

terapia familiar

ESTRUCTURA, PATOLOGIA
Y TERAPEUTICA
DEL GRUPO FAMILIAR

5

Dr. ALBERTO EIGUER

Metodología de la Interpretación en Psicoterapia Familiar de Orientación Psicoanalítica

Lic. NORMA BERDICHEVSKY y Lic. EDITH GROSS

Tratamiento realizado en una Institución de acuerdo al modelo de Terapia Familiar Conjunta de Virginia Satir

Lic. ELSA B. DE GRYMBERG y Dra. EILEEN WHEELER

Estructura y dinámica familiar: Su abordaje terapéutico

Dr. FIDEL LEBENSOHN

La "Prescripción Paradojal de Apertura" como implementación de la morfogénesis en Terapia Familiar Sistémica

Dra. PAULINA REDLER

Abuelitud: Vínculo narcisista y edípico

Dra. SILVIA PISKORZ DE ZIMMERMAN

Un grupo de especial relevancia: La pareja conyugal.

Dr. GERALD H. ZUK

Terapia Familiar para la Familiar Nuclear Truncada"

Dr. JAMES L. FRAMO

Reflexiones personales de un Terapeuta de Familia

ATENEO CLINICO

Dr. G. Zuk, Dr. J. García Badaracco, Lic. E. Elzufán, Dr. A. Sicardi.

M. SELVINI PALAZZOLI - A. CANEVARO

Diálogos

terapia familiar

Estructura, Patología y Terapéutica
del grupo familiar

Año III - N° 5 - Agosto de 1980

Director

Dr. Alfredo A. Canevaro

Comité de Redacción

Lic. Stella Maris Molina

Dr. Rafael Skiadaressis

Consejo de Redacción

Jorge García Badaracco (Buenos Aires)

Isidoro Berenstein (Buenos Aires)

Juan C. Nocetti (Buenos Aires)

Ivan Boszormenyi-Nagy (Filadelfia)

Gerald Zuk (Filadelfia)

Alberto Serrano (Buenos Aires-San Antonio-Texas)

Jacques Rudrauf (París)

Helm Stierlin (Heldelberg)

Maurizio Andolfi (Roma)

Richard Sauber (Massachusets)

Robin Skynner (Londres)

Mara Selvini Palazzoli (Milán)

Raymundo Macías (México)

Guillermo Vidal (Buenos Aires)

Reynaldo Perrone (Rosario, Argentina-St. Etienne, Francia)

David Rubinstein (Filadelfia)

Donald Bloch (New York)

Ives Colas (Lyon)

C. Sluzki (Buenos Aires-S. Francisco-California)

J. Howells (Ipswich - Inglaterra)

Director Administrativo

Alberto Cattán

Relaciones Públicas

Dora L. de Stunz

Secretaria Administrativa

Graciela Rodríguez

Asesor Editorial

Alfredo Carlino

INDICE

INDICE	5
EDITORIAL	7
Dr. ALBERTO EIGUER Metodología de la Interpretación en Psicoterapia Familiar de Orientación Psicoanalítica	11
Lic. NORMA BERDICHEVSKY y Lic. EDITH GROSS Tratamiento realizado en una Institución de acuerdo al modelo de Terapia Familiar Conjunta de Virginia Satir	37
Lic. ELSA B. DE GRYMBERG y Dra. EILEEN WHEELER Estructura y dinámica familiar: Su abordaje terapéutico	49
Dr. FIDEL LEBENSOHN La "Prescripción Paradojal de Apertura" como implementación de la morfogénesis en Terapia Familiar Sistémica	71
Dra. PAULINA REDLER Abuelitud: Vínculo narcisista y edípico	80
Dra. SILVIA PISKORZ DE ZIMMERMAN Un grupo de especial relevancia: La pareja conyugal	94
Dr. GERALD H. ZUK Terapia Familiar para la Familiar Nuclear Truncada"	106

TERAPIA FAMILIAR es una publicación semestral de Editorial ACE S.R.L. (ef), Gorostiaga 1731, Bs. As., Argentina, Acogida a la protección de las Convenciones Internacional y Panamericana sobre derechos de autor. Nombre de la Revista registrado como marca. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 67231. Compuesto en SIAGRA, Pasteur 741, 2do. piso - Bs. As. — Impreso en EDIGRAF - Delgado 836, Capital Federal, en agosto de 1980.

Tarifa reducida 3053 — Franqueo pagado 339 — Número del Registro Internacional de Publicaciones Científicas ISSN 0325-5905.

Dr. JAMES L. FRAMO	
Reflexiones personales de un Terapeuta de Familia	117
ATENEO CLINICO	
Dr. G. Zuk, Dr. J. García Badaracco, Lic. E. Elzufán, Dr. A. Sicardi	140
LIBROS	164
INFORMACION GENERAL	171
M. SELVINI PALAZZOLI – A. CANEVARO.	
Diálogos	188

EDITORIAL

Entre los abordajes terapéuticos que involucran a la familia y aquellos que tienen en cuenta sólo al individuo, median diferencias que constituyen dos registros, dos niveles diversos de organización lógica en el observador y además dos abordajes técnicos distintos.

No obstante esta clara diferencia que convendría tener siempre presente, en esencia, no es más que la diferencia entre niveles de inclusión más abarcativos y más complejos que en última instancia se refieren al hombre y a su inscripción en la sociedad.

La hoja es parte de la rama, ésta del árbol, éste del bosque, y así sucesivamente sin que las especies que se intrincan en un monte descalifiquen el estudio de la forma del limbo o de la clase de nervadura de la hoja.

La terapia del grupo familiar puede ser el lugar por excelencia donde alguien comience a individuarse y a convertirse en persona, discriminándose claramente de relaciones simbióticas y adquiriendo una sana autonomía.

Así también la terapia individual puede ser el lugar donde alguien comience a comprender cómo funciona, quién es, cuál es su relación con los demás, y cómo ésta puede cambiar.

Cada abordaje tiene su técnica, su timing y sus objetivos. Ambos conducen finalmente a lo mismo. Uno trabaja con sistemas sociales, del cual el grupo familiar es una expresión acabada; el otro con individuos que también forman parte de esos sistemas familiares, laborales, educacionales, etc.

La unidad biopsicosocial del hombre se incluye en sistemas abarcativos y la combinación de parientes, amigos y colaboradores constituyen la unidad social mínima según algunos sociólogos.

Volviendo al plano de la terapia, vemos que la clara ubicación del terapeuta frente al problema es fundamental para su mejor solución, y en esto interviene su formación, su entrenamiento y el peculiar perfil que defina para él el encuadre en el que se siente más cómodo y es más coherente consigo mismo y eficaz en su tarea.

Lo que es hoy inadmisibile es que un terapeuta desconozca las leyes del campo en que trabaja, que no sea formado e informado adecuadamente, y que se encierre en compartimentos estancos que sólo podrían entenderse como parte de un aprendizaje y como etapas de maduración.

Si analizamos los fracasos terapéuticos veremos que no siempre son responsables los factores específicos psicopatológicos o aquellos resistenciales. El psicoanálisis, y básicamente Freud, con su honestidad científica abrió un camino de investigación acerca de la ecuación personal del terapeuta y de la importancia de la contra-transferencia. Ya en 1910 decía en "El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica": "ningún psicoanalítico puede ir más allá de lo que sus resistencias y complejos le permiten".

Más adelante y básicamente a partir de la posguerra, distintas formas de socioterapia ampliaron el quehacer del terapeuta y junto con él su mayor compromiso personal. El uso del sí mismo en la terapia como el más importante recurso terapéutico, deriva de la no prescindencia en tareas que lo involucran en un rol como agente de cambio terapéutico.

La comunidad terapéutica, la psicoterapia grupal, el psicodrama,

la terapia familiar fueron creando un clima de trabajo en equipo, de coterapia, de supervisión "in vivo", donde los factores personales del terapeuta y sus escotomas no podían ignorarse, y en cambio ser aprovechados para su formación profesional y su maduración personal.

Es probable que como siempre sean los pacientes los que nos obliguen a cambiar. Igor Caruso decía que el paciente está siempre un paso por delante del terapeuta y le muestra el camino.

Es en este clima de apertura que la terapia familiar se inscribe como disciplina renovadora en la psicoterapia y probablemente su influencia sea benéfica para el intercambio científico.

Por su papel esencialmente integrador en el plano técnico y su tolerancia para la diversidad en el enfoque teórico constituye un punto de enlace importante, parangonable quizás al que la familia cumple entre el individuo y la sociedad.

EL DIRECTOR

**METODOLOGIA DE LA INTERPRETACION
EN PSICOTERAPIA FAMILIAR
DE ORIENTACION PSICOANALITICA**

*Dr. ALBERTO EIGUER: Médico psicoanalista: 154, rue d'Alésia 75014,
Paris - Francia*

*Psicoterapeuta del Hospital de Día Servicio de Psicopatología
del adolescente y del adulto joven.
Hospital Internacional de la Universidad de Paris.*

Traducción: Lic. Stella Maris Molina

I. El modelo psicoanalítico puede ser propuesto como modelo de trabajo con familias?

En este artículo trato de responder al problema planteado por el comportamiento verbal (la actividad interpretativa) del terapeuta en terapia familiar. Es una cuestión empírica pero que recubre toda una concepción concerniente a la psicología familiar, el objetivo y el alcance del accionar sobre el grupo familiar. ¿Cómo se comprenden los dinamismos familiares? ¿Qué se quiere modificar? ¿Cuáles son las condiciones terapéuticas? etc. Para los que sostienen una concepción "comunicacional" (llamada sistémica), el problema se planteó en términos bastantes claros y respondieron con un conjunto de proposiciones técnicas: prescripciones, órdenes, rituales a hacer ejecutar a la familia en casa, etc. Estas soluciones pragmáticas suelen impresionar tanto a la familia como a los psiquiatras por su desenvoltura, su estilo "comando". No obstante el problema se plantea en otros términos para una concepción psicoanalítica de la terapia familiar. En principio, los adeptos a la Escuela de la Comunicación de Palo Alto (E.C.P.A.) (1) desechan in-

(1) A lo largo de este artículo designaremos con esta sigla a la Escuela de Comunicación de Palo Alto.

tencionalmente las formulaciones dinámicas y toman la delantera con una actitud que se pretende más audaz, más eficaz y más económica que la de los analistas. La E.C.P.A. considera la interacción como centro de la observación y de la acción terapéutica excluyendo del campo de observación todo interés por la estructura individual, toda óptica genética y por lo tanto todo origen histórico en la constitución del sujeto y del conflicto psíquico.

