han de lidiar con situaciones complejas; es ingenuo e idealista imaginar que se puede ayudar a todo el mundo.

No obstante, no nos gusta sentirnos impotentes. Siempre intentamos satisfacer tanto a la institución como al cliente; y es aquí donde la irreverencia cobra valor, convirtiéndose en una forma de conservar la salud. Se parece a lo que pasa con los niños cuando la madre les pide una cosa y el padre otra: han de mostrarse ligeramente irreverentes para con ambos. Sólo así consiguen aferrarse a su tarea de ser niños y crecer en libertad.

¿Cómo mantener la flexibilidad una vez inmerso en la institución? Se puede, por ejemplo, entablar un diálogo con los colegas y los clientes con el fin de comprender y respetar a cada uno. Cabe recordar que los peligros son muy reales: la excesiva obediencia, por un lado, y la irreverencia que linda con la insania, por el otro. Esta situación es la base de una película, *El club de los poetas muertos*; el profesor, en su intento de ampliar la experiencia de sus pupilos, se transforma en el chivo expiatorio de sus superiores y sus propios estudiantes.

Obedecer a la institución al pie de la letra equivale a convertirse en un robot burocrático. Por el contrario, atender únicamente al cliente implica convertirse en un revolucionario de cara a la institución. En el caso que se expone a continuación, el terapeuta tuvo que ayudar a su cliente cuidando de no ofender a la institución. Decidió arriesgarse e intervenir de un modo aceptable en un tratamiento ambulatorio pero delicado en un contexto institucional.

EL CHICO QUE SE COMÍA SUS HECES

Un muchacho de 14 años con un CI de 60 había sido internado en un reformatorio por numerosos actos delictivos, entre ellos hurto, venta y consumo de drogas, y prostitución homosexual. Tras el ajuste inicial, el chico comenzó a embadurnarse la cara y el pelo con sus heces y a moldear bolitas que luego se tragaba. El equipo lo sometió sin éxito a sucesivos tratamientos (primero psicodinámico, luego conductual y por último familiar). No lograban elucidar si su conducta se debía a su retraso o a una psicosis potencial. Agotada su reserva de trucos, querían «depositarlo» en un hospital psiquiátrico cercano. La terapeuta, alumna de uno de los autores, había desarrollado un fuerte vínculo con el muchacho y no se resignaba a abandonarlo. Persuadió a los administradores de organizar una consulta con el autor; aquéllos aceptaron con el fin de demostrarle que la situación era irresoluble.

El autor hizo a la terapeuta una pregunta muy sencilla, tomada de la terapia breve del Mental Research Institute en Palo Alto: «¿En qué contexto sería una conducta acertada comerse sus propias heces?». A lo largo de la entrevista se descubrió que el chico, de baja estatura, era violado anal y oralmente por otros internos del reformatorio. Estas violaciones se habían interrumpido cuando empezó a embadurnarse con su excremento: los demás chicos lo tildaban de loco y le ignoraban. Al ingerir sus heces evitaba ser violado.

Pues bien, la pregunta era: ¿cómo salvar al muchacho de los abusos sin agraviar al resto del equipo del reformatorio por el fracaso de sus tratamientos? Se construyó una intervención en dos partes. Primero, se le dijo a la terapeuta que felicitara al muchacho por haber descubierto una estrategia de protección que la institución no habría podido idear. En

segundo término, se le comunicó al chico que podía seguir untándose con sus heces, pero que era mejor que dejara de comerlas, no fuese que contuvieran parásitos. A la semana siguiente, el muchacho (que había dejado de ingerir heces) estaba limpio y bien acicalado. La terapeuta tuvo miedo de que, viendo su progreso, los internos volvieran a abusar de él, pero el chico afirmó que lo dejaban solo, pues todavía lo creían loco. Habiéndose ganado esa reputación tenía asegurada su supervivencia en la institución.

¿Qué hay de irreverente en este caso? El *quid* es elegir el momento adecuado. Los administradores estaban hartos del chico, que consumía demasiados recursos y horas de trabajo del personal. Esto les permitió ser irreverentes ante el procedimiento habitual. Estuvieron dispuestos a escuchar la sugerencia que una terapeuta en formación les hizo llegar de parte de su profesor, quien utilizaba una teoría no compatible con la de la institución. Una intervención así de irreverente no hubiese sido posible en otra circunstancia. El autor la propuso a sabiendas de que, por más que fuese exitosa, seguramente le cerraría las puertas de ese entorno institucional. Y su irreverencia le ayudó a soportar la pérdida de este posible trabajo de consultor.

CÓMO CONVERTIRSE EN UN PACIENTE FAMOSO «PERO NO MILLONARIO» SIN INTENTARLO SIQUIERA

Es ésta una situación extravagante que ocurrió en un hospital psiquiátrico escandinavo. Un hombre había sido internado contra su voluntad tras amenazar con volar su casa con su mujer y sus hijos dentro.

Se asignó el caso a un psiquiatra respetado, famoso por sus investigaciones en el área de la paranoia. Éste diagnosticó

al paciente un síndrome paranoico lúcido, enrarecido y poco común, para el cual diseñó un tratamiento cuyos progresos expuso en numerosos artículos.

El hombre no estaba de acuerdo con el diagnóstico, por lo que declaró una guerra indefinida contra el psiquiatra, el hospital y otros profesionales para obligarles a cambiarlo. Pero, cuanto más vehemente era su resistencia al diagnóstico, más se convencían el psiquiatra y el personal de su validez. Naturalmente, el paciente se negaba a tomar su medicación y a acudir a la psicoterapia.

Pasaron varios meses en este agotador punto muerto hasta que el psiquiatra decidió dar de alta al paciente y prescribirle un tratamiento ambulatorio. Pero el paciente seguía sin aceptar su diagnóstico y se negó a irse hasta que fuese modificado. Además, demandó al psiquiatra y al hospital. Así comenzó una escalada simétrica en la que el hombre y la institución se embarcaron en un estancamiento irremediable. Ninguna de las dos partes podía ceder. Pensamos que el psiquiatra y el hospital no hubiesen podido admitir su error sin confirmar la demanda por daños y perjuicios debido al confinamiento involuntario. Por su parte, el paciente no hubiera podido aceptar el diagnóstico sin contradecir el rencor que le inspiraba su familia. Plantó una tienda de campaña en la puerta de la institución: no se iría hasta que su diagnóstico fuera revocado.

El caso se hizo público. Al llegar el invierno, el hospital se vio forzado por razones humanitarias a invitar al paciente a entrar; así que éste se acomodó en el vestíbulo. Y, hasta donde sabemos, allí continúa, en eterna protesta.

El hospital todavía le permite vivir allí, y el hombre aún no admite su diagnóstico. Nosotros diríamos que la batalla ha concluido. Nos parece que el hospital se volvió irreverente ante su propia postura al dejar de pedirle que se fuera, convir-

tiéndolo casi en parte del personal residente. El hombre también fue irreverente: dejó de percibir a la institución como un perseguidor para verla como una agradable vivienda. Como el delfín de Bateson, paciente e institución pegaron un salto creativo fuera de su dilema.

LA MUCHACHA CATATÓNICA

A uno de los autores se le pidió consulta en relación con una chica de 19 años, catatónica, ingresada en un hospital desde hacía ocho meses. El hospital solía mantener a los internos durante tres o cuatro semanas hasta que les daba de alta o los enviaba a una institución para tratamientos prolongados. Pero no podían deshacerse de esta chica: siempre que estaba a punto de irse, caía en una crisis catatónica, rehusaba la comida y tenía que ser alimentada por medio de una sonda.

Sus padres se presentaban todos los días rogando que solucionasen el problema de su hija. El caso de esta chica se había hecho famoso. El psiquiatra que lo llevaba había estudiado con el autor, así que le invitó a una entrevista de supervisión a la que también asistieron los padres y los hermanos de la muchacha. Se encontraron en una sala con un espejo unidireccional detrás del cual se agolpaba el personal del hospital.

La paciente, Sonya, entró en una silla de ruedas que empujaba una enfermera. Esta enfermera, que cuidaba en todo momento de la chica, fue invitada a la sesión. Sonya, con los ojos cerrados, lloraba continuamente. La madre, también con los ojos cerrados, se veía muy triste. El padre parecía desesperado por ayudar a su hija. El hermano mayor y la hermana menor se mostraban asustados e impotentes.

El autor estaba perplejo. El peso del problema recaía en los hombros del abrumado y abatido terapeuta. Era como si todas las personas implicadas y todos los observadores estuviesen esperando una mágica cura de los síntomas catatónicos. Llegado este punto, el autor decidió ser irreverente ante esta demanda imposible y comenzó a hacer, mecánicamente, al estilo del grupo de Milán, preguntas a la madre, al padre, a los hermanos y a Sonya (a pesar de que no contestara). Eran las preguntas típicas: ¿cómo era la relación entre los padres y los hijos?; ¿cómo había decidido Sonya convertirse en catatónica?, ¿quién era el que más sufría?, etc.

Lentamente se fue urdiendo un relato. De pequeña, Sonya se había escapado de casa varias veces. A los 16 años se había ido con una secta religiosa; al volver, al cabo de dos semanas, había cambiado y se negaba a hablar de sus experiencias. Los padres pensaron que le había ocurrido algo terrible, quizás una violación. Comenzaron a interrogarla. Cuanto más lo hacían, más se encerraba ella en su mutismo; finalmente, se había vuelto catatónica. El padre, que la quería mucho, interpretaba su silencio como un rechazo y sufría enormemente por ella.

Mientras todo esto ocurría, el hermano mayor estaba preparando su boda. La madre, que había dedicado todo su tiempo a ayudarle, afirmó abiertamente que iba a ser una gran pérdida para ella.

El autor hizo una pausa para hablar con el equipo de observación. Ahora tenía que emplear esta información en el contexto de un hospital que albergaba a una muchacha agnizante. El equipo estaba compuesto de psiquiatras y enfermeras que no creían en este tipo de terapia. El autor decidió enfrentarse al pesimista pronóstico médico de este caso por medio de una clásica intervención estilo Milán, por más que fuese completamente incongruente.

