

Mitos y rituales: perspectivas antropológicas y su aplicación en terapia familiar estratégica

Onno van der Hart, Eliezer Witztum, Anna Voogt

Este artículo ha sido publicado en *The Journal of Psychotherapy*, 1989, por The Haworth Press, Inc.

Onno van der Hart está afiliada al Departamento de Psiquiatría, Hospital of the Free University, P. O. Box 7057, 1007 MB Amsterdam, Netherlands.

Eliezer Witztum está afiliada al Jerusalem Mental Health Center Ezrath Nashim, Jerusalem, Israel.

Anna de Voogt está afiliada al Dercksen Center for Mental Health, Amsterdam, Netherlands.

El mito es a menudo utilizado en terapia familiar como un sinónimo de creencia errónea o falacia que preserva una realidad distorsionada de la familia, y el concepto de ritual es por lo común limitado a prescripciones bien definidas de conducta. Los antropólogos, sin embargo, enfatizan las funciones positivas del mito y están de acuerdo en la naturaleza ceremonial y simbólica de los rituales. Al mismo tiempo, nos proveen de un sistema que relaciona los dos conceptos. Este escrito presenta tres teorías antropológicas de las funciones del mito que parecen relevantes para los terapeutas familiares, y da una definición de trabajo de ritual. Utilizando un caso como ejemplo propone un modelo bifocal de terapia familiar que conecta los dos conceptos a dos niveles de la cultura -es decir, su plano ideacional y su plano material-, y ayuda a integrar las intervenciones terapéuticas a los dos niveles.

Los antropólogos y los sociólogos generalmente están de acuerdo en que los mitos son narraciones sagradas (10). En terapia familiar, sin embargo, los mitos han sido percibidos de manera diferente. Ferreira (12) definió a los mitos familiares como una serie de creencias bien integradas, compartidas por los miembros de la familia, que tratan de cada uno de ellos y sus respectivas posiciones en la vida familiar. Estas creencias no son puestas en tela de juicio por los miembros de la familia a pesar de las distorsiones de la realidad que puedan claramente implicar. Ferreira y otros parecen utilizar "mito" como un sinónimo de creencia errónea o falacia, que preserva una realidad familiar distorsionada (4, 36, 42, 45). Se desprende, por lo tanto, que esas creencias erróneas deben ser corregidas. Una estrategia para alterar este tipo de sistemas de creencias organizadas, es la de utilizar prescripciones de rituales. En terapia familiar el concepto de ritual es

utilizado de maneras muy diferentes, pero -por desgracia-su naturaleza simbólica ha sido ignorada. Sin embargo, los antropólogos están de acuerdo con la importancia de la naturaleza ceremonial y simbólica de los mitos y los rituales. Nuestra finalidad en este escrito es desarrollar la importancia simbólica de los mitos y rituales y demostrar de qué manera pueden ser utilizados en la terapia familiar. Anderson y Bagarozzi (1) han realizado trabajos sobre este tema, así como también Laird (26) y van der Hart (54). Seltzer y Seltzer (39) han ofrecido además un sistema utilizando al mito y al ritual en la terapia familiar.

Un modelo bifocal de cultura familiar

En la antropología moderna los grupos sociales como tribus y familias son considerados como dos estructuras ínterrelacionadas: lo social y lo cultural (16). Tennekes (46) se refiere a ellos como el orden social y el orden simbólico. Seltzer y Seltzer (39) los designan como el plano material y el; plano ideacional de una cultura. La terminología lleva consigo la noción de que la forma en que la gente interactúa está determinada culturalmente.

El plano material de la cultura familiar se ve en la conducta observable de la familia (p. ej., rituales, modelos que se repiten). El plano ideacional, por otra parte, es inmaterial e inobservable (p. ej., creencias, valores y afectos compartidos, en su totalidad o en parte, por los miembros familiares). Provee el contexto para los mitos definiendo varias situaciones, indicando papeles de relación, permitiendo la expresión de ciertos sentimientos y opiniones y ofreciendo un consenso de significación a través del cual los miembros de la familia interpretan sus experiencias y establecen su conducta (16). El plano material consiste, en los términos de Geertz, en la forma que toma esta acción, la red propiamente dicha de relaciones sociales existentes. Ambos planos tienen su propia dinámica y se implican mutuamente. Estos dos planos se encuentran en mutua oposición, en una relación dialéctica y a menudo tensa entre sí (34, 46, 39).

Los mitos pertenecen al plano ideacional de la cultura, y los rituales al plano material. A causa de su naturaleza simbólica los rituales están también íntimamente conectados con el plano ideacional, por ejemplo, a la construcción de la realidad compartida por el grupo.

Perspectivas antropológicas y afines al mito

La cualidad narrativa del mito lo distingue de una idea general, o un conjunto de ideas, como una cosmología. Esta cualidad narrativa puede estar más o menos desarrollada. Waardenburg (57) distingue a los mitos explícitos, que son historias completamente desarrolladas, de los mitos implícitos, que consisten en elementos significativos, pero no completamente desarrollados, de una historia potencial. A pesar de que quizás no todos los antropólogos considerarían a los últimos como mitos, pensamos que la distinción de Waardenburg es valiosa para las familias y la terapia familiar, en donde los mitos implícitos son enfatizados con mayor frecuencia. Un ejemplo de lo que denominamos un mito familiar implícito se demuestra con la afirmación de una mujer refiriéndose a su marido: "Deberíamos prescindir de mi marido. El ya ha sufrido demasiado". Otro ejemplo se puede ver con la descripción del noviazgo de una pareja: "Nos conocimos en Auschwitz". En realidad, habían sido sus madres las que se habían conocido mientras estaban en Auschwitz, durante la Segunda Guerra Mundial.

La mayoría sostiene que su cualidad sagrada y la referencia a los orígenes y a las transformaciones distinguen a los mitos de las leyendas y de otro tipo de cuentos tradicionales. De acuerdo con este punto de vista, la mayoría de las narraciones que ofrecen los miembros familiares acerca de elementos fundamentales del proceso y la estructura familiar no podrían ser considerados mitos. Sin embargo, aceptando la cualidad narrativa del mito, Kirk (22, 23) concluye (en una revisión crítica de la literatura que trata de los mitos y su formación) que no hay una sola definición de mito. Los mitos difieren ampliamente en su significado y en sus funciones sociales. Kirk no está de acuerdo con la definición de mito como narraciones sagradas, porque no todos los mitos se relacionan con dioses y/o religión. El piensa que las narraciones orales tradicionales constituyen la única base segura para una amplia definición del mito. De acuerdo con esta orientación, limitaremos el concepto de mito familiar al de narraciones orales tradicionales compartidas, contadas por la familia y sus miembros acerca de la familia y sus miembros.