Responder a este desafío con la defensa de la acción terapéutica de corte analítico sería tan estéril como señalar los límites de las intervenciones sistémicas. El problema del alcance y del objeto de la interpretación de orientación analítica no se evalúa en los mismos términos que las intervenciones de los comunicacionistas, cuyos objetivos terapéuticos son diferentes. Por otra parte, semejante polémica opondría radicalmente un método al otro y descuidaría en consecuencia los aportes de los comunicacionistas útiles y enriquecedores para el punto de vista analítico y viceversa (cf. LITO-VSKY de EIGUER, D., 1978). Exactamente eso ocurre en las familias cuando estallan los conflictos: una oposición que impide admitir la interdependencia, indispensable en el mundo científico actual. En cambio, pienso que, a partir de la reformulación de los criterios y de las consignas de los interaccionistas de la comunicación mediante la dimensión dinámica, podremos dar más alcance y efecto a la acción del terapeuta².

(2) Con el fin de exponer esta idea de la inutilidad de una confrontación cuyo riesgo sería el de excluir los aportes de las diferentes escuelas, pienso en esos descubrimientos en un área que pueden ser parecidos a los realizados por otro autor y en otra área. Esta ignorancia recíproca de los descubrimientos hechos en áreas diferentes sería una pérdida de energía. Por otra parte, el hecho de que dos investigadores lleguen a una misma conclusión no tiene nada de mágico sino que está relacionado con el hecho de que el conjunto de la comunidad psiquiátrica puede sensibilizarse frente a los mismos fenómenos que aparecen así como la preocupación "del momento". Puedo citar a este respecto fenómenos destacados por Selvini-Palazzoli y col. (1975) y que son considerados como conclusiones originales, producto de sus observaciones de las familias de esquizofrénicos. Lo que los comunicacionistas llaman dificultades de las familias de esquizofrénicos refiriéndose a su modo de intercambio, ¿no sería lo que los psicoanalistas que se ocupan de estas familias llaman la resistencia rigidificada a la toma de conciencia? Un segundo ejemplo: en las familias de esquizofrénicos, "la arrogancia, la tensión simétrica exasperada al extremo de no rendirse a la evidencia - "La hybris, p. 28" -, no se acercaría a los sentimientos de omnipotencia irreductible señalados por los analistas?

Sin embargo una crítica podría ser realizada a la Escuela Sistémica: fascinada por la importancia de los fenómenos descubiertos (comunicación paradójica), pretende aplicarlos sistemáticamente a todo tipo de comunicación patológica; más aún, quiere atribuir la causa de la enfermedad a ese tipo de intercambio (transacción). Por el contrario, nosotros creemos que una sola causa por más interesante que sea no explica todo. La psicosis tendría verosímelmente un origen complejo, una multiplicidad de causas entrelazadas entre las cuales se podría citar a la comunicación paradójica (más que una causa, esta comunicación sería un factor intermedio que moviliza otras causas). Si los aportes que llegaron de muchas latitudes y de diferentes horizontes nos enseñaron algo, fue que el sentido dado al síntoma es necesariamente polisémico y que toda casualidad es multifactorial.

J- P. RACAMIER supo exponer muy claramente el problema en su informe "Las paradojas de los esquizofrénicos" mostrando de un modo preciso como el método analítico puede abordar los mandatos paradójicos. Antes de entrar en más detalles, nos gustaría explicar muy brevemente en qué consiste esta conducta descubierta precisamente por la E.C.P.A. Esta conducta remite a la acción del medio sobre el psicótico desde la infancia, que se vuelve su modo de expresión habitual. La conducta paradójica puede ser un orden, una directiva, una definición de otro o de sí mismo. Se trata de dos mensajes totalmente contradictorios o inconciliables. "No seas tan obediente", dice una madre a su hijo inmediatamente después de haberlo retado porque no se mantenía erguido, a lo que el hijo había respondido enderezando inmediatamente su espalda. Esta manera de proceder atentaría contra el desarrollo mental del niño dejándolo prisionero de su medio y no permitiéndole otra salida que comunicarse en sus "Notas técnicas" y después de haber confrontado los descubrimientos de la E.C.P.A. con la concepción psicoanalítica de la psicosis, Racamier sugiere lo siguiente: "Las paradojas esquizofrénicas pueden darnos muchos dolores de cabeza; también pueden ser atacados con la técnica de la contraparadoja; pero no es ocasión para hablar de ella sino sólo para decir que es extremadamente delicada" (Haley, 1963, M. Selvini-Palazzoli, 1975).

“Finalmente se puede, según el método analítico, mostrar y analizar las paradojas (Anzieu, 1975). Esta vía va de la explicitación de la paradoja a la puesta al día de las contradicciones y de ahí a la puesta al día de los conflictos que la paradoja ocultaba. Es la única vía psicoanalítica para ir de la actuación a la toma de conciencia y entonces se comprende cuán vanas o hirientes pueden ser ciertas intervenciones interpretativas. Se desemboca en los conflictos de la ambivalencia (Anzieu) y en la vivencia del duelo, ese sentimiento de desamparo (Hilfloaigket, Haynal, 1977) siempre tan doloroso para los esquizofrénicos” (El subrayado es del autor).

Sucede lo mismo con los grupos familiares en tratamiento. La familia es un campo de acción y de reacción, lo que permite (mejor que en una terapia individual, aunque ésta sea un campo de intercomunicación entre dos personas: la transferencia) la observación directa de la dramatización y así una observación y una explicitación más cómoda.

Sin embargo, si dejamos hablar a los partidarios de la E.C.P.A., nos dirán que creen que la interpretación de la paradoja es una empresa ilusoria. Transmiten la impresión de que construyeron su sistema precisamente a partir de ese escepticismo. Como contrapartida proponen un método directivo, activo, que justifican invocando las posibilidades limitadas de los pacientes para percibir, captar e interiorizar las interpretaciones verbales puesto que viven sumergidos en una red enloquecedora de comunicación paradójal.

A este argumento pienso que podremos oponer el de la complejidad implícita de los mensajes en toda interpretación. Deslizo aquí la idea que me parece más directamente seleccionada con este problema y que es la siguiente: el efecto de una interpretación en función, en primer lugar, del **metamensaje** y del **estilo de la interpretación**; y luego de su contenido verbal. La eficiencia de todo terapeuta experimentado consiste no solamente en el arte de saber cuando hay que abstenerse de intervenir sino también y sobretodo en el arte de saber manipular los **mensajes tangenciales** (es decir las intervenciones que no apuntan directamente al objeto de análisis pero que se aproximan a él **para regular y estimular el proceso**), pudiendo acompañar esos mensajes con el tono y la emoción de la comunicación verbal (cf. Green A., 1974). Por el

contrario, un buen número de terapeutas (sobre todo los comunicacionistas) creen que pueden solucionar las situaciones más perturbadas haciendo una interpretación aislada. Sería el caso de las prescripciones sugeridas, o aun ordenadas, a la familia como conducta a adoptar en su vida corriente. Esos terapeutas imaginan que así aclaran conflictos sin percibir que lo que hace eficaces a esas prescripciones es la confianza que ponen en ellos los miembros de la familia y la esperanza de un milagro de su parte. En general los terapeutas sistémicos (E.C.P.A.) planean pocas sesiones con la familia. El proceso puede durar uno o dos meses, o una decena de sesiones espaciadas. Luego de terminada la terapia, vuelven a ver al grupo familiar unos meses más tarde. Los que se encuentran fuera del campo analítico imaginan frecuentemente que la interpretación analítica no es más que la explicación de los motivos inconscientes.

Prosigamos con nuestro cometido que pretendería utilizar mejor, aun reconciliar, los conceptos y los métodos pertenecientes a las diferentes escuelas no analíticas. Diremos que los fenómenos descritos como constituyendo la interacción familiar pueden emparentarse a los fenómenos descubiertos en el análisis de los pequeños grupos. Nuestra concepción de la familia es una concepción grupal: permite comprender la estimulación recíproca de los comportamientos, las reglas, la economía de los conflictos y los disturbios psíquicos de sus miembros como productos del grupo familiar (Eiguer A., 1978 - Eiguer A. y Litovsky de Eiguer D., 1979).

Desde una perspectiva psicoanalítica, para el análisis del material de las sesiones, el punto de vista grupal encuentra significativos los vectores siguientes:

a) El funcionamiento inconsciente de la familia en tanto grupo; en suma, la observación se centra sobre el inconsciente grupal:

— Las fantasías inconscientes compartidas y comunes a todos los miembros de la familia (fantasías de aislamiento, de destino de grandeza, etc.).

— Los movimientos pulsionales comunes a través de su expresión emocional y las angustias comunes (angustia de castración, de persecución, de aniquilamiento).