De este modo invitó al psiquiatra a unírsele y entró de nuevo en la consulta. Mirando al psiquiatra y a la enfermera, exclamó: «Esta chica ha recibido el tratamiento equivocado. Ella está en este hospital porque no puede con sus problemas en casa. La madre está muy afectada por la pérdida de su hijo. Sonya quiere dejarla sola para que pueda elaborar este duelo. Y, permaneciendo en el hospital, hace que su padre se preocupe por ella y no por su madre. Por eso, cada vez que mejora y ustedes desean darle de alta, sufre una recaída. ¿Pueden dejar de actuar así? ¿Pueden dejar que sea *ella* quien decida cuándo está lista para irse?». El psiquiatra y la enfermera hicieron una pausa y dijeron: «De acuerdo: vamos a acatar su sugerencia». Cuando el autor se despedía de la familia, la madre le preguntó: «Y ¿eso es todo?». «Sí, es todo lo que tengo que decir.» «¿No tiene otra sugerencia? ¿Llevarla a algún otro hospital? ¿Otra forma de terapia? ¿Terapia convulsiva?» «No. Esto es lo que creo. Esta es mi sugerencia como supervisor.» La madre no lo podía creer: «¿Y hemos venido para esto? ¡Queremos que se haga algo!». El autor replicó: «Eso es todo lo que puedo decir».

Al reunirse con el equipo de observación, se encontró con que el director, los tres psiquiatras y las enfermeras le miraban con escepticismo, arropados en sus batas blancas. El autor se mantuvo firme en su poco común intervención, lo cual implicaba mostrarse digno y seguro ante el personal. En un intento de comprometer a los fríos expertos apelando a sus emociones, comentó: «¿Se fijaron en que, cuando hablamos de cómo la madre cuida al hermano, la muchacha se animó un poco? ¿Y en que, cuando afirmé que "el padre piensa sólo en su hija y, por tanto, deja a la madre en paz", la muchacha asentía continuamente? ¿Y en que, cuando dije adiós ofreciéndole mi mano, ella me respondió abriendo los ojos y mirándome por primera vez?». El personal se mostraba im-

pávido ante lo que consideraba un primitivo intento del autor de comunicarse con una chica extremadamente enferma por medio de una especie de hechicería sin sentido.

Durante las tres semanas siguientes el autor no tuvo noticias del hospital; no deseaba contactar con él, pues ignoraba lo que habían pensado de su intervención. Entonces el psiquiatra lo llamó: «Ha ocurrido algo muy interesante. Durante tres o cuatro días las cosas siguieron igual. Entonces, las enfermeras se percataron de algunos pequeños cambios. Algún interno se levantaba a medianoche para ir al baño. Sospechábamos que era Sonya, pero no dijimos nada. A los cuatro días Sonya se vistió sola». Las enfermeras habían seguido la prescripción del autor de que debían ignorar a Sonya si daba muestras de progreso. Nunca le dijeron: «Oh, qué bien estás hoy. ¡Me alegra que te hayas levantado!». No le hacían ningún caso. Se habían vuelto irreverentes a los procedimientos tradicionales.

La paciente había mejorado, pero eso le generaba otro problema al psiquiatra. ¿Cómo darle de alta? La prescripción del autor prohibía usar los mecanismos habituales. Decidió concertar otra entrevista con el personal y la familia. El autor preguntó a Sonya, que estaba bien vestida, atenta y sonriente: «Ahora que has decidido mejorar, ¿qué podemos hacer con esta gente? No saben cómo tratarte porque les pedí que te ignoraran y te dejaran tomar tus propias decisiones. Ahora, ¿qué debemos decirles que hagan?». Ella repuso: «Creo que podré irme en dos semanas. Quiero pasar las vacaciones de verano con mi familia». El autor respondió: «Muy bien, estoy de acuerdo; pero creo que debemos planear tus vacaciones porque no estoy seguro de que tus padres sepan afrontar la convivencia contigo».

Bastaron veinte minutos para que el autor y la familia diseñaran un plan viable. Sonya pasaría el lunes con su hermana;

el martes, con sus padres; el miércoles, sola. Podía visitar a su hermano y a su novio el domingo. El jueves, el viernes y el sábado la familia sería libre de hacer lo que quisiera. La hermana menor debía tomar notas y asegurarse de que todos seguían las reglas.

Pasados varios meses se organizó una entrevista de seguimiento. Sonya había mejorado mucho y el hermano ya estaba casado. Los padres insistían en que necesitaban más sesiones; se acordó que realizaríamos otras seis a intervalos de dos meses. En la tercera, Sonya sufrió una recaída y fue readmitida en el hospital; pero se recuperó y fue dada de alta en sólo dos semanas. Así continuó su separación de su familia sin mayor dificultad.

En lo que atañe a la irreverencia, es preciso comprender que, a veces, las instituciones otorgan carta blanca a un supervisor autorizándole a hacer cosas sumamente inusuales. El hospital necesitaba desesperadamente la ayuda del autor; pudieron ser irreverentes ante sus propias tradiciones y habilidades hasta el punto de solicitar una intervención sistémica. Eran conscientes de que sus teorías no habían servido de nada: no sabían qué hacer, así que necesitaban ayuda. Se sentían tan desalentados e impotentes que contactaron con un terapeuta experto y de ideas muy diferentes.

El director del hospital, tomándose con irreverencia su propia incapacidad para ayudar, autorizó la consulta. Y la irreverencia del terapeuta ante lo que parecía un caso imposible le dio la clave para sobrevivir.

Para internarse en un contexto poderosamente tradicional con el fin de cambiar un caso «imposible», el autor tuvo que ser irreverente con la superficial modestia de la que se enorgullecen muchos terapeutas y con la negativa del personal a aceptar que la cliente era capaz de tomar sus propias decisiones e irse cuando lo considerara pertinente. Y Sonya había

sido muy irreverente con los esfuerzos de ayudarlo mediante procedimientos comunes y con la mecánica de altas del hospital.

Para comprender una situación en toda su magnitud se requiere enmarcarla en el contexto en el que sucede. Por ejemplo, en el caso en cuestión, el hospital había declarado sus intenciones de contratar al autor para dar un curso de formación en el futuro. Ésta fue una potente marca de contexto que dificultó considerablemente la entrevista. Entre otras cosas, el autor se preguntó lo siguiente:

1. ¿Me están sometiendo a una prueba para decidir si deben contratarme?
2. ¿Me han asignado el peor caso del hospital con la finalidad de que fracase y de que les ahorre el problema de contratarme?
3. ¿Soy un instrumento en manos de una facción del personal fiel a la Escuela de terapia sistémica de Milán? ¿Me están usando, sin yo saberlo, para desprestigiar la práctica psiquiátrica tradicional?

Tomarse en serio la primera pregunta implica tener miedo de no pasar la prueba. La segunda implica sentirse rechazado y deprimido. La tercera conduce a la paranoia. Todas estas preguntas pasaban por la cabeza del autor cuando la irreverencia acudió al rescate.

Cada institución posee su contexto y sus reglas de supervivencia. Algunas no pueden permitir que sus clientes mejoren. En los hospitales privados, cuya supervivencia depende de un mínimo de ingresos, deben tenerse en mente los intereses de la institución. En otras instituciones hay una especie de ley que prohíbe ser consciente de lo que se hace, como si hubiese *una sola manera* de resolver todos los conflictos.

En las instituciones públicas se requiere que los pacientes «permanezcan abiertos» (es decir, disponibles para futuros tratamientos). La viabilidad económica de las instituciones privadas se ve amenazada si la gente se recupera con demasiada rapidez. Pero en las instituciones públicas se necesitan pacientes que aseguren el apoyo político y gubernamental. Es crucial para los terapeutas hacerse cargo de estos hechos y tomarlos en consideración en su trabajo; no han de ceder a la tentación de quejarse de ellos. Ésta también es una táctica irreverente de supervivencia.

Lo que proponemos es que para sobrevivir, para no volverse loco, hay que ponerse un poco irreverente. Creemos con firmeza en que la irreverencia sirve para resistir tanto en el ámbito privado como en el institucional. Y, cuanto más tiempo sobreviva el terapeuta dentro de una organización, mejor ejemplo podrá dar a su paciente. Partimos del hecho de que sólo podemos cambiarnos a nosotros mismos, no a la institución. Pero, dentro de los límites por ella establecidos, podemos mostrar irreverencia ante las limitaciones de los diagnósticos tradicionales ayudando al paciente a experimentar las «descripciones expertas» como una perspectiva más (esto es, re-describiendo lo ya descrito). No se trata de una revolución, sino de una táctica para medrar en medio de las demandas conflictivas inherentes a tales contextos.

EL CHICO SUPERDESARROLLADO

Un chico de 16 años, con un largo historial de hospitalizaciones desde los 12, había sido admitido en la clínica psiquiátrica donde se le entrevistó junto con su familia. Había sido adoptado al nacer; su madre se había dedicado por completo a él, en tanto que su padre siempre había sido distante y

crítico. En la pubertad había comenzado a discutir y pelear continuamente con su madre.

Entre los 11 y los 12 años casi había duplicado su tamaño. Esto había preocupado a la madre, que lo veía como un anormal cambio físico y mental. Se dedicó a consultar con varios psiquiatras que le recetaron tratamientos conductuales o modificaciones bioquímicas. Pero, cuanto más intentaba ella ponerle límites, más se revelaba el muchacho.

En un punto de esta travesía le descubrió en la habitación de su hermano menor, completamente vestido, fingiendo que tenía relaciones sexuales con él. Una semana más tarde, mientras su marido estaba en un viaje de negocios, la madre se despertó y se encontró con que su hijo se había metido en su cama y había puesto el brazo alrededor de su cintura. Creyó que se le estaba insinuando y se asustó. Se puso en pie, le engañó para sacarle de la casa y cerró la puerta. El muchacho fue al aparcamiento, tomó el hacha de su padre e intentó romper la puerta. Alertado por el ruido, un vecino se le acercó y le tranquilizó.