Teorías

Teorías acerca de las funciones de los mitos fueron propuestas en épocas tan antiguas como en el siglo VI a. C. Diversas disciplinas han enfatizado diferentes significados y funciones, y estas teorías a menudo tienen puntos en común y se complementan entre sí (19). Cohen (5) identificó siete explicaciones teóricas para el desarrollo del mito. Tres de ellas son particularmente relevantes para el trabajo con familias. Estas son: 1) los mitos sirven para explicar los fenómenos inexplicables; 2) los mitos se desarrollan para crear y mantener la solidaridad social y la cohesión del grupo; 3) los mitos se originan para legitimizar instituciones y prácticas sociales.

Modificaciones de los mitos

Cuando ocurren cambios en instituciones y prácticas sociales -es decir, en el plano material de la cultura- y los mitos que legitimaban el previo estado de cosas ya no cuadran, de acuerdo con van Baaren (52), el mito no desaparecerá. Por el contrario, para prevenir la pérdida de la función o la completa desaparición, el mito será cambiado de tal manera que permita su manutención. De manera que el mito es adaptado a la nueva situación, armado para soportar un nuevo desafío.

Un ejemplo intrigante que da van Baaren concierne a Tahití; cuando aún estaba gobernada por reyes. El cambio de dinastías era usual, y, a causa de que las casas nobles pretendían descender de los dioses, sus genealogías eran importantes para legitimar sus pretensiones al trono. Había ciertos mitos que eran recitados por los sacerdotes en los festivales importantes. Era de suma importancia que esto fuese hecho sin el menor error. Cualquier sacerdote que se equivocara podía ser ejecutado. De esta manera el mito se preservó intacto. Cuando las dinastías cambiaron, sin embargo, el mito "tradicional" existente ya no estaba de acuerdo con la nueva situación política. Entonces los sacerdotes tuvieron que hacer pequeños y discretos cambios cada vez que recitaban el mito, hasta que su texto estuvo completamente adaptado a la nueva situación. Oficialmente, el mito no fue cambiado. Van Baaren concluye que una característica fundamental del mito es su tendencia a cambiar en vez de desaparecer. Cuando existe conflicto entre la realidad mítica y la del mundo, es más frecuente que el mito sea el que cambie.

Esta última afirmación puede resultar reconfortante para los terapeutas familiares, quienes se enfrentan frecuentemente con conflictos análogos. Sin embargo, deberían también tener en cuenta que estos mitos tradicionales fueron modificados sutilmente a través del tiempo y nunca confrontados en forma directa. Las familias que inician terapia normalmente no han hecho modificaciones (p. ej., el joven adulto que deja la casa) en el plano material de su cultura. Para hacer esto están experimentando una presión interna o externa al sistema. Creemos que estas familias en el inicio intentan resolver estos problemas del desarrollo refugiándose en mitos familiares ya existentes que explican y protegen el estado de cosas amenazado. Esta situación explica la resistencia que manifiestan cuando se enfrentan con ataques directos a un mito predominante.

Conclusión

Las tres perspectivas teóricas que se detallaron anteriormente se pueden ver como enfatizando diferentes funciones del mito. Algunos mitos tienen más que ver con la explicación de fenómenos inexplicables, mientras que otros pueden estar dirigidos primariamente a mantener la solidaridad del grupo, o a legitimar prácticas e instituciones sociales. Los terapeutas familiares deben conocer lo más posible el propósito de un determinado mito familiar y darse cuenta de que lo más probable es que no desaparezca. Lo mejor que se puede esperar es la modificación a través de medios indirectos.

Definición del ritual

Existe una gran riqueza de literatura antropológica sobre el ritual que puede resultar de considerable valor para los terapeutas familiares. El ritual es un fenómeno complejo. Tradicionalmente, los antropólogos se centraron en los rituales mágicos y religiosos de las llamadas "sociedades primitivas", en las cuales los ancianos se comunicaban con los dioses (11). Esta perspectiva se refleja en un ejemplo de la arbitrariedad en una definición contemporánea, la cual afirma que el ritual es "un sistema de ceremonias o procedimientos religiosos o mágicos, que con frecuencia tiene una forma y un vocabulario especial, y que usualmente se asocia con ocasiones o acciones importantes" (9).

Sin embargo, muchos antropólogos y sociólogos modernos están en desacuerdo con el carácter mágico-religioso exclusivo de los rituales y consideran a los rituales seculares igualmente importantes (3, 8, 32).

Otro problema con la definición de Drever es que ignora el aspecto simbólico del ritual, al que antropólogos como Tumer (49, 50, 51) y Tennekes. (47) consideran esencial. Ciertos actos rituales son actos simbólicos, que tienen un carácter expresivo. El mismo hecho de su existencia se deriva del "mensaje" que representan. Algunos de estos actos simbólicos consisten en la manipulación de símbolos. De modo que son acciones analógicas: la manera en la que uno trata al símbolo es análoga a la manera en que a uno le gustaría tratar lo que éste simboliza (44, 55):

El aspecto simbólico del ritual está también claramente ausente en la mayoría de las definiciones que proveen los terapeutas familiares.

Por ejemplo, Selvini Palazzoli (40) enfatizó la naturaleza prescriptiva de los rituales e ignoró su valor simbólico, a pesar de que éste está muy presente en sus casos-ejemplos. Uno de ellos trata de una familia en la cual la hija de dos años y medio se puso anoréxica

luego de que su hermanito bebé murió en el hospital. Ella no había sido informada de este hecho. Se dijo a los padres que tenían que informarla de su muerte y de su funeral y que, junto con ella, debían solemnemente enterrar la ropa del bebé en el jardín (41). Nuestra propia definición es un intento de incluir el aspecto simbólico. Para nosotros los rituales son prescriptos actos simbólicos que deben ser ejecutados en una cierta manera y en un cierto orden y no pueden ser acompañados de fórmulas verbales (54). Hoy agregaríamos que estos prescriptos actos simbólicos son partes centrales de complejos rituales, los cuales están "abiertos" a la improvisación y a la modificación (32, 47).