— Las representaciones de objeto que dan forma al universo re-

prestacional del grupo, sus correlaciones múltiples (Gear y Liendo), sus compatibilidades y sus incompatibilidades.

b) Los actos (dramatización espontánea) y las palabras (el discurso de los miembros de la familia como un todo) en el *aquí y ahora* de la sesión (Figura 1).

c) Más particularmente, el hilo conductor de la observación destaca la expresión de las variaciones múltiples y repetitivas de los **mecanismos narcisísticos que desestructuran** la integridad narcisística de los otros miembros de la familia y la usurpan (que algunos incluyen en la noción de perversidad narcisística, paradoja –Racamer, 1972– o simplemente en la puesta en marcha del mecanismo de la identificación proyectiva –Rosenfeld, 1971). A lo largo de este artículo, vamos a explicar más en detalle estos tres elementos (Ver Figura 2).

Por consiguiente, uno de los modos de interpretación es el de apuntar a las fantasías inconscientes comunes a todos los miembros de la familia y activas, en tanto generadoras de conflictos durante la sesión.

II – La familia X: Cuando el padre falta. . .

Elisa es una paciente del Hospital de Día. Tiene 20 años y una historia psiquiátrica ya densa, a pesar de que su patología no es psicótica a primera vista; manifiesta fuertes angustias, falta de dinamismo y otras inhibiciones sobre un fondo de interpretaciones y de sospechas de malevolencia que son al menos inmediatamente criticadas en cuanto las confronta con la realidad. A esto se agrega una buena elocución y una afectividad teñida de romanticismo y exaltada por ensoñaciones amorosas. Se había propuesto el diagnóstico de estado fronterizo. La indicación de una terapia familiar fue propuesta con el fin de resolver los conflictos con la madre, la señora X (de unos cincuenta años) con quien Elisa vive. La tensión en el hogar la empujaba a fugas patológicas: Elisa solía irse. Decía a su madre que lo hacía para “hacerse aplastar” en la autopista o para “hacerse violar por un camionero”. Por otra parte, el fracaso de los múltiples tratamientos psiquiátricos anteriores estaba marcado por rupturas. Los desbordes ansiosos de la madre que temía

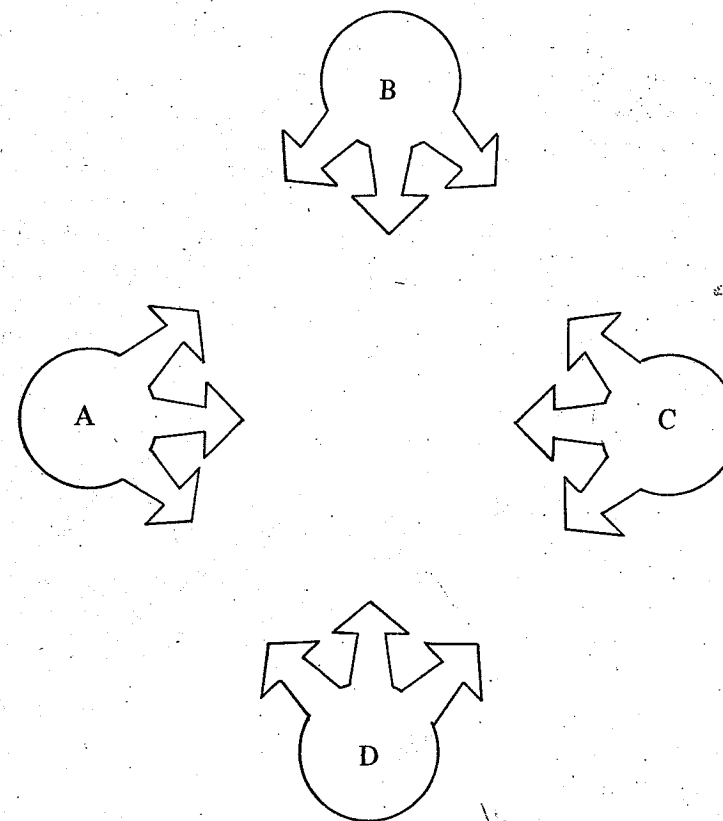


Figura 1: La interacción en el *aquí y ahora* (A, B, C y D miembros de la familia)

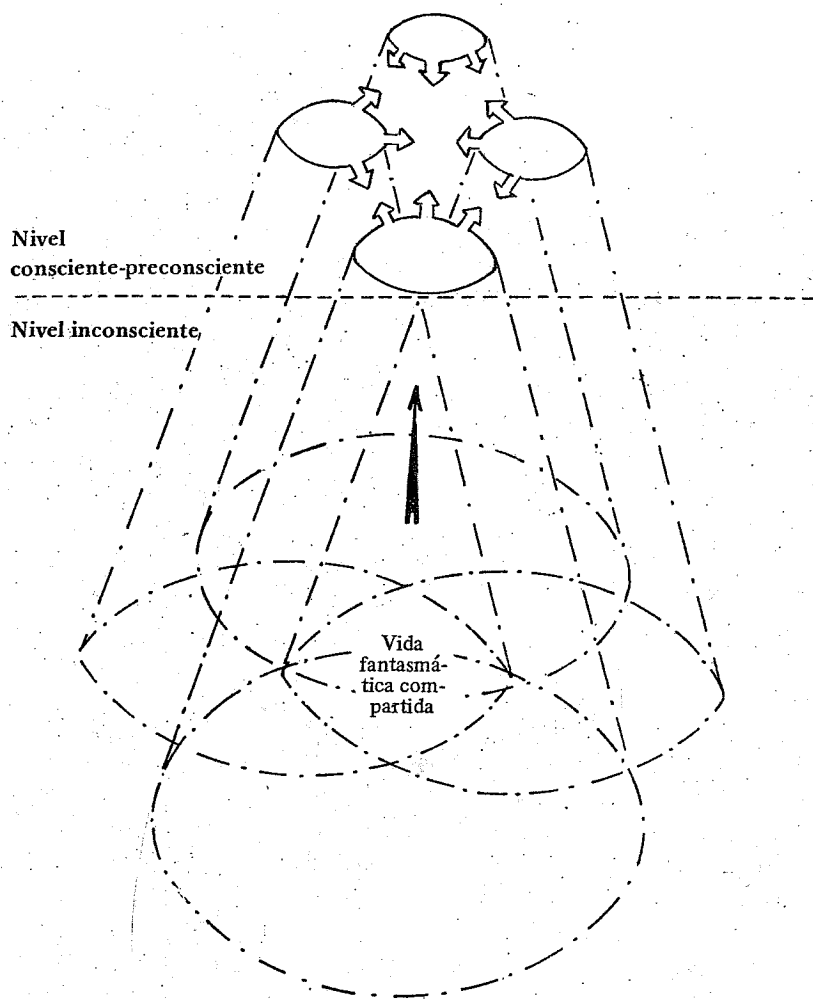


Figura 2: Representación figurada de los dos niveles dinámicos del funcionamiento de la familia: 1) la interacción —nivel consciente-preconsciente. 2) Vida fantasmática común y compartida por todos los miembros del grupo —nivel inconsciente—.

que su hija se suicidara, la impulsaban a apelar a una hospitalización de urgencia, generalmente en un establecimiento psiquiátrico diferente a aquel donde la hija estaba en tratamiento. Esto se reproducía a menudo y conducía a veces a la detención de la cura o al cansancio de los equipos asistenciales. El padre había muerto hacía unos diez años, pero antes los padres se habían divorciado.

La terapia fue encarada como tratamiento de grupo, del vínculo madre-hija y no como terapia de la hija en presencia de su madre, que es el modelo utilizado en el caso de niños. Por otra parte, Elisa estaba en terapia individual hacía dos años. Hemos de resumir dos sesiones que tienen lugar a pocos meses de iniciado el tratamiento.

En la primera sesión, Elisa explica que se compró una camisa a cuadros, a lo que la madre replica que eso es totalmente insignificante, que no vienen a las sesiones para hablar de tales banalidades. Elisa se justifica diciendo que había visto a su terapeuta individual vistiendo una camisa a cuadros y entonces quiso imitarlo. Agrega que piensa sin cesar en ese terapeuta pues está enamorada de él. Su voz expresa una gran emoción. Inmediatamente, la madre se siente obligada a dar su opinión sobre ese terapeuta, que, según ella, es muy joven e inexperto, y con quien su hija no obtuvo ningún resultado al cabo de dos años de terapia. Finalmente confiesa que lo sospecha incapaz, inepto, etc. Se produjo una discusión entre la madre y la hija sobre esta cuestión. Elisa: (el terapeuta) es muy importante para mí." La madre: "Eso, Doctor, es lo que he oído llamar transferencia, ¿no? La discusión continuó en ese tono hasta finalizar la sesión. Entonces fue que intervine con una interpretación (T1) que ponía el acento en la reacción celosa de la madre ante la exaltada demostración pasional de su hija. A lo que la señora X responde que no es una madre celosa sino más bien al contrario pues aceptaría de buen grado que Elisa tuviera un amigo. Para reforzar su postura, la señora X dice que estaría encantada de ver llegar un muchacho a la casa; ocuparía el lugar del hermano mayor de Elisa, que falleció cuando era muy pequeño. La señora X sufrió mucho a causa de esa pérdida y a ello obedeció la decisión de tener otro hijo: así fue concebida nuestra paciente (!).

No nos detendremos en las interpretaciones suplementarias de esta sesión y pasamos inmediatamente a la siguiente. En ella, hemos de encontrar la técnica de las intervenciones "en espejo" que

ponen de relieve los aspectos complementarios o recíprocos de la vivencia emocional latente de los miembros del grupo familiar.