Al regresar el padre, el muchacho había sido internado por primera vez. Estuvo en tres hospitales distintos a lo largo de los cuatro años siguientes. En el primero había sido violado y maltratado psíquicamente por los internos de más edad. En el segundo, miembros irresponsables del personal le habían llevado fuera de los límites estatales para que tuviera relaciones sexuales con una prostituta. En el tercero estaba solo, deprimido y desesperanzado.

Después de tres años de tratamiento con este paciente y su familia, muy colaboradora, llegamos a una conclusión. El terapeuta pensaba que la madre tenía una relación demasiado estrecha con el muchacho, tratando de controlarle e imponerle reglas y sintiéndose frustrada por su fracaso. El padre estaba ausente la mayor parte del tiempo. El terapeuta dijo a

la madre que seguramente estaba harta de hacerse cargo de su hijo; estaba claro que deseaba tomarse unas vacaciones, pero que sólo podía hacerlo si obtenía el permiso de «una autoridad». El terapeuta iba a ser esa autoridad: asumiendo la responsabilidad, le ordenó que descansara de tratar de controlar a su hijo. En consecuencia, el padre comenzó a involucrarse más en la vida familiar, cosa que nunca antes había ocurrido.

Podría pensarse que se trató de una intervención estructural; sin embargo, el terapeuta no tenía esa intención. No pretendía amoldar la familia a un patrón determinado. De hecho, la idea de las vacaciones fue sugerida por la madre; el terapeuta se limitó a darle permiso.

A los tres años de haber entrado en terapia en el último hospital, el muchacho pudo volver a casa. Ahora se lleva bien con su madre y su padre y planea entrar en la universidad en otoño. Tiene una novia estable y ha sobrevivido a la «ayuda» que le brindó el personal de los dos primeros hospitales.

En este caso el terapeuta hizo caso de la demanda de los padres de que se comportase como un experto y tomara las riendas. Fue irreverente ante las ideas de Goolishian y otros terapeutas narrativos según los cuales un terapeuta nunca debe adoptar una postura directiva o autoritaria.

INCESTO ENTRE MADRE E HIJO

Este caso trata de un muchacho de 16 años recluido en una institución. Había sido llevado ante los tribunales debido a sus frecuentes escapadas en las que cometía una multitud de pequeños delitos. Una vez admitido, se concertó una sesión de terapia familiar en la que emergió el siguiente relato. Antes de comenzar a escaparse, su madre lo había sorprendí-

do en la habitación matrimonial manteniendo relaciones sexuales con una vecina de 14 años. Acto seguido, le prohibió salir de casa y empezó a pegarle frecuentemente con un zapato. Se necesitaron muchas sesiones más, tanto familiares como individuales, para desvelar que el muchacho tenía relaciones sexuales con la madre, usualmente mientras el padre yacía en un estupor alcohólico al otro lado de la cama.

Se ensayó una terapia familiar tradicional durante varios meses con el fin de modificar el sistema familiar, crear límites y reestructurar la familia. En la terapia individual se discutía el incesto asiduamente para ayudar al chico a elaborar este traumático incidente.

El enfoque no tuvo éxito. La familia seguía aglutinada y sin fronteras; cuanto más se trataba el tema del incesto en terapia, más se deprimía el chico. Transcurridos siete meses, la madre dijo en una sesión que el incesto nunca había ocurrido en realidad. Pocas semanas antes había atravesado una experiencia religiosa en una iglesia pentecostal; estaba segura de que el incesto había sido una pesadilla, un mensaje divino para que aceptara a Jesús como su salvador. El padre, que había dejado de beber, comentó que tenía una pistola del calibre 38 cargada en su mesita de noche. Si el hijo se atrevía a volver a casa y a meterse en su cama, lo mataría. Se suspendieron las visitas del muchacho.

Esta afirmación de la madre terminó de confundir al chico: para él, el incesto había sido una dura realidad. Seguía en punto muerto. Entonces, el terapeuta decidió que su modelo no era adecuado y se volvió irreverente; estaba muy preocupado por la falta de progreso y por el incierto futuro del muchacho. Concertó una sesión de supervisión con un grupo de estudiantes suyos, de la cual brotó una nueva perspectiva.

En la siguiente sesión individual, el terapeuta pidió al muchacho que comparara las experiencias sexuales que había

tenido con su madre con las que había compartido con la chica de 14 años. Éste replicó que la joven le parecía mucho más atractiva física y emocionalmente, y que se había encontrado cómodo y relajado con ella. En los encuentros con su madre se veía a sí mismo confuso y «atontado».

El terapeuta le contó con gesto grave que el mejor y más inteligente terapeuta de todos, Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, afirmaba que todos los hombres fantaseaban con acostarse con su madre. Muchos hombres se sienten insatisfechos, aunque sea inconscientemente, porque creen que su madre hubiese sido su complemento sexual idóneo. El terapeuta continuó: «Es maravilloso que te hayas percatado de la falsedad de este mito a tu edad. Ahora podrás tener una vida sexual muy estimulante porque sabrás que tu madre no es la mejor pareja para ti. Muchos hombres jamás llegan a descubrirlo; y los que lo hacen tardan mucho más tiempo que tú».

Nada más escuchar esto, el muchacho se mostró aliviado. El tratamiento evolucionó hasta que el chico dejó el hospital y regresó con su familia. ¿Se trataba de alguna extraña metamorfosis?

El terapeuta se había vuelto irreverente ante la insistencia de la terapia tradicional en la que los niños que han sufrido incesto precisan años de terapia para elaborar el trauma. Esta terapia tradicional había llevado al chico al borde de la depresión, haciéndole sentirse extraño, pervertido, maligno. El terapeuta decidió contrariar este abordaje prevalente (y «políticamente correcto»), que sólo servía para lastimar más al paciente, mediante un enfoque poco convencional, una reformulación que permitió al muchacho salir de la institución y seguir con su vida.

Tres años más tarde, el chico hizo una visita de cortesía al terapeuta. Le explicó que había dejado su casa, que había te-

nido muchas experiencias sexuales agradables con otras mujeres, que se había alistado en el ejército y que iba a casarse en breve.

En esta ocasión la irreverencia no sólo consistió en reformular la situación. También fue necesaria para soslayar el modelo tradicional aun en situaciones espinosas. La institución había estado dispuesta a aceptar esta intervención porque el personal estaba totalmente frustrado y ansiaba ayudar al muchacho a reconducir su existencia.

Para proteger a nuestros clientes de nuestra propia rigidez y evitar confinarnos en nuestras narrativas necesitamos periódicas supervisiones y diálogos con colegas. La irreverencia es una actitud de flexibilidad: hay que ser irreverente hasta con las propias convicciones.

No es fácil. A veces hay que ser paciente y esperar el momento adecuado. La institución ha de estar harta de su propio fracaso para aceptar intervenciones tan dramáticas (como en el caso de Sonya o en el del chico y la madre incestuosos). Suelen darse períodos durante los cuales la acción del terapeuta puede cambiar una institución. Pero, si ha empleado la irreverencia prematuramente, al inicio del problema, lo más probable es que haya caído en el descrédito.

Para resumir: trabajar con una institución es como trabajar con una familia; hay que dejar que el sistema persista en su propia lógica hasta el absurdo. En este sentido, todas las organizaciones son iguales, sin importar su tamaño. Tanto las familias como las instituciones son sistemas: tienden a la rigidez, a la homeostasis o a la automodulación cibernética. Es necesario recordar que, si se es demasiado fiel a los propios prejuicios, si se ignoran las perspectivas divergentes, será muy difícil aprovechar ese mágico momento en que las cosas pueden modificarse. Creemos, con Prigogine y Stengers (1984), que todos los sistemas atraviesan períodos de

inestabilidad en los que pueden transformarse. Por desgracia, nuestro entrenamiento sólo nos permite reconocer y describir la estabilidad, de forma que solemos desaprovechar las oportunidades implícitas en los estados caóticos. Pensamos que la irreverencia nos ayuda a detectar estas oportunidades.

4. SUGERENCIAS PARA LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS

Es fácil matar a la gente de verdad en nombre de una u otra maldita ideología. En cuanto el asesino hace abstracción de la gente convirtiéndola en símbolos, ya no se ve afectado por la culpa; ya no se trata de seres humanos.

JAMES JONES, en una entrevista de Nelson W. Aldrich Jr. para *París Review*

Aunque los tres supervisamos y formamos a terapeutas en contextos distintos, hemos afrontado problemas muy similares en este trabajo. Además, nuestras formas de ver la supervisión son compatibles. Afortunadamente, pese a estas semejanzas, nuestros programas de enseñanza no son idénticos. Gianfranco codirige un programa de cuatro años en terapia sistémica en Milán, en el que participan alrededor de cien estudiantes. Gerry coordina un programa privado pequeño, de dos años, en Atlanta, Georgia. Wendel enseña y supervisa un programa de treinta miembros y dos años de duración en Monroe, Louisiana.

En términos generales, nuestra enseñanza sigue un modelo clásico muy influido por Gregory Bateson, Don D. Jackson, el Proyecto de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto y, más recientemente, la cibernética de segundo orden y la epistemología narrativa.

Primero, los estudiantes dedican bastante tiempo a leer acerca de cibernética de primer y segundo orden, terapias sistémicas, abordajes narrativos y otras teorías psicológicas. Sólo

cuando comprenden estas ideas se les permite trabajar bajo supervisión con familias. Es aquí donde empezamos a estudiar sus premisas epistemológicas.

Este es el método clásico de enseñanza; parte de la suposición de que para convertirse en un buen terapeuta es necesario saber de cibernética y tener práctica clínica. Estamos seguros de que es útil conocer en profundidad algunos modelos concretos antes de internarse en la vivida y compleja experiencia de la clínica. Es entonces cuando la irreverencia vale la pena.