Mitos y rituales terapéuticos

Muchos autores creen que existe siempre una relación íntima entre mito y ritual (13, 15, 24, 28). De acuerdo con unos, el mito no es más que un vástago o proyección del ritual; de acuerdo con otros, el ritual no es más que una actuación subsecuente al mito. En el campo de la terapia familiar, Bagarozzi y Anderson (2) adoptan esta perspectiva.

Muchos mitos y rituales están por supuesto asociados. Sin embargo, existen también mitos que no están acompañados por acciones rituales y hay muchos rituales que no pueden verse como la representación de un mito (6, 22). En el área en donde muchos antropólogos encuentran normalmente una conexión cercana entre mito y ritual es en el dominio de la medicina (p. ej. los males y las desgracias) (24, 29, 49, 33). Durante el primer estadio del proceso de curación, las experiencias negativas del paciente son re-narradas en términos del mito. El mito dice cómo el accidente, el mal o la enfermedad se produjo, y por qué se mantiene. Es el medio a través del cual se expresan las enfermedades en una manera simbólica. El mito no es sólo una historia que explica qué fue lo que salió mal, sino que también señala el camino para restablecer el estado previo de salud de la persona.

En el segundo estadio el curandero representa los actos rituales, así como también otros miembros de la comunidad y el paciente. Estas acciones simbólicas disipan o transforman las imágenes negativas que habían sido narradas en la historia mítica original (33). Estos representan la transformación de las experiencias internas del paciente y de las relaciones sociales de las cuales él es un elemento integral. De modo que encontramos en el complejo del mito y el ritual de la curación todos los elementos y funciones del mito que mencionamos anteriormente: el elemento narrativo, la función explanatoria, la función de legitimar las prácticas sociales (es decir, el ritual de curación) y la función de fomentar la solidaridad social y la cohesión.

De acuerdo a Frank (14), la psicoterapia moderna está basada en un mito que incluye una explicación de salud y enfermedad, normalidad y desviación. En sociedades tradicionales el mito de curación es compatible con la visión cultural del mundo compartida por el paciente y el terapeuta; en general ésta es una visión religiosa del mundo. Los mitos terapéuticos modernos se distinguen de los mitos tradicionales en que son seculares y fragmentarios. No hacen ninguna referencia a tiempos prehistóricos y los seres sobrenaturales no juegan ningún papel en ellos. Los terapeutas estratégicos casi siempre procuran adaptarse a la visión del mundo de la familia.

Unos pocos autores afirman que la psicoterapia moderna puede, por sí misma, ser vista como un ritual (43,7). La terapia familiar ha

sido descrita como un ritual transicional para la familia (25). Haley (17) ve el tratamiento de un adolescente que no puede irse de su casa como una ceremonia de iniciación. La perspectiva que defendemos aquí es que todas las intervenciones que haga el terapeuta deben ser hechas en los términos del mito terapéutico que éste ha construido a partir de los problemas presentados. Las actividades terapéuticas que los miembros familiares son requeridos a representar deben ser vistas como pasos hacia la transformación del mito. Es así que al representar un cierto ritual de transición, la familia está ahora haciendo correctamente la transición que intentaba hacer sin éxito, de un estadio del ciclo de vida al siguiente y de esa forma "restableciendo la vida normal" (48).

Hacia un modelo bifocal de intervenciones en la terapia familiar

Para poder incorporar los conceptos de mito familiar y mito terapéutico en un modelo de terapia familiar es necesario incluir el plano material y el plano ideacional de la cultura familiar, el sistema cultural familiar y los mitos terapéuticos del terapeuta. Al tratar familias que son relativamente abiertas al cambio, nos centramos en los cambios en el plano material, es decir, la modificación de los modelos de interacción propiamente dichos de la familia. Las intervenciones dirigidas al plano ideacional de la cultura familiar -principalmente re-encuadrar y re-nombrar-se ven como aditamento (27). Sin embargo, cuando se trata de familias severamente disfuncionales que están menos abiertas al cambio, dirigimos nuestras intervenciones - al menos en el estadio inicial del tratamiento - más hacia el plano ideacional de la cultura familiar. Sin tomar en cuenta el plano de cultura familiar que enfatizamos, entendemos que la terapia familiar se dirige siempre a ambos planos simultáneamente. A continuación proponemos el siguiente modelo de tratamiento, que no sólo incorpora técnicas de terapia familiar dirigidas a diferentes niveles sino que también demuestra cómo los mitos familiares y terapéuticos -los explícitos y los implícitos- forman una parte integral de nuestra postura de tratamiento de conjunto.

A. Intervenciones en el plano ideacional de la cultura familiar

1. Elaboración de mitos familiares existentes. Esta es la técnica utilizada para ayudar a los miembros familiares a desarrollar mitos implícitos en mitos explícitos. Como regla buscamos aquellos mitos que explican el origen de la enfermedad del paciente identificado o de la desgracia familiar. Cuando este mito familiar no parece contar la historia completa, nos inclinamos a instar a los miembros de la familia - normalmente los padres - a desarrollar mitos individuales relacionados que ellos hayan traído a la familia (2). Algunas veces las historias de los padres acerca de sus propias dificultades, o incluso experiencias traumáticas, parecen ser el eslabón que falta en la mitología de la complicación comente de una familia.

2. Presentación del mito terapéutico. Con todo el material disponible, incluyendo la mitología familiar y algún otro dato histórico, el terapeuta construye una narración explicativa acerca de cómo se desarrolló la presente situación problemática y por qué continúa existiendo. Esto es hecho de tal manera que ofrece las mejores perspectivas para el cambio, pero también toma en cuenta los posibles

riesgos. La presentación del mito terapéutico a la familia significa la sustitución de éste por el mito familiar (21).

Una técnica relacionada es la de contar la historia metafórica o la anécdota acerca de otra familia. Aquí, el mito terapéutico es presentado en forma indirecta.

3. Re-nombramiento y re-encuadre. Estas son técnicas bien conocidas dirigidas a modificar las percepciones de los miembros de la familia que promueven una perspectiva diferente del problema que se presenta. Re-nombrar toma a menudo la forma de sustituir las connotaciones negativas de la familia con la conducta sintomática o los modelos de interacción disfuncional, por unas más positivas. Cuando, a través del re-nombramiento, se introduce un marco de referencia completamente nuevo, hablamos de re-encuadre. Un hermoso ejemplo nos lo brinda Papp (35) quien redefinió la "enfermedad" de una niña anoréxica como una huelga de hambre que servía al propósito de seguir siendo el pequeño hijo varón del papá, pues este padre se sentía excluido en la familia que estaba constituida sólo por mujeres.