Elisa inicia la sesión diciendo que pasó dos semanas bastante tristes, que llora todo el tiempo y que si la relación con el terapeuta individual continúa siendo ficticia (no utiliza este término sino otro que he olvidado) puesto que es efecto de la transferencia, su vida no tiene más sentido: prefiere morir, se siente vacía, etc. La madre dice inmediatamente después respecto de sí misma, que siente cada vez más confianza en mí (el Dr. E.), lo que la tranquiliza mucho. La señora X está menos inquieta en cuanto a la enfermedad de su hija. Piensan que consigo, Elisa está en buenas manos (por otro lado nunca comprendí si la madre acariciaba la esperanza de que su hija dejara al Dr. M. para empezar una terapia individual conmigo). Yo debí sentir cierto malestar en ese momento por esta manifestación inesperada de simpatía (una tentativa de seducción), invitación que me ponía en conflicto de rivalidad con el Dr. M., conflicto que yo había querido evitar desde el comienzo, desde el momento en que yo había precisado que la terapia individual y la terapia familiar eran complementarias. Yo temía que de tomar a Elisa en terapia individual, la madre manifestara una resistencia contra la terapia familiar, lo que significaría hipotéticamente no ver a la madre y a la hija en conjunto. Luego de una sesión parecida a la precedente que debió tocar emocionalmente a la señora X, la manifestación inesperada de simpatía de su parte hacia mí, que podía por un lado halagarme mucho, me parecía contener el germen de una resistencia: su propia partida elegantemente preparada, resistencia que veíamos aparecer de tanto en tanto y que se manifiesta aquí por el hecho de proponernos a su hija en terapia individual. Una segunda interpretación complementaria sería que la señora X adopta una actitud seductora con respecto a mi porque debió sentir el señalamiento respecto de sus celos hacia Elisa (T1). Con el fin de cortar el insight, actúa como si quisiera decir: "Mire, yo también tengo alguien de quien enamorarme; sólo haría falta que ese alguien quiera . . ." (3)

(3) "Si quiere, es que lo seduja. Así yo le pruebo que no estoy celosa y que puedo dejar a mi hija entre las manos o los brazos de un tercero (el Dr. Eguier). En fin, puedo contentarme con la ilusión de que es sensible a mis proposiciones."

Con este largo comentario quisiera introducir el señalamiento que hice a la madre en un momento ulterior de la sesión. Dije (T2) a la señora X que generalmente lo que ella explica es sensato, casi demasiado sensato, pero desprovisto de afecto. Por ejemplo, el problema de la transferencia, amorosa: ella razona sin manifestar emoción cuando su hija parece sufrir. La señora X dice entonces que hace tiempo ella era una persona muy sensible, pero que después de su divorcio, se endureció porque había que afrontar dificultades económicas, etc. y se volvió demasiado fría. Yo agregó (T3) luego que madre e hija adoptan una actitud opuesta. Elisa parece ser una chica soñadora, que necesita construirse un mundo de ilusiones sentimentales, mientras que la madre parece muy realista, buscando la utilidad de las cosas. Cuanto más sueños construye Elisa, tanto más trata de destruirselos la señora X. La señora X insiste sobre el hecho de que ella no era así antes. Explica entonces todo lo que debió superar en ella misma: su debilidad, su sensibilidad para saber enfrentar tareas directivas en su oficina. Un poco más tarde completó la interpretación (T4) con dos señalamientos:

a) Que Elisa ama a alguien inaccesible pero importante: su terapeuta, lo que le permite a la vez soñar y provocar a su madre por el valor social del personaje;

b) Que esto perpetúa la postura extremadamente realista de la madre que quiere en cada ocasión corregir "el error" de su hija, que a su vez se deja llevar por la exaltación de sus emociones. Cuanto más se muestra la madre opuesta al Dr. M., más le parece a Elisa que ha triunfado. Luego de esta intervención sobrevino un desarrollo en el que Elisa admitió que todo eso era un juego, etc.

Se podría epilogar largamente esta sesión con que quise mostrar un caso familiar con un paciente no psicótico. La serie de interpretaciones es establecida, en general, según el ritmo progresivo en la toma de conciencia y, seguramente, según las posibilidades del terapeuta de comprender el material. Hemos tratado de aplicar una metodología general. Esta metodología aconseja, entre otras cosas:

1) Evitar las interpretaciones individualistas y poner el acento en el análisis de las actitudes y contraactitudes. En un material grupal se puede reparar en el funcionamiento mental propio de los sujetos.

Sin embargo, las interpretaciones que toman como objeto al inconsciente individual provocarían una división en el grupo y cada uno parecería entonces seguir un análisis autónomo con el terapeuta. Por el contrario, lo que se desea es que unos y otros logren un conocimiento profundo de su estilo de interacción grupal y esto con el fin de instaurar un modo de intercambio donde el reconocimiento reemplace al pasaje al acto y a la presión de leyes asfixiantes. De este modo podría nacer el sentimiento de volverse co-responsable ("co-responsabilidad"), lo cual es totalmente negado por los individuos en conflicto.

2) Sin embargo, si uno se siente impulsado a hacer una interpretación individual, sería importante encontrar una forma de articularla con lo que permite ver el material aportado por los otros miembros del grupo (esto puede realizarse en un segundo momento de la sesión) y siempre con la perspectiva de encontrar el denominador común de las representaciones, de las angustias y de los afectos (ejemplos de T1 y T2 seguidas por T3 y T4). Por el contrario hay situaciones en que las intervenciones individuales se vuelven necesarias, por ejemplo en los momentos de gran depresión o de regresión en un sujeto en particular. Doy aquí un sentido amplio al término regresión incluyendo las manifestaciones de actig-out.

Me parece que una de las mayores preocupaciones del terapeuta debería ser el equilibrio: quiero decir con esto que, dado que toda interpretación es frustrante y dolorosa, no sería necesario que un miembro del grupo se sienta más frustrado que otro. De este modo, al enviar a cada miembro y al conjunto del grupo una interpretación cualquiera, un sentimiento de justicia puede ser sentido por todos los presentes. Del mismo modo con respecto a los movimientos de reparación, cuando el terapeuta siente que es necesario interpretarlos⁴.

(4) La actividad inconsciente en los pequeños grupos (y la familia es un grupo) fue estudiada por D. Anzieu (1972 y 1975) quien descubrió una serie de fantasías inconscientes comunes a todos los participantes de situaciones específicas. Por ejemplo, habla de fantasía de "ruptura" del grupo vivida como una boca, fantasía de grupo máquina.

Yo pienso que se pueden encontrar diferentes fantasías inconscientes según las familias y su funcionamiento de tal modo que la familia de un psicótico presente una constelación de fantasías inconscientes distinta a la de la familia de un neurótico, por ejemplo.

3) En el caso de la "Familia X", fue necesario primeramente delimitar las actitudes pares y los calificativos opuestos y contrastantes que, por otra parte, nos parecían centrales en el conflicto.

4) Confrontar a las personas con sus comportamientos recíprocamente estimuladores, permite en un momento ulterior explicitar sus tentativas inconscientes de provocar, dislocar, debilitar o manipular el psiquismo del otro. En otros términos, ponerlos en contacto con su funcionamiento narcisístico que tiende ante todo a invadir a los otros. En el caso de Elisa, quise destacar la acción provocadora de su relato amoroso. Elisa contaba su historia no con el objeto de ayudarnos a ver lo que le pasaba, sino simplemente con el fin de atacar a su madre (la señora X) expresando así un antiguo malestar que existe desde la partida del padre y se mantiene vigente. Es probable que su fantasía sea: "Mamá, tú quisiste que papá se fuera porque lo sentías demasiado cerca de mí". Pero la madre vive también bajo la influencia de la fantasía de seducción paterna y del deseo reprimido de ser seducida. A este respecto, vimos la tentativa de seducción que se manifestó en la transferencia cuando la señora X imaginó el placer que yo tendría por sentirme un terapeuta excepcional: el único que podría calmar sus angustias (!). Esta es entonces la posición de las fantasías inconscientes compartidas por este grupo (concepto al que nos hemos referido anteriormente)⁵.

5) Ignoro si mi interpretación T2 fue la indicada. Solamente quise "metacomunicar" rechazando" la invitación transferencial". Las interpretaciones de la transferencia unipersonal directa merecen la misma reserva que toda interpretación unipersonal (no grupal), pero además pueden crear resistencias a la transferencia, paralizando

(5) Con el objeto de descubrir los caminos del reequilibrio, me parece importante atraer la atención sobre los miembros silenciosos y aislados. Que haya silenciosos y aislados (y que se aislen) es un fenómeno frecuentemente observado que traduce en la sesión los engramas de la segregación y de la marginación familiares. Ciertos terapeutas provocan activamente la participación de los marginales. Yo pienso que es preferible explicar el sentido de esta marginación, sentido extraído de la dinámica grupal. Sin embargo, un simple gesto puede estimular la participación del miembro aislado. Por ejemplo: a) nombrar al individuo en cuestión o decodificar su mímica (su metamensaje); b) analizar el sentido de la ubicación de su asiento en el consultorio; c) explicar, acentuándolas, las pocas palabras que apenas osó expresar, etc.

las asociaciones. En nuestro caso, lo que observamos, por el contrario, fue que la señora X nos confió un aspecto muy importante de su evolución personal luego de nuestra intervención. Segunda observación: la transferencia individual está siempre presente en el material, a veces al servicio de las resistencias. Pero si la ponemos de relieve, con el pretexto de querer superar las resistencias, nos arriesgamos a perturbar la evolución del proceso. Este proceso extrae su fuerza de la mutación resultante de la **integración** progresiva de los individuos en el grupo. Por eso en el caso de interpretar la transferencia, el acento será puesto en el grupo, es decir en la transferencia grupal: el recorte de las representaciones de objeto proyectadas sobre el terapeuta y compartidas por todos los miembros de la familia en un momento dado.