De todas formas, últimamente hemos empezado a cuestionar nuestra postura: a veces es mejor hacer las cosas al revés. En varios talleres en los que hemos presentado estas ideas, los estudiantes han preferido entrar directamente en la práctica sin someterse a la tiranía de un dogma teórico.

Al igual que la terapia, el entrenamiento puede empezar pidiendo a los estudiantes que expongan sus ideas sobre los clientes. Una vez lo hacen, pueden reflexionar sobre ellas y discutir con los demás sus sesgos (a los que nosotros llamamos prejuicios); de aquí nace una confluencia de posturas. Los estudiantes se lanzan a investigar con curiosidad otros relatos posibles. Como Keeney y Ross (1985), pensamos que el profesor debe hacer de guardameta. Esto significa ayudar a los miembros del grupo a articular una gran variedad de ideas y prejuicios acerca del caso, apoyando cada perspectiva pero sintetizándolas todas de forma consistente con las características del caso sin perder de vista posibles alternativas. Una parte importante de este trabajo es evitar quedarse atrapado en el contenido de los relatos y hacer hincapié en la habilidad de los alumnos de detectar los patrones en la narrativa del cliente. El profesor es como un chef: debe remover el caldo para disolver las ocasionales escaladas simétricas. A nuestro entender, una escalada ocurre cuando

se atiende más al contenido que al proceso. El profesor mezcla los ingredientes de la conversación; no determina su dirección, pero contribuye a la aparición de un relato. Desde luego, a veces debe ser consecuente con el contrato que ha firmado con los estudiantes y debe ejercer su autoridad haciendo la síntesis final. Pero lo ideal es que el proceso sea igualitario.

Para que el grupo de formación sea exitoso se requiere que el profesor empiece con una postura tradicional, seleccionando los aspectos del relato que habrán de tomarse en consideración. A medida que el grupo se desarrolle, podrá desplazarse al papel de guardameta y colaborador.

Una de las ventajas de esta forma de enseñanza es que explicar las ideas del estudiante desde el principio nos permite a nosotros y a él entender sus prejuicios sin más dilación.

Creemos, como el filósofo Gadamer (1987), que el prejuicio no es necesariamente negativo y que los terapeutas necesitan saber cuáles son los suyos. Como señala Gadamer:

Nuestro ser no está compuesto por nuestros juicios, sino por nuestros prejuicios. Sé que es una idea provocativa, pero intento devolver al prejuicio la concepción positiva que tenía en nuestro lenguaje hasta ser deformada por la Ilustración inglesa y francesa. Se puede demostrar que, en su origen, la noción de prejuicio no tenía el significado que ahora le atribuimos. Los prejuicios no siempre son erróneos o injustificados; no siempre distorsionan la verdad. Más aún: la historicidad de nuestra existencia implica que los prejuicios, en sentido estricto, conforman la dirección que adquirirá nuestra experiencia. Son los fundamentos de nuestra apertura al mundo. Son sencillamente las condiciones por las cuales experimentamos, por las cuales logramos escuchar lo que la experiencia tiene que decirnos. Esto no quiere decir que estemos presos de nuestros prejui-

cios y que sólo dejemos entrar lo que no viole la premisa de que «nada nuevo debe decirse». Por el contrario: los huéspedes que dejamos pasar a nuestra vida son aquellos que nos despiertan curiosidad. Pero ¿cómo sabemos cuál de todos será capaz de lograrlo? ¿No están nuestras expectativas y nuestro deseo de saber algo nuevo determinados por lo que de antiguo nos posee?

Es conveniente que los terapeutas sean conscientes de que abrigan prejuicios generales aun antes de dejarse llevar por los prejuicios propios de una teoría. Como señala Weakland, la gente tiende a ver lo que confirma su creencia. La terapia familiar se diferencia del resto de ciencias en que todas las personas son, de alguna forma, expertas en familias; crecen en medio de una. No es como la fisiología, la astronomía o el resto de disciplinas que precisan hacerse con un acervo de conocimiento arcano y poco común. Nuestra hipótesis es que las premisas personales influyen la elección del modelo terapéutico. Los prejuicios son como misiles detectores que se orientan a los modelos que confirman nuestra visión del mundo.

Es sorprendente lo fácil que resulta, en el ámbito de la terapia familiar, convertir un prejuicio en un modelo listo para ser vendido a los ávidos compradores. Aquel a quien los diagramas y las historias familiares le fascinan gravita hacia Bowen. Si prefiere las conspiraciones, las tramas macabras y la traición, descubre a Selvini. Si es leal a los abuelos de sus abuelos, se fía de Boszormenyi-Nagy. Si añora los tiempos en los que el padre siempre tenía el mando, puede consolarse con Haley o Minuchin. Si cree a pies juntillas en la importancia de la pérdida, se volverá hacia Norman Paul. Si supone que las familias necesitan crecer, se enamorará de Carter y McGoldrick. Si la culpa de todo la tiene el opresivo patriar-

cado, hará uso de Michael White o Goldner. Si ha crecido en los años sesenta y cree que el amor lo puede todo, Virginia Satir es idónea. Todos ellos y muchos más construyeron con maestría modelos elegantes y eficaces a partir de algún prejuicio concreto disponible en su cultura.

Cada uno de estos modelos ha sido útil para ayudar a terapeutas y familias. Constituyen nuestra única herramienta de trabajo como clínicos y profesores. La posición posmoderna consiste en ser capaz de emplear un prejuicio que sea útil, de descartar los que no lo son y de formar híbridos yuxtaponiendo los demás.

CÓMO TRAUMATIZAR A UN TERAPEUTA INEXPERTO

En el proceso de formación tanto los estudiantes como los profesores pueden observar y cuestionar sus prejuicios. He aquí un ejemplo de las profundas consecuencias que pueden tener estas premisas básicas. Una joven estudiante de un programa de formación en terapia marital y familiar comenzó a trabajar en un centro para mujeres maltratadas. Algunas de sus clientes vinieron a terapia por un problema de incesto. La estudiante se puso incómoda y ansiosa y empezó a perder confianza en sí misma. Su supervisor, por desgracia, reaccionó de una manera que se está haciendo cada vez más común. La estudiante, que no sabía cómo trabajar con las intensas emociones asociadas al incesto, experimentó una poderosa empatía por el padecimiento de sus clientes. Así llegó a convencerse de que había sufrido un incesto en la infancia, pese a que no tenía ningún recuerdo remotamente semejante a una relación incestuosa.

La estudiante se dedicó a hablar con quien estuviera dispuesto a escucharla. Varios de sus compañeros, profesores y

el supervisor, adherido a uno de los modelos psicodinámicos predominantes sobre el incesto, reforzaron su interpretación: la única forma de explicar su perturbación emocional al enfrentarse a esta temática era el trauma generado por un incidente de la infancia tan brutal que se había borrado de su memoria. Basándose en esta evidencia circunstancial y siguiendo las indicaciones de su supervisor, la estudiante acudió a un terapeuta para recuperar y elaborar su supuesto trauma infantil.

Tras meses de terapia centrada en ayudarla a recordar el incesto que «debía» haber ocurrido, ella continuó sin albergar recuerdo alguno de aquel inevitable trauma. Sin embargo, como un trauma temprano era la única explicación seriamente considerada por el supervisor, el terapeuta y otras personas en las que confiaba la interna, se le insistía en que la única forma que tenía de afrontar la situación era mediante la terapia intensiva centrada en ayudarla a recordar lo sucedido. Tenía que haber sufrido un trauma en su juventud. Sólo así podría ella explicarse el porqué de su problema.

Existe otra explicación que nadie tuvo en cuenta. La reacción emocional de la estudiante es fácil de entender bajo la suposición sistémica de que toda conducta tiene sentido si se la considera en relación con su contexto. La estudiante era una mujer joven y sensible que nunca había trabajado en situaciones de intensa emotividad. Insegura y abrumada por la compasión, leyó todos los textos sobre incesto que cayeron en sus manos, lo que confirmó la popular idea de que aquello que nos afecta es reflejo de nuestros problemas de personalidad.

Al supervisor no le cabía la menor duda: si un médico tiene dificultades con un problema, es evidente que debe tratarse de algo personal. En el terapeuta inexperto se reforzaba cada vez la impresión de que había sufrido un trauma que no lograba recordar. Según esta teoría, cuanto menos pueda

recordar una persona, más traumático debe de haber sido el trastorno.

La estudiante, que tenía miedo de no saber ayudar a sus clientes, se preguntaba si no les estaría empeorando. Malgastó mucho dinero en varios meses de terapia (con un profesional especializado en asistir a las víctimas del abuso) a la caza de un incesto que seguramente nunca ocurrió, hasta que el padre se negó a seguir pagando. Fue entonces cuando, en vista de su incapacidad para recordar, el terapeuta sugirió a la estudiante que tal vez el presunto trauma no existiera. Tal vez no era más que la reacción de un ser humano sensible a la profunda aflicción de sus pacientes. Se nos ocurre que la negativa del padre ayudó al terapeuta a desmentir su hipótesis. ¿O acaso la interpretó como una tácita admisión de culpa? ¡Quién sabe!

¿Qué podemos aprender de este caso? Desde nuestra perspectiva, tanto el terapeuta como la estudiante se empanataron en sus propios prejuicios. Buscaban una verdad en lugar de comprender el problema como una respuesta natural al dolor, una forma de comunicarse con los clientes. Si se reconoce que el estilo de relación entre un cliente y su terapeuta es un sistema emergente, se pueden idear formas de usarlo terapéuticamente.

A continuación comentaremos una situación en la que el equipo empleó los prejuicios del terapeuta para construir una intervención.