El re-nombramiento y el re-encuadre eran originalmente nuestras principales intervenciones al plano ideacional de la cultura familiar, usado a menudo a modo de introducción para, prescribir el síntoma o el sistema. Sin embargo, aprendimos a ver estas técnicas como presentando mitos terapéuticos implícitos; es decir, elementos significativos de historias potenciales, pero no tan desarrollados. Los mitos implícitos tienen un valor explicativo, casi siempre acentúan la cohesión familiar, y cuando se los utiliza como una introducción a la prescripción de síntomas o sistemas legitiman prácticas familiares existentes. Sin embargo, su poder puede ser ampliamente aumentado cuando forman parte integral de mitos terapéuticos explícitos. Como Janet mencionó (20, 21), las ideas que contienen los mitos, cuando se presentan como narraciones proveen satisfacción a la imaginación. Los miembros de la familia ganan comprensión para sus problemas, y finalmente para sus soluciones. Además se sienten entendidos.

B. Intervenciones en el plano material de la cultura familiar

Existe una amplia variedad de intervenciones que pueden ser utilizadas para modificar la conducta y los modelos de interacción disfuncionales (18, 31, 35, 27). Al trabajar con familias altamente resistentes, tendemos a prescribir rituales o a darles tareas ritualizadas. El momento en que se dan tales prescripciones es crucial para su éxito. Distinguimos los siguientes usos de rituales (54, 26).

1. La prescripción de rituales de una-solavez. Los rituales de transición ayudan a las familias a marcar y celebrar la transición de un estado-p. ej, un estado en sus ciclos de vida a otro. Tales rituales no necesitan ser siempre diseñados y prescritos por el terapeuta. Las familias pueden ser impulsadas a encontrar sus propios rituales. Los rituales de transición son a veces una manera muy poderosa de transformar mitos familiares que explican y legitiman estados o condiciones existentes.

2. La prescripción o modificación de rituales que se repiten. Tales rituales a menudo son rituales familiares (p. ej., rituales de ir a la cama, rituales de fin de semana) que ocurren en un estadio particular del ciclo familiar. El desarrollar ese tipo de rituales es especialmente de gran ayuda para familias desorganizadas o desligadas: El cambiarlos puede ser deseable cuando son experimentados por algunos miembros de la familia comodemasiado rígidos, restringidos o represivos.

Observaciones

El hecho de tener este modelo en mente nos ayuda a integrar las intervenciones a diferentes niveles, es decir, a los planos material e ideacional de la cultura familiar. Las intervenciones en el plano material (como la prescripción de rituales) se definen en términos del plano ideacional utilizando las redefiniciones terapéuticas del problema presentado. Estas redefiniciones no van por sí solas, sino que forman parte integral del mito terapéutico, que relata cómo fue que se originaron los problemas y por qué continúan existiendo. Este mito terapéutico es un reemplazo del mito familiar.

Con familias que están trabadas primariamente en el plano ideacional, es necesario elaborar en primer término los mitos familiares relevantes y luego reemplazarlos con un mito terapéutico explícito.

Para ilustrar esto en forma amplia no elegimos como ejemplo un caso "perfecto", sino uno que, en nuestra opinión, demuestra qué hacer y qué no hacer cuando el problema identificado está relacionado con una cultura familiar que se halla trabada primariamente en el plano ideacional.

Un caso de vida o muerte

Ronald, un estudiante de psicología de 30 años y el mayor de siete hijos, fue derivado a un hospital psiquiátrico como paciente externo luego de haber realizado un intento de suicidio agresivo. El día que su novia lo dejó se clavó un cuchillo de cocina en el abdomen -un acto que fue descrito más tarde por su familia como un "haca-kiri"-. Luego de una intervención de cirugía mayor, estuvo en coma durante tres días. Cuando salió del coma se recuperó bastante rápido. Entonces fue enviado a la sala de psiquiatría. Luego de dos meses fue transferido al hospital de día. Cuando fue admitido en este hospital se encontraba deprimido. Habló principalmente acerca de su vergüenza, su falta de valor, su indecisión y sus sentimientos de desesperación al pensar en el futuro. El médico de admisión pensó que el problema principal era el de no haber resuelto su luto no sólo con respecto a la novia que lo había dejado sino especialmente con respecto a la muerte de su madre que había ocurrido cuando tenía once años. Además, la relación con su madrastra parecía problemática. Por lo tanto se recomendó terapia familiar.

Descripción de la familia

La familia conoció a la terapeuta y a sus dos colegas, que eran parte del equipo terapéutico. La terapeuta utilizó las dos primeras sesiones para conocer a la familia, para conocer su historia y para saber más acerca de cómo la familia veía a su madre difunta. Le sorprendió el hecho de que la familia describió a la madre y a Ronald en forma parecida: los dos parecían estar siempre "preocupados", los dos eran indecisos y los dos eran muy ambivalentes acerca de la importancia del status.

La familia estaba compuesta por el padre, la madrastra (una hermana menor de la primera mujer del padre, es decir, de la madre), tres varones y cuatro niñas- todos hijos del primer matrimonio-. El padre era un hombre de negocios que se había retirado recientemente debido a una apoplejía leve. La madrastra se había mudado a la casa el mismo día que la primera mujer del padre había muerto mientras daba a luz su octavo niño; había venido a ayudarla con el parto. Luego de la muerte de su hermana ella decidió quedarse para ayudar a la familia.

Un año más tarde se casó con el padre y se convirtió en "mami" para los niños. Los siete hijos habían terminado el colegio universitario, y, o bien estaban trabajando, o bien en estudios de posgrado. Todos habían dejado el hogar y todos—excepto Ronald y su hermana mayor, Judy—estaban casados o comprometidos.

El primer mito familiar

En la subsiguiente reunión de profesionales, el equipo trató de construir el mito familiar que la familia parecía haber presentado: era una gran familia feliz y todos estaban aún más felices puesto que la madre estaba esperando otro bebé. En la noche del parto, la hermana de la madre (que quería a los niños y a su hermana) vino a ayudar. Ambos, la amada madre y el tan esperado bebé, murieron en el parto. La familia estuvo terriblemente triste luego de esta tragedia. Pero la vida tenía que seguir adelante, y, por suerte, la hermana de la madre estuvo dispuesta a quedarse para ayudar a la familia. Todos le estaban muy agradecidos, y aunque ella era diferente de la madre en algunas cosas se llevaron bastante bien. Un año después de la muerte de la madre, el padre y la hermana de la madre decidieron casarse. Hubo una boda grande y feliz que nadie olvidaría nunca.