6) Se podrá reprocharme haber otorgado un lugar demasiado importante al desborde narcisista, argumentando que se trata en este caso de un material esencialmente edípico, y por lo tanto dominado por el investimiento libidinal, la genitalidad, etc. Se podrá además señalarme que la actitud provocadora y manipuladora de Elisa concuerde con la observación de los pacientes histéricos, en principio considerados más allá de la problemática pregenital. Si nuestro crítico imaginario quisiera ser aún más severo con nosotros, podría concluir entonces que nuestro método se refiere a aspectos superficiales del conflicto. A todo ello, yo trataría de responder con lo siguiente: teniendo en cuenta la **pregnancia económica** de las fantasías de seducción y de castración⁶. Encontramos en este tipo de pacientes una regresión a los estadios pregenitales en los que el uso de mecanismos narcisistas tendientes a la actuación (identificación proyectiva) es su mejor arma defensiva. En segundo lugar, recordemos el primer material de la sesión inicial, cuando Elisa contaba que se había comprado una camisa a cuadros parecida a la que llevaba el terapeuta. Allí se ve aparecer la regresión en la identificación con el objeto de deseo, o aún en la imitación: entrar en la piel del otro (camisa = piel); lo cual muestra el movimiento hacia el narcisismo. Todo lo que sigue está suficientemente impreg-

(6) Donde se ven liberarse al mismo tiempo pulsaciones amorosas y agresivas en una especie de explosión instintiva que impide discriminarlas.

nado, en las dos mujeres, por el esfuerzo para: a) quedarse en el interior del objeto; b) controlarlo, o c) apropiárselo narcisísticamente.

7) Quisiera sintetizar las intervenciones hasta aquí mencionadas. El conjunto de las intervenciones puede ser reconstruido en un movimiento "en acordeón" en tres tiempos. Durante el **primer tiempo** se trata de ubicar las diferencias significativas entre los miembros de la familia: las palabras, las actitudes, los actos, sobre todo lo que resulta contradictorio y opuesto. En este caso, mostré con esta oposición se realimenta y hace aferrarse a las dos mujeres a su rol respectivo. "Soñadora y apasionada" por oposición a "concreta y realista". Estas dos actitudes contradictorias (clivage) pertenecen ambas al universo de las relaciones sentimentales. Pero aquí ese clivage impide el acceso al objeto de amor: manteniendo el juego repetitivo del desacuerdo, ambas evitan mostrar que están de acuerdo (inconscientemente) en perpetuar su aislamiento sentimental. Ni una ni otra va en busca de una pareja (el hombre imposible; no es posible tener un hombre). Sin embargo, esas diferencias son elementos pertenecientes al mismo universo y tienen un carácter complementario.

Durante el **segundo tiempo**, se trata de encontrar, por medio de una intervención, qué tiene de común las diferencias significativas. Luego se señala la necesidad de coexistencia. Como los individuos están en conflicto, es decir en oposición, este segundo tiempo puede provocar displacer. Pero he aquí cómo puede acarrerar un cambio: por el hecho de que el afecto displacentero remite a un movimiento libidinal, la necesidad de coexistencia, que es una forma de amor. Lo que resulta desagradable es que aunque traten ficticiamente de distinguirse para odiarse mejor, los miembros de la familia se encuentran más cercanos unos de otros, mientras que conscientemente pueden sostener que toda proximidad implica una pérdida de límites (ese juego paradójico será más ampliamente analizado en IV).

Durante el **tercer tiempo** se pretende consolidar las intervenciones anteriores con un salto dialéctico: se puede relacionar los sentimientos comunes con las **fantasías inconscientes del grupo** o con

la transferencia grupal⁷. Suele suceder que no se superan los dos primeros tiempos del movimiento: se trata de intervenciones que apuntan a las defensas grupales, defensas que protegen al grupo contra las fantasías, las pulsiones, etc.

Los tres tiempos que componen ese movimiento en acordeón (1: amplitud — contradicciones; 2: síntesis — acercamiento; 3: profundidad) pueden tomar una o varias sesiones. En el curso de las primeras etapas del proceso, quizás sea necesario no superar la explicitación de los juegos defensivos (secuencias 1 y 2). Además, durante la primera secuencia podemos consagrarnos a un miembro en particular, previendo en un segundo momento de la sesión, la integración de los señalamientos individuales en la vivencia colectiva.

III — La familia Y, en la que se ve cómo los psicóticos pueden ser los más lúcidos.

Presentaremos un resumen de dos entrevistas preliminares con una familia compuesta por el padre, el señor Y, la madre, la señora Y y su hija Inés. Nos detendremos en una intervención realizada hacia el final de la segunda entrevista. En las entrevistas exploratorias realizadas en vista de una indicación de terapia familiar, preferentemente se hacen preguntas solamente. No obstante, nosotros realizamos una interpretación de prueba antes de encarar la terapia con el fin de evaluar la capacidad de insight de los participantes.

En la primera entrevista el señor Y expuso largamente las peripecias de la enfermedad (una psicosis) de su hija. Lo hizo con lujo de detalles y un lenguaje altamente sofisticado. Al cabo de una media hora Inés se sintió mal y dijo que todo eso le recordaba mo-

(7) En el caso hipotético de una interpretación transferencial se podría mostrar (aspecto disociado) como madre e hija se comportan conmigo de un modo inverso al que utilizan para comportarse la una hacia la otra. La madre se mantenía fría y realista frente a las dificultades sentimentales y emocionales de su hija, pero deseaba sentirse más cerca de mí. La hija se mostraba indiferente conmigo en tanto exhibía todo su pesar y su capacidad de sentir. En el momento de la síntesis hay varias posibilidades: podría concluirse que tanto una como otra deseaban, en momento diferentes, mantenerme a distancia (resistencia a la transferencia).

mentos bastante penosos. Luego de un instante de aflicción, se recuperó reprochando a su padre haber vuelto del trabajo una tarde (la víspera de la sesión) sin preguntarle qué había hecho durante la jornada. Más bien él se puso a contarle lo que había hecho durante el día, a hablarle de las personas que había encontrado, etc. Enojada, Inés terminó por ir a encerrarse en su cuarto.

En la segunda entrevista, pregunto sobre los hermanos de Inés: si su salud había preocupado a la familia en un momento dado. Me contestaron que un hermano de Inés los había inquietado mucho cuando pequeño. Tuvimos miedo que muriese de una afección maligna. Durante todo el tiempo que esperaron el resultado definitivo de los exámenes, el padre estaba desesperado temiendo lo peor, mientras que la madre estaba convencida de que el niño no estaba muy enfermo. Ella había sentido el desenlace de la situación: su hijo iba a ser salvado. En efecto, la madre tuvo razón. Los resultados de los exámenes mostraron que el pequeño no padecía ninguna afección maligna.

Pregunto entonces sobre el embarazo y el nacimiento de Inés. La madre dice que había estado muy preocupada durante todo ese período, pero no quiere hablar. El señor Y agrega que él considera a su esposa como una mujer muy sólida, mucho más sólida que él. Luego de haber vivido momentos muy duros, encontró en sí misma una fuerza excepcional de recuperación. Durante la entrevista hubo un momento muy confuso y la madre dijo no querer evocar esos recuerdos. El clima se pone pesado. . . La señora Y se vuelve reticente y se opone a "esta especie de interrogatorio". Yo me siento perplejo, no comprendo porqué ella no quiere confiarse, que afectos despierta en ella la evocación de los recuerdos, etc. No quiero desesperarme, me digo: "¿Qué puedo hacer? ¿No habré sido duro con esta mujer?" Pienso en qué he podido "ofenderla", no lo sé. Un momento más tarde, siento que un sentimiento de admiración religiosa hacia esta madre ejemplar invade a todos los miembros de la familia.

Del mismo modo que en la entrevista anterior, Inés irrumpe con una queja. Nunca decía nada en la casa. Se sentía inferior a los otros, pero sobre todo consideraba que sus padres sabían todo sobre ella, al punto de adivinar sus ideas y sus pensamientos. En con-

secuencia no le era fácil hablar de algo nuevo e interesante; ellos ya lo sabían, lo habían adivinado.

Intervengo entonces para decir que la voluntad de la madre de querer guardar secretos me parece relacionada con la facilidad atribuida por Inés a sus padres de comprender todo antes de que ella hable. Me explico mejor: ¿la dificultad de Inés tiene para comunicarse no está ligada al clima de discreción y prudencia que domina la comunicación en el hogar? La señora Y en lo sucesivo parece menos bloqueada, pero Inés sigue crispada. Tengo la impresión de que quiere decir algo o que quiere comprender un poco mejor lo que dije. Doy más precisiones pero sin complicar la interpretación. De hecho quise evitar la sobrecarga de los mensajes por temor a provocar un malentendido. Dije que en su manera de comunicarse parece que tienen miedo de abrirse y de hacer preguntas embarazosas; eso podría haber condicionado en Inés la idea de que se puede adivinar el pensamiento.