LA MADRE INCOMPETENTE

Una estudiante de Milán salió de la entrevista que mantenía con una madre y sus hijos desobedientes para charlar con el equipo de observadores: «Creo que esta mujer es una ma-

dre completamente incompetente. Es tan ingenua que no sabe cómo controlar a sus hijos». El equipo preguntó: «¿Qué te gustaría hacer?». «Bueno, ayudarle, darle instrucciones. Le hacen falta, no tiene ni idea.» Los del equipo replicaron: «Dar instrucciones no sirve para nada. Es inútil». Así se desencadenó un debate: «Quiero darle instrucciones / Dar instrucciones es inútil». La solución fue: «Pues bien, utilicemos esta discrepancia. Habla de ella con la paciente». La estudiante volvió a la consulta y exclamó: «Mire: usted ha logrado convencerme de su incompetencia. Le creo y creo que debería darle instrucciones. Mis colegas, que están detrás del espejo, dicen que las instrucciones son inútiles, que van contra su teoría. Tienen una teoría sistémica que no les permite pensar así, de manera que hemos llegado a un acuerdo. Me han dado permiso para creer que usted es incompetente, pero sólo durante tres meses; y yo seré responsable de las consecuencias de mi creencia. Volveremos sobre este tema dentro de tres meses». Aquí, la terapeuta intercaló algunas instrucciones simples. A los tres meses, la paciente, que había observado las consignas, parecía estar mejor. La estudiante dijo: «Mis colegas tienen curiosidad por saber qué la llevó a seguir mis consejos. Según la teoría sistémica, la gente no obedece. ¿Cómo es que usted lo hizo?». «Porque usted me cae mejor que ellos», repuso la paciente, llevando la conversación a otro nivel.

La estudiante fue irreverente ante la idea de que no se deben dar instrucciones, mucho menos en terapia. Su expresión «mis colegas tienen una teoría sistémica...» introdujo una cierta dosis de desenfado en la sesión. Es irreverente decir: «He decidido creer que usted es incompetente. Es el mensaje que me ha transmitido y yo he decidido creérmelo, lo cual es irreverente para con la verdad. En el fondo, aquí no hay ninguna verdad. La cuestión de si es competente o no

es secundaria; es parte de una relación. Usted me ha convenido y yo he decidido creerle; por tanto, seré irreverente ante mis colegas que creen en la terapia sistémica». También es irreverente decir: «Creo que usted es incompetente; pero, en realidad, su incompetencia no es más que un mensaje que usted me emite».

El trabajo en equipo permite utilizar la resonancia entre la experiencia del terapeuta y lo que sucede en la familia. Sin embargo, el equipo de observación es un lujo del que muchos terapeutas no disponen. El terapeuta que trabaja solo necesita estar atento a su propio malestar cuando se siente estancado. La falta de progreso suele deberse a que se ha detenido en el contenido sin atender al proceso. También puede ser que su reverencia por su propio prejuicio le impida contemplar la situación bajo otras perspectivas. O quizás obedece en demasía a las reglas de su contexto de trabajo.

Con el tiempo, los terapeutas descubren los modos en los que se manifiesta su incomodidad. Algunos sufren dolor de espalda o migrañas; otros, ansiedad. Algunos sueñan que sus pacientes faltan o dudan de haber elegido la profesión correcta, y así sucesivamente. El terapeuta puede entender cualquier síntoma como un indicio de que necesita ayuda. Tenemos la seguridad de que todo psicólogo conoce al menos un colega con quien puede comentar un caso, estudiar una grabación o un vídeo, o fijar una sesión conjunta. De nuestra experiencia se deduce que no se requiere demasiado tiempo o esfuerzo para detectar el patrón improductivo que aprisiona al terapeuta. Tales patrones suelen ser similares. Por ejemplo, puede que se desee controlar demasiado al paciente y que éste, por consiguiente, se salga de control. O puede que se intente enseñar en demasía y que el paciente pierda el paso.

LA MUJER QUE NO PODÍA ABANDONAR LA TERAPIA

Una pareja recibió el alta tras dos años de terapia. Poco después, la mujer llamó para pedir una cita, a la que asistió, aparentemente, sin tener nada que decir. El terapeuta la consideró una sesión de seguimiento. Seis meses después, la mujer volvió; no tenía problemas pero quería charlar. Lo mismo pasó a los seis meses, y luego seis meses más tarde. El terapeuta se sentía inquieto por el caso, así que le pidió permiso para invitar algunos colegas a la sesión; la mujer aceptó. El terapeuta llamó a sus estudiantes de primer año y les pidió que buscasen alguna explicación para este patrón de terapia crónica.

A los diez minutos de sesión, los estudiantes llamaron al terapeuta: habían llegado a una conclusión. La conducta del terapeuta, la forma en que trataba a la pareja, en que les daba la mano, sus expresiones faciales y sus posturas indicaban a las claras que sentía compasión por ellos, sobre todo por la mujer. A causa de esta empatía fundada en la lástima, la terapia no podía concluir. El terapeuta expresó su acuerdo, pasmado por su incapacidad para detectar este patrón. Los puntos ciegos no siempre se deben a la represión, a los problemas familiares sin resolver o a cualquier otra razón psicológica. La amplitud de miras del terapeuta depende del lugar que ocupe en el sistema. En nuestra cultura es fácil que se considere a una persona sensible sin percatarse de que la sensibilidad puede devenir en pena, lo cual genera una actitud poco respetuosa para con el cliente (en la jerga profesional, se habla de una connotación negativa). Y la connotación negativa es un adhesivo que mantiene a la gente aglutinada.

Es más: a veces, cuando nos ha parecido apropiado, hemos sugerido a los padres que no dejaban marchar a sus hijos

que los insultasen ligeramente con el fin de dificultar su partida. No cabe duda de que los padres han ido refinando el arte de insultar a los hijos a lo largo de millones de años. El insulto terapéutico es un cuchillo de doble filo: si es demasiado descarado, los clientes se marchan ¡y el terapeuta se queda sin trabajo!

LA JOVEN TERAPEUTA AMARGADA

Una de las internas de un gran hospital estudiaba en una universidad de corte psicodinámico; se esperaba que completase su entrenamiento por medio del trabajo clínico psicoanalítico. Un día, uno de los autores la sorprendió sentada en su oficina con expresión de desaliento. El psicoanalista que la había estado supervisando desde hacía cuatro meses le había comunicado su evaluación antes de enviarla a la universidad. Según el informe, la estudiante era incapaz de comprometer a los clientes con una terapia de largo plazo orientada al autoconocimiento. Muchos de sus casos habían terminado satisfactoriamente a las cuatro o seis sesiones. Esto sugería, desde el punto de vista del supervisor, que la terapeuta no podía entablar con sus pacientes el tipo de relación de largo alcance que permite la comprensión y la elaboración de la psicopatología.

La terapeuta se sentía herida y confusa; estaba pensando en dejar su carrera universitaria. El autor, corriendo el riesgo de invadir el terreno del otro supervisor, decidió compartir con ella un relato con la esperanza de ayudarle.

Le dijo que parecía haber desarrollado intuitivamente la habilidad para trabajar en terapia breve. No obstante, necesitaba una acreditación profesional, lo cual implicaba terminar su carrera y seguir con su supervisor. El autor le sugirió

que aprendiese el modelo psicodinámico, que muchas personas (y muchos pacientes) consideran valioso y que serviría como manantial de ideas a lo largo de su vida profesional. Por otra parte, debía conservar esta habilidad intuitiva para ayudar a la gente sin crear dependencia porque este raro don permite un tipo de psicoterapia mucho más sofisticado que la psicodinámica. Por todo esto, la terapeuta debía fiarse de su supervisor y de su teoría durante los próximos dos años.

Este relato es un ejemplo de lo que hemos llamado *certeza temporal*. Para completar (¿o deberíamos decir sobrevivir?) su período formativo, la estudiante decidió creer en él transitoriamente. Luego podría recuperar su talento para la terapia breve.

ANOREXIA TEMPORAL DE UNA ESTUDIANTE

Una estudiante trataba con una pareja de mediana edad a cuyas hijas había pedido que abandonaran la sesión. Una de ellas tenía 17 años y sufría una anorexia que había empezado a aminorar. El grupo de supervisión creía que la pareja estaba tan preocupada por las chicas que no les quedaba tiempo para sí mismos.

La terapeuta comenzó a hacer preguntas de rutina: «¿Qué harán cuando sus hijas se independicen?», «¿Cómo se verá afectada su relación?», etc. Los padres parecían estar de acuerdo con la terapeuta en que sus vidas se quedarían vacías sin sus hijas. Pero entonces el padre reveló que había planeado llevar a la madre a la ópera la semana siguiente y que esperaba disfrutarlo. La terapeuta comentó: «No creo que lo haga. Ustedes están tan acostumbrados a ser padres que no me los imagino pasándolo bien sin sus hijas». El equipo de

observación comenzó a preocuparse. Poco después, la madre contó que había ido de compras con su marido el día anterior y que casi se habían divertido. La terapeuta volvió a protestar: «No pienso que se hayan divertido. ¡Sería la primera vez!».

El equipo intervino pidiendo a la terapeuta que pasara detrás del espejo para describir cómo se sentía de cara a la pareja. «Se están burlando de mí», replicó. «No tienen nada en común: están tratando de demostrarme que pueden funcionar sin las niñas. Pero sé que no es cierto.» Continuó hablando sin parar durante cinco minutos. Cuando le tocó el turno al equipo, uno de sus miembros comentó: «Está claro que nuestra colega ha tomado el lugar de María, la hija anoréxica, quien siempre se inmiscuye en la vida de los padres cuando éstos tratan de hacer algo por su cuenta».

Estupefacta con esa observación, la terapeuta abandonó la habitación sin hacer ningún comentario. A los pocos minutos se presentó en el consultorio y dijo: «Mis colegas me han señalado que me he comportado como María al dudar de que ustedes puedan ser felices sin ella. Me gustaría pedirles que diéramos esta sesión por terminada: tengo miedo de que me vuelva a ocurrir. La tentación es más fuerte que yo; necesito tiempo para superarla». Los padres se pusieron en pie, sonriendo; abrazaron a la terapeuta y se marcharon acotando: «Déle nuestros saludos a sus amigos que están detrás del espejo».