Afortunadamente, "mami" era más práctica que la madre y realizó mejoras en las reglas y rituales familiares. Por ejemplo, Ronald ocupaba un lugar especial en la familia. El era el mayor y un niño dotado; por lo tanto, tenía varias "responsabilidades adultas". Había sido de mucha ayuda para la madre, a quien se parecía mucho, pero también con la cual discutía a menudo. "Mami" pensó que esto se debía a que estaba sobrecargado y que necesitaba ayuda. Por lo tanto, lo relevó de sus "tareas adultas", para que pudiese estudiar más y desarrollar mejor sus talentos.

Cuando Ronald fue a la universidad encontró una amiga a la cual podía brindar ayuda y apoyo. Pero cuando, durante su difícil año de residencia, él necesitó su apoyo, ella no pudo brindárselo. Comenzaron a discutir mucho y finalmente la novia lo dejó. La familia pensó que él estaba sobrecargado y que necesitaba apoyo, y ése fue el motivo por el cual intentó suicidarse.

El comienzo de un mito terapéutico

En una conversación entre los miembros del equipo antes de finalizar la segunda sesión, los terapeutas pensaron que la entrada de la hermana de la madre a la familia no había sido tan suave como indicaba el mito familiar. También pensaron que el luto era algo mucho más difícil de sobrellevar para los miembros de la familia, de lo que el mito familiar sugería. Parecía que la función principal del mito era la de legitimar la forma en la cual la familia estaba funcionando, especialmente el hecho de que la hermana de la madre había tomado el lugar de madre y cambiado las reglas y rituales familiares. El equipo tentativamente denominó al mito familiar el salvador de la familia.

Ronald aparentemente aceptaba el papel como el miembro de la familia que más se parecía a la madre. También parecía ser el que más desesperadamente trataba de mantener viva su memoria. Sin embargo, al igual que los demás miembros de la familia tenía que esconder sus sentimientos acerca de su muerte y acerca de que alguien había tomado su lugar. El equipo creyó que luego de la muerte de la madre, Ronald se sentía aún leal a ella. Toleraba las "mejoras y el apoyo" de "mami", pero reprimía su ira.

En la relación con su novia los papeles estaban invertidos, y él no podía tolerar ser dependiente de ella y necesitar su apoyo. Cuando ella

lo abandonó, la pérdida reactivó sus sentimientos no resueltos de pérdida e ira acerca del cambio de papeles resuelto por "mami". Esta ira se manifestó en su intento de "hara-kiri".

El equipo pensó que contar a la familia sus hipótesis en ese momento sería erróneo por dos motivos. Primero, se necesitaban más pruebas para apoyar esa hipótesis. Segundo, esta historia sería una amenaza directa al mito familiar. En su lugar se diseñó una intervención que utilizó sólo en parte al mito terapéutico.

La primera intervención

Al final de la segunda sesión, la terapeuta le dijo a la familia que el equipo se había impresionado por el hecho de que Ronald hubiese tomado tantas características de su difunta madre. Creían que él estaba tratando de mantener viva su memoria, pero que no estaban seguros de por qué él creía que esto era necesario. Luego la terapeuta invitó a la familia a explorar más en detalle esta cuestión en la próxima sesión que tuvo lugar cuatro semanas después.

El segundo mito familiar

El padre llamó antes de esta sesión para informar a la terapeuta que él y su mujer no vendrían, pues la sesión previa había sido muy estresante para ella. Empero, los siete hijos vinieron a la sesión. Ronald y su hermana Judy, la que le seguía en edad, explicaron cómo nunca habían podido aceptara su tía-es decir, la madrastra- como una verdadera madre. En silencio habían odiado a su madrastra, y a menudo se preguntaban cómo había podido su padre haberse casado con ella. "Madrastra" era una palabra tabú en la casa. Los chicos tenían que llamar a su tía "mami". Recordaron la forma en que ella había cambiado tantos rituales y reglas familiares que habían sido instituidos por su madre. Para justificar esos cambios, "mami" había criticado a su madre. Contaba cosas de ella que eran negativas y que hacían posible una sólo conclusión: "Mami era mejor madre que lo que su propia madre había sido".

Ninguno de los chicos había creído nunca esto, pero ninguno de ellos había dicho nada. Todos compartían sentimientos de gran respeto hacia ella. Ella había dejado todo por ellos, pero ellos no la querían mucho. Cuando la terapeuta les preguntó qué es lo que temían si hacían saber su verdaderos sentimientos, todos estuvieron de acuerdo en que "sería el fin de 'mami'. Su mundo se vendría abajo, su vida sería inútil y sin sentido para ella". Kitty, la menor, de veinte años, agregó: "Ella no tiene otra cosa. Esto es todo lo que tiene en la vida".

La evolución del mito terapéutico

En la conversación subsiguiente los terapeutas estuvieron tentados de ver la historia de los hijos como la "verdadera historia familiar", la cual había sido encubierta por el mito familiar previamente relatado. Sin embargo pronto vieron que los dos eran mitos competitivos. Nombraron al mito de los hijos "la madrastra mala". El mito dominante, el mito de los padres, celebraba a "mami" como la buena madre, y legitimaba su modo de vida. El mito de los hijos celebraba a la Madre y honraba sus contribuciones a la familia.

Los hijos veían la dominancia del mito de los padres como un asunto de vida o muerte para su madrastra. Pero, sin embargo, el mantener viva la memoria de su madre era un asunto de vida o muerte para Ronald.

Se daban cuenta muy bien de que los dos mitos no eran completamente incompatibles, pues los hijos habían expresado

sentimientos de respeto por "mami". Pensaron que la familia tenía los recursos para integrar las dos versiones en un solo mito familiar; uno que fuera compartido por todos sus miembros; uno que llevara a la modificación de reglas y rituales familiares y que diera lugar a todas las necesidades y preferencias de todos los miembros de la familia. Decidieron que la mejor manera de realizar esta tarea era la de confrontar directamente los dos mitos familiares usando el mismo tipo de lenguaje dramático que había prevalecido durante la sesión.