1) El desarrollo de las dos entrevistas plantea el problema de la especificidad del funcionamiento mental de las familias de los psicóticos. Tal como la relaté, esta observación puede dejarnos insatisfechos⁸, salvo en lo que concierne a la política del secreto, los temas tabúes y esa reticencia súbita y paralizante que puede detectar el clínico⁹. La presencia de secretos de familia parece perturbar el desarrollo de la curiosidad infantil. El niño tiene miedo de saber, de conocer, de volverse cómplice del conocimiento. Prefiere en ese caso desestructurar las bases del pensamiento simbólico como si extendiera ese miedo a toda verdad, a todo saber. No queriendo dar al diálogo su lugar de herramienta irremplazable para acceder al pensamiento del otro, Inés prefiere atrincherarse en su ilusión de la omnipotencia de los padres (transmisión del pensamiento, interpretación delirante). El psicótico se impone entonces

(8) El funcionamiento mental de la familia de psicóticos mereció buen número de estudios, algunos han descubierto constantes rasgos permanentes y objetivos.

(9) Se puede decir que es a nivel de la contratransferencia donde el funcionamiento psicótico de este grupo familiar: mi perplejidad unida a la sensación de haber cometido una falta sin saber cuál (Como el señor K. en "El proceso" de Kafka. Parafraseando a Bion, podríamos llamar a ese sentimiento provocado por la familia del psicótico "la falta sin nombre"). Si estuviéramos en una fase más avanzada de la terapia, creería plenamente justificado comunicar a la familia lo que acabo de decir.

una "nueva" realidad, delirante a veces, para consolidar las barreras y desacreditar tanto las emociones como las bases lógicas del pensamiento y también el servicio de la palabra. Aunque este esquema parezca simpatista, si sabemos completarlo con otros elementos, nos permitirá distinguir el funcionamiento mental de las familias de psicóticos del de las familias de neuróticos o de normales, en quienes es la represión, a diferencia de los secretos, lo que domina y da lugar a un desarrollo más logrado del pensamiento y de la personalidad.

2) Durante las entrevistas, pudimos observar que Inés intervino en dos oportunidades haciendo reproches a sus padres como si quisiera forzarlos a hacerle un lugar. Parece sentirse excluida cuando relata la llegada del padre a la casa o cuando se queja de su segregación. Pero en el contexto del aquí y el ahora, podemos decir que denuncia el conflicto grupal erigiéndose como el portavoz de este último. En este aspecto debemos poner nuestro interés, y en ese camino llevar la investigación en tanto Inés parece "concentrar" en ella un sufrimiento, cristalizando de algún modo la tensión emocional de los otros miembros. El relato narrativo de corte defensivo (el padre en la primera entrevista, por ej.) fue desbordado por la provocación que Inés desató en el momento en que la tensión era la máxima. Por otra parte, Inés pareció la más perturbada; pero movilizó el afecto y por ende el diálogo, volviéndolo más comprensible.

Según nuestra opinión la interpretación debería partir de eso: de la intervención del portavoz, que es una "vía regia" hacia el inconsciente del grupo familiar. En el caso feliz de encontrar un modo de ligar la intervención del portavoz con las fantasías colectivas, podremos encontrarlos muy cerca de un material significativo (en este caso de la fantasía de devoración, como veremos más adelante). Y en el caso contrario, habría que poner de relieve la formulación del miembro portavoz con el simple objeto de promover asociaciones¹⁰.

(10) La intervención del terapeuta no debe parecer un descubrimiento extraordinario. Se lo ha dicho a menudo. Más bien habría que impedir toda idealización artificial e inútil del terapeuta tanto con la simplicidad como con la claridad del contenido de la interpretación y de la enunciación. En el caso contrario, los miembros de la familia se quedarán

3) Si es cierto que debido a pocas cosas progresa el proceso terapéutico, también es cierto que el esquema conceptual del terapeuta influye mucho en el contenido de su observación (lo que más le interesa, lo que más lo sensibiliza); aunque haya una puntual intervención, hay que distinguir lo que se produce en análisis de lo que se produce en terapia. La actitud del terapeuta está influenciada no sólo por el esquema conceptual sino también por los fines que se propuso en su trabajo con una familia. El conjunto de los objetivos condiciona a la estrategia global del tratamiento. En un análisis los objetivos son dos: hacer consciente lo inconsciente y dejar que se instale la neurosis de transferencia. Son éstos objetivos universales y exclusivos aplicados a cada caso. No se podrían agregar fines específicos "a medida", para cada analizando. Lo que distingue precisamente la estrategia del análisis de la de cualquier otra terapia (incluida la terapia familiar— es que en esta última, además de los **objetivos universales** que se desprenden en parte de las opciones teóricas del terapeuta, se formulan **objetivos particulares** propios de cada caso. En una terapia familiar nos podemos proponer resolver las crisis de autonomía de un adolescente con respecto a su medio. Una estrategia así concebida vuelve a la actividad interpretativa del terapeuta tendenciosa—si se me permite el uso de ese término en un sentido amplio— y por consiguiente limitada. El terapeuta puede así encontrarse prisionero de su propio proyecto; al impedirle éste libertad de movimiento, pierde finalmente su espontaneidad.

Una segunda consecuencia es que, aun la más somera intervención (la puesta en evidencia de una palabra, por ejemplo) está fuertemente impregnada, y no voluntariamente, de la estrategia propuesta, de tal modo que no se puede evitar la inducción terapéutica. Estas dos dificultades no se presentan en el análisis. ¿Cómo remediarlas?

No quiero defender un rigor excesivo o una asepsia purificadora, sino por el contrario, subrayar el interés de la metacomunicación y del mensaje que acompañan implícitamente al contenido de la in-

con la boca abierta ante la bella expresión del terapeuta sin llegar a una toma de conciencia. A veces la síntesis de algunos hechos, el reagrupamiento de los aspectos que más nos impactaron, llevar la atención hacia un lapsus o una homofonía, son de un gran valor.

terpretación. Quisiera también que nos propusiéramos como consigna mantenernos flexibles a fin de adaptar nuestro lenguaje, nuestro estilo, a las diversas situaciones. Cuanto más podamos diversificar nuestro estilo mejor, podremos hacer retroceder los límites de nuestro esquema y transformar la estrategia compleja de la terapia de modo que provoquemos una actitud movilizadora en los miembros de la familia. En ese sentido, hablando de la familia Y, quería decir que el lenguaje simple pero abierto me parecía dinamizante (como si se quisiera señalar con la metacomunicación que no se producirá ninguna catástrofe si se develan los secretos).

4) Otro punto quizás surgido en relación al "clivage": cuando la familia presenta una fisura, es en el sentido de la misma que el psicótico se margina y es marginado; es interesante ver cómo las asociaciones en su discurso, en relación a la vivencia de los otros (la interacción), pueden mostrar la naturaleza artificial de esa fisura, su aspecto defensivo. Durante toda la primera parte del tratamiento, el trabajo sobre las defensas es indispensable. Precisamente es ese "clivage" en tanto sostén del conflicto, "clivage" entre sanos y enfermos, lo que se ve aparecer con más fuerza. Fue con respecto al eje salud-enfermedad que se estructuró la primera parte de la entrevista inicial durante la que el padre evocó la enfermedad de su hija en términos bastante duros, como si quisiera decir "Yo no tengo nada que ver con eso".

Se dice, y con razón, que la terapia familiar restituye "a los humillados y a los ofendidos" su lugar en la familia. De hecho, la terapia de familia enfrenta los sistemas defensivos de dominación uno de cuyos sostenes ideológicos es la concepción discriminatoria. Aquel que pone el acento en el obstáculo y las dificultades para superarlo, aunque lo haga simplemente para explicarnos ("es por tu bien que cuento que has perdido todos los trabajos a los que te presentaste") o bajo el pretexto "de ayudar al paciente para que sea bien considerado", está haciendo una inducción paradójica. Define la relación como simétrica (mensaje global) pero en realidad, es hiriente y descalificador, con lo cual se comporta en términos de relación complementaria (Haley).

5) El discurso discriminatorio nos remite al problema de la posesividad. Concebir una relación como complementaria permite, con

la segregación del otro, manipularlo y por lo tanto controlarlo. Volvamos a Inés. Su proceder aparece como una irrupción (cuando funciona como portavoz). Se siente excluida. Su propia voracidad parece ser reactivada no sólo por el discurso familiar sino también por su propio deseo de devorar. En conclusión, todo ese sistema familiar nos parece tributario de la fantasía de devoración compartida. Estar en el interior del otro —pero con un tenor más arcaico que en la familia X— también es producto de la misma fantasía. En el ejemplo de la familia Y, la fuerte convicción de la madre en “saber que su hijo no tenía ninguna afección maligna, aun antes de conocer los resultados de los exámenes” es un claro ejemplo del fenómeno “estar en el interior del otro”. El pensamiento se apropió, de un modo omnipotente, de lo que ocurría en el interior del cuerpo del otro. En síntesis, he aquí porqué en el momento en que Inés (el portavoz) dice que cree que sus padres conocen por adelantado sus pensamientos, hace aflorar a la superficie el engrama familiar común del fenómeno “estar en el interior del otro”: objeto y sujeto devorándose mutuamente. El padre parece sentirse invadido por la excesiva demanda de Inés: está profundamente embargado por el temor de ser devorado. A causa de este miedo, se muestra padeciendo la fantasía inconsciente de devoración y así impide a Inés acceder a una vía defensiva de elaboración. En tanto la demanda devoradora no encuentra respuesta calmante, continente, es decir una respuesta que le quite dramatismo al alcance de “tengo necesidad de comerte, de despedazarte”, tanto más se intensifica. Esta demanda desborda entonces de angustia y de insatisfacción dejando al individuo en carne viva, sin posibilidad de secundarización. Cuando los miembros de una familia están sujetos a una misma fantasía inconsciente, cada uno está impedido por esa fantasía de encontrar una solución que permita construir recursos defensivos. Entonces los conflictos estallan; se hacen permanente, repetitivos. Nosotros decimos que se trata del conflicto familiar típico (Figura 2).