Un mes más tarde regresaron, otra vez solos, y entablaron una animada conversación con la terapeuta, que se veía serena y ecuánime. El diálogo reveló hechos muy interesantes. Descubrimos, para nuestra sorpresa, que sus vidas eran mucho más ricas de lo que habíamos creído. Entonces nos hicimos una inquietante pregunta: ¿quién había cambiado: la pareja o la terapeuta?

5. ALGUNAS IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Cuando el hombre no puede olvidar, pierde todo su valor.

KIERKEGAARD, *Enten-Eller*

La investigación no sirve para encontrar la verdad. Pensamos que ningún esfuerzo permite atrapar la esencia de la psicopatología o el sufrimiento humano; lo cual no impide que la investigación facilite la construcción de hipótesis.

Uno de los aparentes peligros del pensamiento posmoderno es la idea de que, como ninguna teoría puede ser «verdadera», todas pierden su valor. El posmodernismo sostiene que hemos de cuestionarlo todo. Por nuestra parte, la lógica de la investigación científica nos parece tan valiosa como cualquier otra lógica o creencia. Lo importante no es saber si es cierta, sino si puede emplearse en la terapia.

La realidad es una experiencia organizada, que se refuerza a sí misma y con la que tenemos que tratar a diario (sin importar si la hemos creado o si existe con independencia de nosotros). Sea como fuere, se trata de nuestra realidad: la que podemos describir por medio de patrones, de reglas, de repeticiones.

Al encauzar la investigación o al estudiar los hallazgos de otras investigaciones ya existentes, podemos hacer uso de esos «hallazgos» a modo de hipótesis cuidando de llevar tales «hallazgos» hasta el extremo de que no tratemos de que la familia se ajuste a una proclamada «verdad» fruto de la investigación. Disponemos de la libertad de contemplar cada ha-

llazgo como una idea útil y, al mismo tiempo, desecharlo si no se ajusta a una familia o un cliente.

Pensemos en un terapeuta que trabaja en un contexto tradicional; por ejemplo, un albergue para mujeres maltratadas cuyos profesionales disponen de todas las estadísticas existentes sobre ese problema. Supongamos que una de las pacientes sufría abusos sexuales por parte de su padre, que, a su vez, los había padecido a manos del suyo. Supongamos que todos tienen afición a la bebida y que un médico les ha diagnosticado alcoholismo. Así pues, a juzgar por las estadísticas, lo más probable es que esta paciente no sólo sea una mujer maltratada, sino además una alcohólica y una pedófila en potencia. He aquí un paradigma «empírico» que puede convertirse en un modelo popular de trabajo con incesto. Por desgracia, en la mayor parte de los casos, los terapeutas olvidan que los hallazgos de investigación son meras hipótesis o generalizaciones; tienden a aceptarlos como «verdades» surgidas de una revelación casi divina, algo que no puede ser cuestionado.

Imaginemos un terapeuta que trabaja con la misma población, que no está al corriente de las últimas investigaciones y que jamás emite diagnósticos como alcohólico o maltratador. Seguramente sus colegas, versados en las narrativas científicas, lo considerarán incompetente, a pesar de su probada habilidad para tratar con estos casos.

¿Cómo podemos emplear estos datos empíricos desde una postura irreverente? Quien cree a pies juntillas en una verdad corre el riesgo de incurrir en una profecía autocumplidora. Es peligroso fiarse demasiado de las estructuras de investigación, por seductoras que sean (sobre todo cuando la institución para la cual se trabaja las valora). Pero también es peligroso dejarse llevar por el miedo a no ver personas, sino sujetos, a enamorarse de una teoría y huir, por tanto, de toda investigación.

El peligro no está en investigar, sino en dejar que los resultados de un estudio bloqueen otras formas de pensar. Si, en plena sesión, se descubre que los abuelos de un paciente eran alcohólicos, el terapeuta tendrá buenas razones para suponer que el paciente también lo es. Puede que comience a tratarlo como un alcohólico potencial y que esto le impida verlo bajo otro prisma. En consecuencia, sólo se interesará por los hechos que confirmen su hipótesis y mostrará escasa curiosidad por otras facetas del paciente. Con la cabeza llena de prejuicios estadísticos terminará co-construyendo una patología que ni siquiera existía.

Pensemos en otro ejemplo. Margaret Hoopes y James Harper (1987) han escrito varios libros de buena calidad acerca del orden de nacimiento de los hermanos; sus investigaciones demuestran que los niños mayores, intermedios o menores presentan ciertos patrones conductuales uniformes. Son libros que cualquier terapeuta encuentra fascinantes; pero esta fascinación puede moverlo a caricaturizar a sus clientes. Son las familias, y no las estadísticas, quienes asignan roles a los hijos (por más que un guión particular se repita numerosas veces). Hemos de aquilatar el valor de las investigaciones, pero no erigirles un altar.

Hay dos tipos básicos de investigación: cuantitativa y cualitativa. Muchos estudios cuantitativos siguen la misma lógica: por ejemplo, en relación con el alcoholismo, se analiza el número de niños alcohólicos cuyos padres también lo son; en cuanto al incesto, la proporción de niños que han sufrido abusos y se vuelven abusadores, etc. Cabe recordar, al leerlos, que mucha gente no se convierte en alcohólica o abusadora. Nuestro interés se vuelca hacia las excepciones que *siempre* existen y que son tanto o más importantes.

Hay, por otro lado, investigaciones cualitativas que describen, por ejemplo, los patrones relacionales predominantes

en una organización familiar dada (como las familias monoparentales). Así se resalta la creación de relaciones pseudomaritales entre un padre y una hija, o el vínculo entre la conducta impulsiva de los niños y la distribución de la responsabilidad parental en las familias reconstituidas.

Cabe señalar que ambos tipos de estudio pueden servir para inventar y confirmar hipótesis.

El terapeuta que, aparte de su entrenamiento en investigación, ha aprendido a mantener una postura levemente irreverente puede idear investigaciones muy sugestivas. En lugar de reparar en qué aspectos de sus clientes corroboran los estudios más recientes, puede fijarse en cuáles los desobedecen, esto es, en las excepciones. Puede decir a un alcohólico: «Las estadísticas indican que usted debería ser alcohólico. ¿Cómo es que no es así?». O: «¿Qué se siente al tener tantos expertos prediciéndole que se convertirá en un alcohólico empedernido? ¿O en un violador?». O: «Según usted, ¿cuánto debería fiarme de estas investigaciones?». O: «¿Es usted fiel al Estado y a la cultura dominante?». Así, el paciente se interesa por los detalles que contradicen la teoría en lugar de dejarse determinar por la ley de los grandes números, que no tiene nada que ver con los individuos que acuden a terapia.

Con frecuencia, la irreverencia implica ir a contracorriente, y no por llevar la contraria, sino para tener la libertad de contemplar facetas de las familias que las investigaciones no destacan (por ejemplo, sus recursos, su capacidad adaptativa, etc.). En este sentido, sentimos enorme curiosidad por las excepciones a los datos predominantes que informan nuestra labor. Lo mismo ocurre con terapeutas como John Weakland (1989), Steve De Shazer (1982) y Michael White (1989).

Pero no por ser irreverentes hemos de tomar los datos empíricos a la ligera. Mucha gente dedica su vida a estudiar los

sistemas familiares: sus hallazgos merecen ser considerados como fuentes de nuevas hipótesis, no sólo como constructos de un investigador.

La investigación tradicional permite hacer generalizaciones acerca de la totalidad de la población; pero dice muy poco de los casos particulares. No obstante, es un recurso idóneo para analizar el contexto cultural de las familias.

Nos encantaría encontrar más estudios sobre casos que desmienten una tendencia. En otras palabras: necesitamos considerar más cuidadosamente lo que ocurre en familias de padres alcohólicos con hijos no alcohólicos; en familias en las que los padres carecen de educación básica, se dan a la bebida y, con todo, el hijo termina por entrar a Harvard. Pensamos que este tipo de investigación nos permitirá entender más a fondo la organización de las familias. Por su propia naturaleza, la investigación tradicional simplifica los complejos sistemas familiares abstrayendo sus caracteres comunes y predecibles.

Supongamos, por ejemplo, que el 80% de los hijos de los alcohólicos devienen alcohólicos y que, muy probablemente, quien asiste a nuestra consulta forma parte de ese 80%. El terapeuta que está convencido de esto se lo transmite a sus clientes aunque sean abstemios. Tendemos a olvidar el 20% restante: no se escriben estudios sobre ellos, así que prácticamente no existen. No es fácil tener en cuenta las desviaciones sobre el promedio. Debemos tener presente que, de acuerdo con la posición constructivista, siempre intentamos confirmar nuestras creencias.

Gran parte de la investigación actual se basa en la estadística: «¿Cuánta gente sufre de tal y tal síndrome?», «¿En qué se parecen sus antecedentes familiares?», etc. Nos gustaría proponer inquietudes del estilo de: «¿Cómo es que muchos hijos de familias supuestamente disfuncionales gozan de bue-

na salud?», «¿Qué patrones relacionales de las así llamadas familias multiproblemáticas permiten que los hijos salgan relativamente indemnes?». Así se obtendrían indicios sobre qué aspectos del sistema familiar conviene fortalecer. De esta manera se estudiaría lo que en teoría sistémica se ha llamado «multifinalidad y equifinalidad»: ¿cómo es que personas con antecedentes parecidos terminan siendo tan distintas? ¿Cómo es que otras de antecedentes diferentes desarrollan los mismos problemas?