La segunda intervención

Cuando la terapeuta retornó dijo a los hijos lo siguiente:

El equipo se ha emocionado y conmocionado con sus historias. Lo que encontramos particularmente conmocionante fue la claridad de la respuesta a nuestra pregunta previa, es decir, por qué Ronald creía necesario el mantener viva la memoria de su madre. Ahora nos damos cuenta de que éste es un asunto de vida o muerte. Si la familia fuese a descubrir estos sentimientos, de que sólo ha habido una madre verdadera, y que "mami" es una buena tía y madrastra, sería el fin de "mami". Su mundo se vendría abajo, su vida no tendría sentido. Si la familia continúa escondiendo los sentimientos, como lo ha estado haciendo durante los últimos 20 años, entonces Ronald es el único que se encargará de que la madre no sea olvidada, el único que salvaguarda esta realidad. Sin embargo, al tratar de quitarse la vida, Ronald ha demostrado que esta tarea se ha convertido en demasiado para él. El no puede vivir con el mito familiar dominante y no puede encontrar apoyo para su propio mito.

Así que el terrible dilema que tienen por delante es que muera Ronald o que muera "mami". Comprendemos que este dilema es aterrador. Por lo tanto pensamos que el propósito de las sesiones futuras debería ser el de explorar con ustedes la posibilidad de una salida para este dilema o no.

Luego de oír este mensaje Ronald se puso a llorar. Judy se puso furiosa con los terapeutas, por lo que vio como una conclusión un tanto apresurada y parcial. Se sintió chantajeada por la idea del equipo de que el intento de suicidio de Ronald estuviese de alguna manera conectado con la familia, y acusó al equipo de hacer de Ronald "una víctima de la familia en lugar de emanciparlo". Los dos hermanos menores se emocionaron y pensaron que lo que los terapeutas acababan de decir era esencial. Las tres hermanas menores exclamaron que si todos ellos habían aprendido a vivir con el mito; ¿por qué Ronald no? La terapeuta finalizó la sesión invitando a toda la familia a la próxima sesión.

El planeamiento de un ritual familiar

Luego de esta sesión el equipo conversó acerca del curso futuro del tratamiento. Parecía importante el integrar los dos mitos familiares en uno solo y el utilizar el hecho de que los hijos sentían un gran y profundo respeto por "mami". El desafío era el de encontrar una manera en la cual la familia pudiese honrar y respetar a "mami" y al mismo tiempo conmemorar a su amada Madre. El propósito de los terapeutas para la sesión siguiente era el de tratar de desarrollar (junto con los hijos) un ritual que sirviera a ambos propósitos. Las cosas, sin embargo, fueron diferentes.

Otra vez, en la cuarta sesión, sólo los hijos vinieron. Le contaron a la terapeuta que luego de la sesión previa, que los había emocionado

mucho, habían salido a cenar. Durante la cena conversaron varias maneras de comentar el contenido de la sesión con su padre y su madrastra. Finalmente las tres hijas menores fueron a la casa y le contaron todo lo que había ocurrido en la sesión a sus padres. El padre se mostró comprensivo y los apoyó. "Mami", sin embargo, se mostró menos comprensiva y más abatida, pero "no se había derrumbado". Las tres chicas dijeron que había sido más fácil de lo que se habían imaginado. Luego de esto, todos los hijos se sintieron aliviados, pero "mami" se veía triste y el padre estaba muy preocupado por ella. Sin embargo, los hijos ya no comprendían por qué se habían conmocionado tanto en la sesión previa de terapia. En este momento Ronald anunció que había decidido comenzar a trabajar y a estudiar otra vez y que iba a suspender la terapia familiar.

La evolución del mito terapéutico y sus consecuencias

En la siguiente reunión de equipo, los terapeutas concluyeron que la intervención previa había desatado una gran cantidad de apoyo de los hermanos hacia Ronald. Los hijos se habían juntado para atacar el mito parental y expresar sus sentimientos escondidos. Aunque eso los alivió, deprimió a "mami". Y lo que es más, creó otra situación en la que Ronald se sintió dependiente e impulsado a aceptar ayuda. Esto lo encolerizó. Si Ronald fuese a aceptar la ayuda de sus hermanos, esto socavaría su papel en la familia como el mayor y el chico fuerte y dotado, que tenía que resolver sus propios problemas y además ser una ayuda para sus padres. Por otro lado, si rechazase la ayuda, estaría sólo y sin apoyo.

El dilema de los terapeutas era similar: cualquier "ayuda" terapéutica que Ronald parecía necesitar podría tener resultados adversos. De modo que se resolvió explicar este dilema a Ronald y a sus hermanos, concluir con la terapia familiar, dar de alta a Ronald del hospital, y ofrecerle un total de diez sesiones individuales de atención posterior. Se le pediría a Ronald que ayudase a la terapeuta a no ayudarlo y a advertirle si notaba que ella se mostraba demasiado propensa a ayudarlo.

Seguimiento

Luego de escuchar este plan, Ronald dijo que se sentía realmente comprendido y reconoció este dilema como un modelo central en su vida. El y sus hermanos estuvieron de acuerdo con el plan. Luego de haber sido dado de alta, volvió por sus diez sesiones individuales y gradualmente mejoró.

El seguimiento luego de tres años mostró que Ronald estaba bien. Había dejado sus estudios de psicología y había entrado a estudiar computación. Estaba orgulloso del trabajo que recién había conseguido en este nuevo campo. Había encontrado un departamento nuevo y estaba saliendo con otra chica. Nos dijo que su madrastra había estado deprimida durante tres meses luego de su alta. Ultimamente, se estaba sintiendo más cerca de ella y de su padre que antes y durante la terapia.

Conclusiones

1. *Los dos estadios del complejo mito-ritual*

Este caso ejemplifica el primer estadio del complejo mito-ritual, que de acuerdo a Frank (14) sustenta las prácticas curativas tradicionales y las posturas terapéuticas modernas. Este estadio, que pertenece al

plano ideacional de la cultura, consiste esencialmente en el desarrollo de un recuento narrativo de cómo se originó el mal o la enfermedad y por qué aún persiste. En el presente ejemplo, los mitos familiares existentes fueron primeramente hechos explícitos, luego se construyó y se presentó el mito terapéutico.

El segundo estadio del complejo curativo tradicionalmente consiste en acciones rituales cuyo propósito es el de curar la enfermedad o resolver los problemas utilizando un mito terapéutico. Como lo mencionamos con anterioridad, en la terapia familiar moderna, esto incluye todas las intervenciones dirigidas al plano material de la cultura familiar -algunas de estas intervenciones también toman la forma de ritual, que debido a su naturaleza simbólica están también fuertemente conectadas con el plano ideacional-. En el caso comentado anteriormente este estadio no fue desarrollado, pero podría haber sido incluido un ritual.