IV. Los conflictos de raigambre paranoica

Una vez se le preguntó a un especialista en terapia familiar cuáles eran los textos básicos para una buena formación en esta técnica

ca terapéutica. Entonces, respondió al clínico inquieto por adquirir conocimientos que había que leer libros de diplomacia y eventualmente de técnica militar. Encuentro esta recomendación bastante perspicaz. En efecto, viendo el modo como los diplomáticos encaran los conflictos entre las naciones más irreductibles, podremos encontrar los medios para abordar las disonancias hogareñas, no obstante si los diplomáticos tienen la gentileza de dejar ver a los profanos su proceder en las tratativas con los gobiernos, lo que no siempre sucede. Sin embargo, el ex secretario de estado de Estados Unidos, H. Kissinger, señaló luego de acuerdos eficaces de su política “de pequeños pasos” en Medio Oriente que ningún acuerdo deja a las partes totalmente satisfechas. Por el contrario, siempre quedarán con el sentimiento de estar por debajo de las exigencias iniciales. Todo el arte del diplomático consiste entonces en conducir a unos y a otros a aceptar esta sensación de insatisfacción. Pero ¿de dónde sacan los adversarios la sensación de conformidad con el resultado de las negociaciones si lo que obtuvieron está lejos de su primera demanda? Más bien de ver que la otra parte no obtuvo tampoco una satisfacción a sus exigencias, dirán los terapeutas de familia.

Cuando los individuos están en conflicto, pueden utilizar tácticas que degradan al otro. Tal es el caso de las familias donde se escuchan los reproches más severos o deseos catastróficos hacia los otros (la maldición). Se percibe el desafío, el deseo de venganza, la amenaza; y a menudo el terapeuta se siente aturdido frente a estas familias a la vez heridas y amargas, y no sabiendo cómo intervenir sin hacerse expulsar por todos los miembros (cf. Neyrault, 1978). Existe un método para abordar las situaciones francamente paranoicas, consiste en la **recuperación de los aspectos positivos** en cada miembro. Es decir destacar las buenas disposiciones, las buenas intenciones de los actos o palabras manifestadas o expresadas. Se trata de un método que emana de una verdad evidente y no de una tentativa fantasiosa de seducción de parte del terapeuta. En situaciones paranoicas cada sujeto se defiende con el **split-out**: una técnica defensiva que consiste en amalgamar el “clivage” y la proyección de la parte negativa de sí mismo sobre otro de tal modo que la parte buena —el amor— queda inconsciente, no reconocida

ni por el sujeto ni por su "adversario". En ciertos casos, el individuo puede defenderse de las recriminaciones que le son dirigidas haciendo valer sus bondades personales, pero eso no constituye más que un método todopoderoso que pretende "enyesar" una herida narcisística demasiado evidente. A menudo esas respuestas exasperan aún más el adversario cuyo objetivo fundamental puede consistir en dislocar el equilibrio narcisístico del primero. En la intervención constructiva y reparadora no se trata de hacerse eco de ese tipo de mensajes, sino de tratar de superar el marco de las manifestaciones aportadas con lo que no es conocido conscientemente con el fin de reinvertir el movimiento económico instaurado. En otros términos, desde nuestra posición (y es evidente que esta modalidad de interpretación puede ser sostenida solamente por una transferencia positiva de parte del grupo hacia el terapeuta), pensamos que hay que señalar a los miembros de la familia que no pueden admitir los investimentos libidinales, las solicitudes y los aportes afectivos (la necesidad de amor) de unos hacia otros¹¹.

En estas circunstancias, con esta interpretación reparadora nos dirigimos al super yo punitivo de la familia, nutrido en una ideología moralizante, calmándolo y volviéndolo más flexible. De hecho, el conflicto paranoico de base nos muestra a alguien que se erige en superyó punitivo de los otros, condenando, administrando advertencias, rebajando, etc. Reproduce en la constelación relacional de su medio lo que perturba su interior, donde el yo es totalmente invadido por el superyó, llevado por una guerra sin perdón contra el objeto interiorizado.

Ahora volvamos a la anécdota del diplomático. Igual que en el caso de naciones en conflicto en que el trabajo diplomático consiste en último análisis en cambiar la imagen del enemigo, uno de los fines de esta operación reparadora sería permitir el reconocimiento del otro en otro valor y en otra postura.

(11) En familias donde los individuos son muy susceptibles, sensitivos, con un sentimiento de auto-referencia lindando ya con la interpretación delirante, pueden apropiarse de las interpretaciones que el terapeuta dirige a los otros miembros para insistir sobre "sus malas intenciones". Frente a ese riesgo, la interpretación de los aspectos positivos (libidinosos) trata de hacer fracasar toda la estructura interpretativa en la medida que busca desconocer la voluntad destructiva en el otro (idea que suscitó el sentimiento de persecución en el primero).

En ese caso, el otro puede parecer diferente porque es realizado por el terapeuta. En otros casos todo el grupo asiste en el momento en que el otro oye las interpretaciones que lo confrontan con aspectos dolorosos de sí mismo, y es entonces que es visto por los otros miembros de la familia en un contorno personal más claro. Es visto en su multiplicidad, en su realidad sufriente, en su pedido desesperado de consuelo.

La terapia familiar, frente a los conflictos destructivos, apunta fundamentalmente a diluir el alcance identificatorio de las proyecciones, consistentes en renovar el deseo de no existencia psíquica de los miembros, al mismo tiempo y en vaciarse en las disputas, en los intercambios descalificadores. No existir es una manera de defenderse de la angustia de aniquilamiento, al mismo tiempo que se sucumbe a ella. De este modo cada miembro de la familia podrá recuperar un sentido individual de su existencia en la medida en que podrá ser reconocido como "otro".

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU D. y col. (1972), Le travail psychanalytique dans les groupes, Dunot.
- ANZIEU D. (1975), Le transfert paradoxal, NRP, N° 12, p. 44.
- ANZIEU D. (1975 b), Le groups et l'inconscient, Paris, Dunot.
- EIGUER A. (1978), La prise en charge des familles dans un Hopital de Jour, L'inf. Psych, 54, 9, p. 953.
- EIGUER A. et EIGUER D. (1979), Contribution psychanalytique a la théorie et la pratique de la psychothérapie familiale, Persp. Psych.
- EIGUER D. LITOVSKY (1978), Essai de rapprochement entre la théorie systémique et la théorie psychanalytique de groupe dans leur application a la thérapie familiale, Conférence du Groupe-ment d'études de neuropsychiatrie infantile, 25-XI-78.
- FREUD S. (1953), La technique psychanalytique, Trad, franc. au PUF, Paris.
- GEAR M. C. y LIENDO E. (1976), Psychanalyse, sémeiologie et communication familiale, Evol. Psych., XLI, fasc. 2, p. 240.
- GREEN A. (1974), L'analyste, la symbolisation et l'absence, NRP, N° 10, p. 225.
- HALEY J. (1963), Strategics of psychotherapy, New York, Grume and Stratton.
- HAYNAL A. (1977), Le sens du désespoir, Revue F. Psychan., 41, 1-2, 17-186.
- NEYRAUT U. (1977), Les logiques de l'inconscient, Paris, Payot.
- ROSENFELD H. (1977), Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of proyective identification in ego structure and the object relations of the psychotic patient, in Problems of psychosis, Experta Medica, Amsterdam.
- RACAMIER J-P. (1978), Les paradoxes des schizophrènes. Rapport au Congres (37) de psychanalystes de Langues Romaines, Florence.
- SELVINI-PALAZZOLI y col. (1975), Paradoxe et contre-paradoxe, Trad. franc., Les Edit. E.S.F., Paris.
- STRACHEY J. (1948), Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis, Rev. de Psicoanálisis, V.

TRATAMIENTO REALIZADO EN UNA INSTITUCION DE ACUERDO AL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA DE VIRGINIA SATIR

Lic. NORMA BERDICKEVSKY y Lic. EDITH GROSS

Servicio de Psicopatología del Hospital Piñeiro, Varela 1300, Capital Federal

De acuerdo al modelo de V. Satir se considera la maduración o el crecimiento, al proceso que capacita para efectuar elecciones y decisiones basadas en percepciones adecuadas sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el contexto en que se encuentra.

Este contexto implica que no hablemos de un individuo aislado, sino del hombre en comunicación.

¿Que es comunicación? Cuando hablamos de comunicación nos referimos a las conductas verbales y no verbales dentro de un contexto social: gestos, expresión facial, tono de voz, posición corporal, etc. También implica todos los símbolos e indicios utilizados por las personas para dar y recibir significados.

En términos de comunicación se considera que la gente no puede "no comunicarse". El contexto en el cual se da la comunicación, representa en sí una forma de comunicación. Se denomina metacomunicación al mensaje sobre la comunicación, que puede ser verbal o no.

Una comunicación es congruente cuando uno o más mensajes

Agradecemos la supervisión del trabajo a la Lic. Elsa Elzufán.

son enviados a través de distintos niveles pero ninguno contradice seriamente a los otros, o de lo contrario hablamos de comunicación incongruente.

En todo mensaje encontramos cuatro partes según Bateson, Haley y Weakland:

- 1) Yo el emisor.
- 2) Estoy diciendo algo el mensaje.
- 3) A Usted el receptor.
- 4) En esta situación el contexto.

En todo mensaje esta involucrada una demanda u orden, que puede ser directa o indirecta de acuerdo a si está explicitada o no denotativamente. En toda demanda subyace el deseo de validación "valorizarme a mí y a mis ideas".