Nos gusta estudiar las excepciones, los anticonformistas, los que, aunque abusen del alcohol o sufran crisis psicóticas, demuestran una extraordinaria capacidad en otras facetas de sus vidas. Las mejores investigaciones en el ámbito de las excepciones suelen ser las biografías, pues contextualizan los eventos inesperados. Por ejemplo, el novelista William Faulkner solía quedarse en vela bebiendo y tuvo varios romances, lo cual no le impidió ser uno de los escritores más importantes de Estados Unidos. O Winston Churchill, que rompía todas las normas de urbanidad en lo que a alcohol, comida o tabaco se refería y cuya vida fue sumamente larga y fructífera.

Se podría criticar esta propuesta alegando que la principal preocupación de los terapeutas debe ser la «patología»; después de todo, cobramos por ayudar a la gente a librarse de ella. Sin embargo, hay que recordar que la «patología» es una construcción nacida de la interacción entre los mitos, prejuicios y creencias de una cultura sobre lo saludable y lo enfermo, lo bello y lo feo, lo bueno y lo malo, y la lucha de una persona por sobrevivir y adaptarse a estos criterios contrapuestos. Evidentemente, el terapeuta se encuentra en el lugar idóneo para co-construir una «patología» y también para disolverla. Tanto sus prejuicios y convicciones como los del cliente determinarán el contenido de la construcción.

UN EJEMPLO

Uno de los autores llevó a cabo una investigación en Milán con el objeto de comprobar si el uso de las preguntas circulares, con exclusión de cualquier otra técnica, bastaba para modificar los patrones de conducta de una familia. Los estudiantes de la escuela de terapia sistémica de Milán se pusieron en contacto con tres hospitales públicos cercanos (cada uno capaz de albergar a veinte internos y de atender a muchos más en régimen ambulatorio) y preguntaron a los administradores si podían contar con su ayuda. El resultado fue mejor de lo previsto: no sólo estuvieron dispuestos a colaborar, sino que además se ofrecieron a financiar el proyecto. Se escogió al azar a veinte pacientes, de entre 18 y 25 años, diagnosticados de esquizofrenia desde hacía al menos dos años y que apelaban constantemente a los servicios de salud pública. Habían recibido tratamientos psicológicos y farmacológicos; algunos, hasta terapia grupal, individual o familiar.

Era necesario planear cuidadosamente la manera en que se explicaría la investigación al personal y a los clientes. Por ejemplo, decíamos a los psiquiatras: «¿Está usted dispuesto a que este paciente forme parte de nuestra investigación?». Lo mismo con las familias: «Nuestro estudio pretende descubrir, mediante una serie de preguntas sencillas, por qué una persona determinada de una familia se convierte en paciente psiquiátrico». Hicimos hincapié en que se trataba de una investigación y *no* de una terapia; no era nuestro interés ayudar a nadie. Sólo deseábamos investigar; y necesitábamos su cooperación para responder a nuestras preguntas.

Se pidió a un grupo de peritos en expresión de las emociones (*expressed-emotion research*, EER: técnica e instru-

mento para medir la afectividad de las familias o los individuos) que entrevistaran a las familias al principio, a la mitad y al final del proyecto. Según nuestro cronograma, la investigación iba a durar seis meses, con una sesión mensual para cada familia. Los peritos entrevistaron a un grupo control de veinte familias con diagnósticos similares que no participaban del estudio. No hubo ningún contacto entre estos peritos y los investigadores a lo largo del experimento.

Dado que no les ofrecíamos terapia ni remuneración alguna, hubiera sido natural que las familias se opusiesen. Por el contrario, para nuestra sorpresa, sólo una se negó; las demás se mostraron muy bien dispuestas. Tal vez, cansadas de tanta terapia, la investigación se les antojaba una especie de vacaciones; o quizá temían represalias por no cooperar con la institución de la que dependían. También los investigadores disfrutaron de su trabajo, acaso porque no había necesidad de buscar una mejoría, de idear hipótesis y proyectar intervenciones. A los 45 minutos, cuando la ronda de preguntas circulares llegaba a término, cerraban las sesiones con una simple frase: «Hasta dentro de un mes».

Las preguntas seguían el modelo clásico de la escuela de Milán; por ejemplo:

1. ¿Quién se lleva mejor con quién?
2. ¿En qué se alteró la relación entre el padre y la madre cuando el paciente se volvió esquizofrénico?
3. ¿Qué cambios creen que ocurrirían si decidieran mejorar?
4. ¿A quién le perturbaría más una mejoría?
5. Si tu hermana estuviera en tu lugar, ¿qué ocurriría?

Los terapeutas trabajaban en parejas: uno atendía a la familia mientras el otro observaba detrás del espejo unidirec-

cional, con el fin de impedir que el primero incurriese en interpretaciones, sugerencias o ritualizaciones. Esto era lo más difícil: los investigadores descubrieron que la tentación de *hacer algo* «terapéutico» era casi irresistible.

A mitad del proyecto, en una reunión del equipo, los entrevistadores manifestaron su frustración porque no se les permitía ayudar a las familias. El supervisor trató de convencerlos de que se apegaran a la mecánica no directiva del proyecto. Pero, al final, se hizo evidente que esta regla de oro había sido quebrantada unas cuantas veces. Uno de los estudiantes, por ejemplo, dijo a una familia: «Si esto no fuese un mero proyecto de investigación, me tomaría la libertad de sugerirles lo siguiente» (aquí expuso sus consejos), «pero, por favor, no lo hagan, porque esto no es una terapia, sino sólo una investigación». De esta forma, los envolvió en una típica intervención paradójica.

El resultado fue una espectacular reducción en la tasa de recaídas y hospitalizaciones de los pacientes esquizofrénicos: 62% menos que en el grupo control. Además, la expresión emocional del grupo experimental se redujo significativamente. La proporción de abandono fue de un 5% en el grupo experimental y de un 25% en el de control.

Este estudio nos enseñó que es muy complicado para el clínico saber cuándo hace terapia y cuándo investigación. Siempre que habla con un cliente está observando los efectos de sus acciones y comparándolos con su acervo de conocimientos. Desde este punto de vista, todas sus intervenciones son una forma de investigación. Pero, en cuanto interactúa con un sistema humano, se ve obligado a construir junto con él una realidad distinta. Siempre, por tanto, actúa como terapeuta. ¿Es que habíamos hecho trampa? ¿Fue una terapia disfrazada de investigación? ¿O una investigación disfrazada de terapia?

6. CONCLUSIONES ERRÁTICAS

¿Cómo es que se puede aprender en diez minutos todo lo que hay que saber sobre la Nebulosa del Cangrejo, que está a seis mil años luz, mientras que se necesita toda una vida para comenzar a comprenderse a uno mismo?

WALKER PERCY, *Lost in the Cosmos*

Al echar una ojeada al camino que hemos recorrido nos sorprende descubrir cuán conservadora es la idea de irreverencia en realidad. A veces, en medio de estos mares tormentosos, ansiamos la seguridad de los puertos levantados por nuestros antecesores.

Ahora, al final del camino, deseamos dedicar unas palabras a honrar a esas personas brillantes y creativas de las que tanto hemos aprendido. Para empezar, a Gregory Bateson y sus maravillosos relatos: nadie tan sabio como él. A Don Jackson, cuyas ideas animan no sólo nuestra teoría, sino toda la terapia familiar de la que fue cofundador. A Harry Stack Sullivan, el casi olvidado creador del pensamiento interpersonal, el primero en reconocer que somos, ante todo, humanos, la fuente de la que tantos hemos bebido. A R. D. Laing, con su honestidad a toda prueba y la habilidad de detectar las ataduras en las que nos metemos sin advertirlo. A Frieda Fromm-Reichmann, figura desconocida pero extremadamente importante de la prehistoria de la terapia familiar. A Milton Erickson, con su inalterable convicción de que la gente puede cambiar. A Jay Haley, que aún aviva la

llama de la teoría estratégica a pesar de los fuertes vientos del movimiento narrativo. A Harry Goolishian, que pasmó a los terapeutas familiares al recordarles que antes de imponer soluciones se debe atender a las personas. A Mara Selvini Palazzoli, con su increíble fe en el poder de la terapia y su invariable convicción de que el ser humano es un animal de estrategias. A John Weakland, cuya perspicacia y pericia conceptual nos ayudaron a comprender las profundas y travesías implicaciones del axioma «una cosa lleva a la otra». Y a Lynn Hoffman, capaz de sintetizar cantidad de complejas ideas en unos pocos párrafos sencillos y controvertidos.

Como suele ocurrir cuando las conversaciones más interesantes llegan a término, nos viene a la cabeza una última noción: la oscilación, el movimiento pendular que muchos experimentamos a lo largo de nuestra carrera entre el cinismo más arraigado (frente a, por ejemplo, la psiquiatría biologicista) y la confianza casi cándida en el poder mágico de la estrategia terapéutica. Nuestra perspectiva intenta alcanzar un equilibrio, evitando tanto la ingenua suposición de que podemos curar todos los problemas como el cínico mito de que todo está perdido. Y este equilibrio nos brinda la libertad de actuar, de sobrevivir, quién sabe cómo, a las catástrofes y a los desengaños que sobrevienen cuando se afrontan las tragedias de la vida, de seguir adelante sin perder la esperanza, de reírse de situaciones absurdas e impensables, de fortalecer nuestro entusiasmo y nuestra pasión sin importar los fracasos. Para compartir nuestros secretos de supervivencia hemos escrito este libro.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, H. y H. Goolishian, «Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about implications for clinical theory», *Family Process*, nº 27, 1988, págs. 371-393.
- «Beyond cybernetics: Comments on Atkinson and Heath's "Further thoughts on second-order family therapy"», *Family Process*, nº 29, 1990, págs. 157-163.
- Bateson, G., *Steps to an Ecology of Mind*, Nueva York, Jason Aronson, 1972 (trad. cast.: *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Lumen, 1997).
- Cecchin, G., «Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity», *Family Process*, nº 26, 1987, págs. 405-413.
- Cox, H., *The Feast of Fools*, Nueva York, Harper, 1969 (trad. cast.: *Las fiestas de locos*, Madrid, Taurus, 1983).
- De Shazer, S., *Brief Ecosystemic Family Therapy*, Nueva York, W. W. Norton, 1982 (trad. cast.: *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*, Barcelona, Paidós, 1996).
- Elkaim, M., *If You Love Me, Don't Love Me: Constructions of Reality and Change in Family Therapy*, Nueva York, Basic Books, 1990 (trad. cast.: *Si me amas, no me amas: psicoterapia con enfoque sistémico*, Barcelona, Gedisa, 1997).
- Fromm-Reichmann, E., *Principles of Intensive Psychotherapy*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950 (trad. cast.:

- Principios de psicoterapia intensiva*, Buenos Aires, Hormé, 1989).
- Gadamer, H., *Philosophical Hermeneutics*, Berkeley, CA, University of California Press, 1987 (trad. cast.: *Verdad y método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, Salamanca, Sigueme, 1997).
- Gergen, K., *The Saturated Self* Nueva York, Basic Books, 1991 (trad. cast.: *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Barcelona, Paidós, 1997).
- Goldner, V., «Generation and gender: Normative and covert hierarchies», *Family Process*, n° 27, marzo de 1988, págs. 17-31.
- Haley, J., *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson*, Nueva York, Grune and Stratton, 1967.
- Hoffman, L., «A constructivist position for family therapy», *The Irish Journal of Psychotherapy*, vol. 1, n° 9, 1990, págs. 110-129.
- Hoopes, M. y J. Harper, *Birth Order and Sibling Patterns in Individual and Family Therapy*, Rockville, MD, Aspen, 1987.
- Jackson, D., «The Sick, the Sad, the Savage, and the Sane», documento presentado a la Society of Medical Psychoanalysts and Department of Psychiatry como discurso académico anual, New York Medical College, 1963.
- Keeney, B., «Not pragmatic, not aesthetic», *Family Process*, 1982, págs. 429-434.
- , *Aesthetics of Change*, Nueva York, Guilford Press, 1983 (trad. cast.: *Estética del cambio*, Barcelona, Paidós, 2001).
- Keeney, B. y J. Ross, *Mind in Therapy*, Nueva York, Basic Books, 1985 (trad. cast.: *Construcción de terapias familiares sistémicas: «espíritu» en la terapia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1987).
- Laing, R., *Wisdom, Madness and Folly: The Making of a Psychiatrist*, Nueva York, McGraw-Hill, 1985.
- Lañe, G. y T. Russell, «Neutrality vs. social control: Systemic approach to violent couples», *Family Therapy Networker*, vol. 11, n° 3, 1987, págs. 52-56.

- Lane, G. y A. Schneider, «A therapeutic ritual of respect», *Zeitschrift für Systemische Therapie*, n° 8, 1990, págs. 103-108, también en *Journal of Family Therapy*, vol. 12, n° 3, 1990, págs. 287-294.
- Maturana, H. y F. Varela, *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*, Dordrecht, D. Reidl, 1980.
- Paglia, C., *Sexual Persona*, Cambridge, MA, Yale University Press, 1989.
- Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata, *Paradox and Counterparadox*, Nueva York, Jason Aronson, 1978 (trad. cast.: *Paradoja y contraparadoja*, Barcelona, Paidós, 1998).
- Prigogine, L. e I. Stengers, *Order out of Chaos*, Nueva York, Bantam, 1984.
- Ray, W. A., «The interactional therapy of Don D. Jackson», *Zeitschrift für Systemische Therapie*, n° 9, 1991, págs. 2-25.
- , «Our future in the past: Lessons from Don D. Jackson son for the practice of family therapy with hospitalized adolescents», *Family Therapy*, vol. 19, n° 1, 1992, págs. 61-71.
- Sluzki, C., *The «Better-Formed» Story*, en G. Cecchin y M. Mariotti (comps.), *L'adolescente e i suoi sistemi*, Roma, Kappa, 1992.
- Sullivan, H. S., *The Collected Works of Harry Stack Sullivan*, Nueva York, W. W. Norton, 1953.
- Von Foerster, H., *Observing Systems*, Seaside, CA, Intersystems Publications, 1981.
- Weakland, J., entrevista personal con Wendel A. Ray, Palo Alto, CA, Mental Research Institute, 1989.
- Webster's New Universal Unabridged Dictionary*, 2ª ed., Cleveland, OH, Dorset and Berber, 1983.
- Whitaker, C., «The hindrance of theory in clinical work», en P. Guerin (comp.), *Family Therapy: Theory and Practice*, Nueva York, Gardner Press, 1976, págs. 154-164.
- White, M., *Selected Papers*, Adelaide, Dulwich Centre, 1989.

ÍNDICE ANALÍTICO Y DE NOMBRES

- Abuso sexual infantil, 31, 42-43, 86
- Alcoholismo, 86, 87, 88, 89
- Aldrich, N. W., 71
- Alien, W., 19
- Anderson, H., 24, 97
- Anorexia, 82
- Bateson, G., 23, 57, 71, 95, 97
- Boscolo, L., 99
- Boszormenyi-Nagy, I., 74
- Bowen, M., 21, 35, 74
- Carter, B., 74
- Casos, ejemplo de:
- anorexia temporal de una estudiante, 82
 - castigo como tratamiento, 42-43
 - chico que se comía sus heces, 54
 - chico superdesarrollado, 63-64
 - El sueño de una noche de verano, 44-45
 - dama homicida y terapeuta compasivo, 35-36
 - incesto entre madre e hijo, 65-66
 - joven terapeuta amargada, 81
 - madre incompetente, 77-78
 - muchacha catatónica, 57-58
 - mujer que no podía abandonar la terapia, 80
 - paciente famoso «pero no millonario», 55-56
 - pareja que carecía de pasión, 37-39
 - terapeuta inexperto, 75-76
 - terapeuta que se convirtió en padre, 41
 - vagabundo, 40
- Castro, E., 28
- Causalidad, naturaleza circular de la, 34
- Cecchin, G., 11, 12, 71, 97, 99
- Centrada en soluciones, terapia, 35
- Churchill, W., 90
- Cibernética:
- de primer orden, 15, 24, 71
 - de segundo orden, 15, 24, 71
 - terapeuta de orientación, 35
- Circulares, preguntas, 91, 92
- Cox, H., 11, 97
- De Shazer, S., 88, 97
- Deontología:
- definición, 26
 - ética, 26

Dualidad víctima/verdugo, 32,36

Elkaim, M., 97

Emociones, investigación en expresión de las (EER), 91

Epistemología, narrativa, 24, 71

Erickson, M.H., 21,95,98

Esquizofrenia, 91

Estratégica, teoría, 96

Familia:
— organización, 89
— sistemas de, 89
— terapia de, como «ciencia dura», 20

Faulkner, W., 90

Feminismo y violencia, 31-32

Feministas, terapeutas, 35

Formación de terapeutas, 71-83

Freud, S., 67

Fromm-Reichmann, E., 95, 97

Gadamer, H., 73,98

Genograma, 20

Gergen, K., 98

Goldner, V., 24,75,98

Goolishian, H., 24,25, 65, 96, 97

Greene, G., 51

Guardameta, 72

Guerin, P., 99

Haley, J., 74,95,98

Harper J., 87,98

Hoffman, L., 25,96, 98

Hombre y mujer, vínculo entre, 49

Hombres, vínculo entre, 33

Hoopes, M., 87, 98

Hospital psiquiátrico, irreverencia en el, 51

Incesto, 31, 33, 65-67, 75, 76, 77, 86

Instituciones, irreverencia en las, 51-69

Insulto terapéutico, 81

Interpersonal, pensamiento, 95

Intervención, 24-25

Irreverencia sistémica, 28

Jackson, D. D., 20, 71,95,98

Jones, J., 71

Keeney, B., 11-13,24,72,98

Kierkegaard, S., 85

Laing, R., 95, 98

Lane, G., 11, 12,71,98,99

Maturana, H., 24, 99

McGoldrick, M., 74

Milán, Escuela de Terapia Sistémica de, 35,58, 62, 91, 92

Minuchin, S., 74

Monoparentales, familias, 88

Movimiento narrativo, 96

MRI: Mental Research Institute, 35, 71

Narrativa:
— epistemología, 24, 71

— movimiento, 96

— terapeuta, 65

No-intervención, 24

Orden de nacimiento, relevancia del, 87

Paglia, C., 32, 33, 49, 99

Paranoia, 56

Pasión sexual y violencia, 34

Patriarcado, 33

Paul, N., 74

Pedofilia, 43,44

Pensamiento interpersonal, 95

Percy, W., 95

Prata, G., 99

Preguntas circulares, 91, 92

Prejuicio, 35,48, 72-75,77,79, 87,90

— entender el, 73

Prigogine, L., 68, 99

Primer orden, cibernética de, 15,24,71

Proyecto de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI), 71

Psicodinámico, modelo, 76, 81, 82

Ray, W. A., 11, 12,71,99

Ross J., 72,98

Russell, T., 98

Satir, V., 75

Schneider, A., 99

Segundo orden, cibernética de, 15,24,71

Selvini Palazzoli, M., 74, 96, 99

Sida, 22

Sistémica:
— irreverencia, 28
— terapia, 71

Sluzki, C., 99

Stengers, I., 68, 99

Sullivan, H. S., 95,99

Teoría estratégica, 96

Terapeuta:
— de orientación cibernética, 35
— feminista, 35
— narrativo, 65

Terapéutico, insulto, 81

Terapia familiar:
— como ciencia dura, 20
— sistémica, 71

Varela, F., 24

Venganza, 43, 48

Vínculo:
— entre hombres, 33
— hombre-mujer, 49

Violación, 33, 54
— venganza por, 43

Violencia doméstica, 31

Violencia:
— interpersonal, 31
— orientación sistémica, 34
— perspectiva feminista 31-32
— y pasión sexual, 33-34

Von Foerster, H., 24, 99

Weakland J., 30,74,88,96, 99

Whitaker, C., 26, 99

White, M., 24, 75, 88, 99