Los dos estadios del complejo curativo deben ser tomados como un modelo un tanto abstracto de las posturas tradicionales y modernas de tratamiento. En la realidad, el tratamiento no consiste en dos estadios claramente distinguibles sino en un continuo intercambio, una interacción dialéctica entre las intervenciones a ambos planos, ideacional y material. Como lo ilustra este caso, el tratamiento comienza con la elaboración de los mitos familiares y terapéuticos y continúa luego con las intervenciones en el plano material. Sin embargo, con el tiempo se desarrolla un procedimiento de vuelta y re-alimentación involucrando los dos niveles.

2. Del mito familiar al mito terapéutico

Contar la historia bien -es decir, con un principio, un medio y un fin, y teniendo en cuenta los sentimientos del narrador y de la audiencia- no es tarea fácil (20). Por ejemplo, en muchos casos, las familias no presentan un mito explícito completamente desarrollado, sino que ofrecen una serie de mitos implícitos poco conectados. A menudo es el terapeuta quien aúna todos estos mitos implícitos. La explicación de los problemas por la familia es normalmente presentada como un mito familiar implícito. Cuando los terapeutas reubican estos mitos implícitos de acuerdo a su propio marco de referencia-unoque seacon suerte más conducente al cambio-sustituyen por un mito terapéutico al mito disfuncional.

Compartir el mito terapéutico, o parte del mismo, con la familia puede ser una tarea difícil, porque puede que difiera considerablemente del mito familiar que concieme al origen de los problemas presentados. Los terapeutas sólo deben hacer esto cuando creen conocer bien la cultura familiar y tienen una buena alianza de trabajo con la familia. Para poder lograr que la familia acepte el mito terapéutico, el terapeuta debe hablar con el lenguaje de la familia, utilizando las propias imágenes, metáforas y símbolos familiares.

Cuando la familia resiste la explicación directa del terapeuta, se requiere una aproximación más sutil. Esto nos recuerda las observaciones de van Baaren acerca de los sacerdotes que cambiaban el contexto de un mito que ya no estaba de acuerdo con la nueva situación política. Ellos hacían cambios pequeños y discretos cada vez que recitaban el mito, hasta que el texto estuviese completamente adaptado a la nueva situación (52). Quizás los terapeutas familiares no tienen que ser tan cuidadosos y discretos como los sacerdotes, cuyas cabezas se encontraban en peligro si cambiaban el mito familiar existente. Pero esta estrategia narrativa tomando prestada una expresión del psicoanalista Schafer (38)- debe ser considerada más

como una evolución en el tiempo que como el asunto de una sola historia.

Aunque el tratamiento prescripto en este caso tuvo a la larga resultados positivos, nos muestra también los efectos adversos de un ataque demasiado directo al mito familiar dominante. Luego de que los dos mitos conflictivos familiares fueron elaborados, el mito terapéutico confrontó al mito dominante, que legitimaba la posición de la madrastra. Probablemente a causa de esta confrontación, la madrastra estuvo deprimida durante tres meses y los miembros familiares decidieron suspender la terapia familiar. Tomar el curso de la confrontación directa en vez de hacer pequeños y discretos cambios estaba relacionado, por un lado, con la existencia obvia de dos mitos conflictivos, pero, por otro lado, por el hecho de que el equipo se sintió presionado a proveer una brecha. Si el equipo se hubiese dado cuenta de esto, la terapeuta probablemente habría protegido a la madrastra haciendo un re-encuadre positivo y utilizando el hecho de que los hijos también sentían profundo respeto por ella. El desafío para los hijos habría sido entonces el de poder demostrarle que era posible en la familia el honrar y respetar a "mami" al mismo tiempo que conmemorar a su amada madre.

3. Conexión de las intervenciones en los planos ideacional y material de la cultura familiar

Como lo mencionamos con anterioridad, nuestras primeras intervenciones están comúnmente dirigidas al plano ideacional de la cultura familiar. Creemos sin embargo, que la intervención alternativa, presentada en el punto anterior, hubiese estado enriquecida en un modo amplio por una intervención adicional en el plano material. Los terapeutas podrían haber sugerido un ritual para honrar a "mami" así como también un ritual para conmemorar a la madre. Los contenidos de estos rituales podrían haber sido desarrollados junto con los hijos. Esto les habría propuesto un desafío a los hijos, el de aceptar el lugar de "mami" en la familia, y también le habría dado la oportunidad de aceptar el hecho de que su hermana era la madre de los chicos (e, implícitamente, el aceptar las contribuciones de ella a la familia, y construir sobre ellas, en lugar de luchar contra ellas).

4. La verdad de los mitos

Los mitos son verdaderos recuentos para los que creen en ellos, pero son vistos como distorsiones de la realidad por aquellos que creen en otra cosa. Los terapeutas muchas veces no ven las narraciones familiares acerca del origen de sus problemas como completamente correctas. Creen más en la veracidad de su propio recuento narrativo. Si el tratamiento, basado en su propio mito, es exitoso, continuarán creyendo en él (cuando puede haber funcionado debido a motivos en absoluto diferentes). A menudo, sin embargo, los terapeutas se sienten inclinados a revisar sus propios mitos. En relación al caso que hemos presentado aquí, nosotros ahora elaboraríamos un mito terapéutico bastante diferente del que guió nuestras intervenciones en su momento. Más aún, otros colegas-p. ej., quienes pertenecen a otras escuelas- puede que tengan perspectivas muy diferentes y por lo tanto hubiesen construido distintas narraciones acerca del origen y la continuación de los problemas. Quizás más que otros, los terapeutas familiares estratégicos creen en aquellos mitos que prometen más el cambio, pero también se dan cuenta de que los mitos que se les ocurren no están normalmente garantizados a tener una larga vida.

Referencias bibliográficas

1. Anderson, S. A. & Bagarozzi, D. A. (1983). "The use of family mitos as an aid to strategic therapy", *Journal of Family Therapy*, 5, 145-154.
2. Bagarozzi, D. A. & Anderson, S. A. (1982). "The evolution of family mithological systems: Considerations for meaning, clinical assesment and treatment", *Journal of Psychoanalytic Anlhropo-logy*, 5, 71-90.
3. Bossard, J. H. S. & Boll, E. S. (1950). *Ritual in family living*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
4. Bryng-Hall, J. (1973). "Family Miths used as defense in conjoint family therapy". *British Journal of Medical Psychology*, 46, 239-250.
5. Cohen, P. S. (1969). "Theories of myth", *Man*, N. S. IV, 337-353.
6. De Langhe, R. (1958). In S. H. Hocke (Ed.), *Mith, ritual and kinship*. Oxford.
7. De Tempe, J. (1987). "Grief Therapy from an anthropological point of view". In O. van der Hart (Ed.), *Coping with loss: The therapeutic use of leave-taking rituals*, New York: Irvington.
8. Douglas, M. (1966). *Purity and danger*. New York: Praeger.
9. Drever, J. V. (1965). *A dictionary of psychology*. Middlesex: Penguin Books.
10. Dundes, A. (1984). "Introduction", in A. Dundes (Ed.), *Sacred narrative*. Berkeley: University of California Press.
11. Durkheim, E. (1915). *The elementary forms of the religious life*. London: George Allen & Unwin.
12. Ferreira, A. J. (1963). "Family myth and homeostasis". *Archives fo General Psychiatry*, 9, 457-463.
13. Fontenrose, J. (1959). *Python: A study of Delphi mith and its origins*. Berkeley: University of California Press.
14. Fran, J. (1973). *Persuassion and healing: A comparative study of psychotherapy*.
15. Gaster, T. H. (1954). "Myth and story". *Numen*, 1, 184-212.
16. Geertz, C. (1959). "Ritual and change: A Javaneese example". *American Anthropologist*, 61, 991-1012.
17. Haley, J. (1980) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
18. Hoffman, L. (1980). "The family life cycle and discontinuous change". In E. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The family life cycle. A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
19. Honko, L. (1972). "The problem of defining myth". In H. Biezais (Ed.), *The myth of the state*. Stockholm: Scripta Instituti Donneriani Aboensis.
20. Janet, P. (1929). *L'Evolution psychologie de la personnalité*. Paris: A. Chanine.
21. Janet, P. (1935). "Realisation et interpretation". *Annales Medico-Psychologiques*, 93, 329-366.
22. Kirk, G. S. (1970). *Myth: Its meaning and functions in ancient and other cultures*. Cambridge: Cambridge University Press.
23. Kirk, G. S. (1972). "On defining myth", *Phronesis: - A Journal of Ancient Philosophy*, suppl. vol. 1, 61-69.
24. Kluckhohn, C. (1942). "Myths and rituals: A gene-ral theory", *Harvard Theological Review*, 35, 45-79.
25. Kobak, R. R. & Waiters, D. B. (1984). "Family therapy is a rite of passage: Play's the thing", *Family Process*, 23, 89-100.
26. Laird, J. (1984). "Sorceress, shamans and social workers: The use of ritual in social work practice", *Social Work*, 29, 123-129.
27. Lange, A. & van der Hart, O. (1983). *Directive Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
28. Leach, E. R. (1954). *Political systems of Highland Birma*. London: University of London.
29. Levi-Strauss, C. (1963). "The effectivness of symbols". In C. Levi-Strauss (ed.), *Structural Anthropology*. New York: Basic Books.
30. Malinowski, B. (1926). *Myth in primitive psychology* London.
31. Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1988). *Técnicas en terapia familiar*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

32. Moore, S. F. & Myerhoff, B. G. (1977). "Introduction; secular ritual: forms and meanings". In S. F. Moore & B. G. Myerhoff (Eds.), *Secular ritual*. Assen: van Gorcum.
33. Munn, N. (1973). "Symbolism in a ritual context: Aspects of symbolic action". In J. J. Honigmann (Ed.), *Handbook of social and cultural anthropology*. Chicago: Rand McNally & Co.
34. Murphy, R. F. (1971). *The dialectics of social life*. New York: Basic Books.
35. Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
36. Pillarri, V. (1986). *Pathways to family myths*. New York: Brunner/Mazel.
37. Sargent, G. A. (1987). "A burial at sea". In O. van der Hart (Ed.), *Coping with loss: The therapeutic use of leave-taking rituals*. New York: Irvington.
38. Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. London Hogarth.
39. Seltzer, W. K. & Seltzer, M. R. (1983). "Material, myth and magic: A cultural approach to family therapy", *Family Process*, 22, 3-14.
40. Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self Starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Chaucer.
41. Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. F. & Prata, G. (1974). "The treatment of children through brief treatment of their parents", *Family Process*, 16, 429-442.
42. Selvini Palazzoli, M., (1977). "Family rituals: A powerful tool in family therapy". *Family Process*, 16, 445-454.
43. Siggins, L. D. (1983). "Psychoanalysis and ritual", *Psychiatry*, 46, 2-15.
44. Skorupski, J. (1976). *Symbol and theory: A philosophical study of religion*. Cambridge: Cambridge University Press.
45. Stierlin, H. (1973). "Group fantasies and family myths -some theoretical and practical aspects", *Family Process*, 12, 111-125.
46. Tennekes, J. (1979). *Cultuur als experiment*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
47. Tennekes, J. (1982). *Symbolen an hun boodschap: Een inleiding in de symbolische antropologie*. Assen: van Gorcum.
48. Ter Horst, V. (1977). *Het Herstel van het gewone leven*. Kampen: Kok.
49. Turner, V. W. (1967). *The forest of symbols: Aspects of Ndembu ritual*. Ithaca: Cornell University Press.
50. Turner, V. W. (1977). "Variations on a theme of liminality". In S. F. Moore & B. G. Myerhoff (Eds.), *Secular ritual*. Assen: van Gorcum.
51. Turner, V. W. (1978). "Encounter with Freud: The making of a comparative symbologist". In G. D. Spindler (Ed.), *The making of a psychological anthropology*. Berkeley: University of California Press.
52. van Barren, T. P. (1972). "The flexibility of myth". *Studies in the history of religion*, 22, 199-206.
53. van der Hart, O. (1980). "Problematische gezinssituaties". *Maanblad Geestelijke Volksgezondheid*, 35, 764-786.
54. van der Hart, O. (1983). *Rituals in psychotherapy. Transition and continuity*. New York: Irvington Publishers.
55. van der Hart, O. (1988a). "Symbols in leave-taking rituals". In O. van der Hart (Ed.), *Coping with loss: The therapeutic use of leave-taking rituals*. New York: Irvington.
56. van der Hart, O. (1988b). "Myths and rituals: Their use in psychotherapy". In O. van der Hart (Ed.), *Coping with loss: The therapeutic use of leave taking-rituals*. New York: Irvington.
57. Waardenburg, J. (1980). "Symbolic aspects of myth". In A. M. Olson (Ed.), *Myth, symbol and reality*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.