Cuando los mensajes son claros y directos determinan una comunicación funcional, ya que el receptor no tiene que suponer o adivinar el deseo del emisor. En la comunicación disfuncional el deseo esta disimulado y por lo tanto es indirecta y encubierta y en determinados casos puede desencadenar un "doble vínculo". Este es el concepto que se refiere a un conjunto de mensajes a diferente nivel, del que están relacionados, que son incongruentes, que se dan con otros mensajes por medio del ocultamiento, la negación y que hacen difícil que el receptor perciba con claridad la incongruencia y la maneje eficazmente.

Para que se establezca un doble vínculo se deben dar determinados requisitos:

- 1) Una relación intensa.
- 2) Frecuencia del mismo.
- 3) Vivir la relación, como si la vida dependiera de ella.

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Jackson observó que las familias de pacientes sufrían repercusiones (depresión, episodios psicósomáticos), cuando el enfermo mejoraba.

A través de esta observación infirió que la enfermedad del paciente era un mecanismo homeostático que intervenía para que el sistema perturbado recuperara su delicado equilibrio.

A partir de este enfoque se considera la interacción humana, como un sistema de comunicación caracterizado por las propiedades de los sistemas generales.

En un sistema cada parte está relacionada con las otras, de modo que el cambio de una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en su totalidad. Se deja de lado las partes en beneficio de la Gestalt, se toma en cuenta su organización. Otro elemento importante es el feedback, que es negativo cuando refuerza y mantiene la conducta y es positivo cuando provoca el cambio. Por último "la equifinalidad, que se refiere a la naturaleza del proceso, o sea que los resultados de un sistema pueden tener diferentes orígenes.

En síntesis lo que define un sistema es su organización y las interacciones entre sus elementos.

Por todo lo expuesto, V. Satir y los integrantes del enfoque interaccional (Watzlawick, Haley, Minuchin, Sluzky) tratan a la familia conjunta "como un sistema primario, desarrollado por el hombre y la mujer adultos que son los arquitectos que la han construido."

Se percibe a la familia como una unidad que trata de conservar su homeostasis, a través de los patrones del comportamiento y de la comunicación, ya sea en forma manifiesta o encubierta. Cuanto más precaria es la homeostasis, mayor será el esfuerzo de sus miembros para mantenerla.

El sistema familiar, al igual que todos los sistemas, puede ser abierto o cerrado. En el abierto se observa un continuo movimiento, se permiten, fomentan y aceptan los cambios. Los cambios pueden tener lugar:

- 1) Dentro de cada miembro (ejemplo: uso de autoridad, independencia, sexualidad, productividad).
- 2) Entre los miembros de la familia (ejemplo: entre marido y esposa antes y después de tener hijos, enfermedad y muerte de uno de los miembros, etc.)
- 3) Cambios determinados por factores sociales (ejemplo: guerras, cambio de vecindad, de colegio, etc.)

Un sistema cerrado es aquel que no permita, niegue y distor-

sione la realidad de estos cambios. La familia debe poseer vías funcionales para poder integrar los cambios.

Una familia disfuncional cuando se enfrenta al cambio produce síntomas.

¿Que es la familia disfuncional? Una familia disfuncional es aquella, donde los miembros no pueden crecer.

El crecimiento esta determinado por:

- a) Cada miembro mantendrá su individualidad, o sea se respetará la diferenciación, cuando esto no es respetado el desacuerdo puede ser vivido como amenaza, "no me van a querer", o como lucha por el poder "tengo que ganar".
- b) Cada miembro se relaciona con el otro de acuerdo a su propia autoestima. Mientras no exista subestima, podrá confiar, dar y recibir, podrá establecer acuerdos y transacciones, se sentirá validado.
- c) Cada miembro desempeña dentro de la familia uno o más roles. V. Satir considera que en toda familia existe lo que ella llama "La Red Familiar"; Comprobó que cada integrante del sistema familiar desempeña distintos roles de acuerdo a su relación con el otro. Se puede dar, que los miembros de la familia desempeñen encubiertamente roles diferentes de aquellos que su posición familiar corresponde desempeñar.
- d) Es necesario que la comunicación sea clara y directa, de esta manera los mensajes serán congruentes (op. Cit.)

A continuación vamos a transmitir una experiencia que realizamos en el hospital PARMENIO PIÑERO, en el servicio de Psicoterapia y Salud Mental, cuya jefa es la Dra. Ana Giller, en el equipo de la familia y pareja coordinado por el Dr. Oscar Taber.

La modalidad de trabajo es: intervenimos en el tratamiento dos terapeutas, se establece con la familia el contrato por tres meses con sesiones de una hora semanal, con posibilidad de un contrato por un mes más. Luego se realizan controles a los 45 días, 3 meses y los dos últimos cada 6 meses.

En el caso que presentamos, se realizó el recontrato y el 2° control en Marzo.

Aclaremos a la familia, que en el transcurso del tratamiento, ire-

mos citando en ciertas sesiones a uno o más integrantes del grupo, de acuerdo a las necesidades de la terapia.

Durante las sesiones, utilizamos grabador, previa información y aceptación del grupo familiar.

CASO CLINICO

La familia E. consultó en el mes de Julio de 1979. Está constituida por:

PADRE: Diego - 43 años.

MADRE: Celia - 42 años.

HIJOS: Carlos - 13 años.

Gabriel - 8 años (paciente identificado)

DATOS:

Vivienda: viven en una habitación que les subalquilan los tíos de Diego (83 y 84 años con incapacidad física de movilización).

Ocupación: Diego es empleado gráfico. Tiene dos empleos con un promedio de 14 horas diarias, alternando en horas diurnas, nocturnas y fines de semana. Cursó los estudios primarios.

Celia: Finalizó estudios secundarios (Perita Mercantil).

Trabajó hasta que nació Carlos, de empleada administrativa. Actualmente se desempeña en las tareas de la casa.

Carlos: 1o año del Colegio Industrial.

Gabriel: 2o grado, escuela primaria.

Ingresos: dos sueldos básicos.

Derivados: por el equipo de Niños del Servicio.

Motivo de consulta: mala conducta de Gabriel, es agresivo y no controla esfínteres (es enurético y encoprético).

PRIMERA ENTREVISTA:

Durante las primeras entrevistas se trabajó principalmente en la recopilación de datos. Se indagó sobre cuál era el problema que los traía y como vivían cada uno ese problema. Dándoles lugar a que respondieran respetando el orden cronológico; para destacar la jerarquía dentro de la familia, de esta manera los hijos toman conciencia de la existencia de la relación de los padres previa a su llegada al mundo.

El Papá: su participación consistió en una queja permanente por la conducta de Gabriel, ya que eso provocaba tensión en Celia y era lo que a él más le molestaba. Se lo notaba atento y preocupado por su esposa. "Y . . . yo a Gabriel no lo veo en todo el día" Cuando llego a casa me encuentro con Celia que está nerviosa, que empieza a quejarse de los problemas que le trajo Gabriel y se la agarra conmigo sin motivo.

La Mamá: se mostró muy angustiada y preocupada, ". . . Yo ya no sé que hacer con Gabriel, no sé como tratarlo, me paso el día gritando y a veces le tengo que pegar. En el barrio todos se quejan de sus travesuras y de las peleas de los chicos. De un colegio ya lo echaron y en este lo amenazaron con suspenderlo. En casa se pelea con Carlos y hasta se tiran cosas (floreros, cuchillos, piedras). Estoy desesperada, no me hace caso, . . . también se hace encima pis y caca . . . y para colmo los tíos siempre lo defienden y contradicen lo que digo).

Carlos en cambio es todo lo contrario, no me da ningún problema, ni en la escuela, ni en casa.

Carlos: casi no participó, se limitaba a contestar con tono altanero a nuestras preguntas y a confirmar lo que decía la mamá, contando alguna anécdota sobre Gabriel.

Dijo que lo que más le afectaba de Gabriel, era que cuando se ensuciaba le daba mucha vergüenza por sus amigos. Que no podía estudiar ni jugar con sus compañeros en forma tranquila, porque Gabriel se entrometía.

". . . Yo creo que todo esto pasa, porque cuando mi mamá dice NO al final es SI y entonces él hace lo que quiere, los maneja como quiere . . . (a mí no me lo hace. Él sabe que yo lo freno porque soy más fuerte y se la doy. Si yo fuera el padre ya iba a ver . . ."

Gabriel: escuchaba atentamente lo que hablaban sobre él y trataba de justificarse.

". . . Lo que pasó fue que el otro pibe me quería sacar la pelota entonces le di una piña. En el colegio la maestra me tiene entre ojos y yo no sé porqué. Carlos me pega siempre primero y mi mamá no lo ve; cuando yo se la devuelvo, siempre me ve a mí.

Pudimos observar a través de estas entrevistas que la alianza marital era débil. Nuestro objetivo fue reforzar el vínculo de la pareja y

reordenar los roles dentro del sistema. Cortar la alianza, Carlos - mamá, para dar lugar a la de Papá - Mamá.

Por esta razón consideramos oportuno y terapéutico trabajar durante varias sesiones con la pareja.

FRAGMENTO DE LA PRIMERA SESION CON LA PAREJA.

T) Nos gustaría que nos cuente cómo, entre tantas personas que hay en el mundo, se encontraron y unieron.

La pregunta está dirigida a ambos.

C) Nos conocimos porque Diego era amigo de un hermano mío. Lo que más me gustó de él era su sinceridad, que era trabajador y buen mozo. Y a Diego lo que más le gustó de mí era que . . .

T) Algo más le gustó de Diego?

Se interrumpe a Celia para darle la oportunidad a Diego de poder expresarse por él mismo. Esto lleva a cabo durante todo el tratamiento. Nadie habla por el otro, salvo indicación del terapeuta.

C) No, creo que no.

T) Bueno, entonces vamos a escucharlo a Diego. Una gordita fuerte . . . (se sonríe). Que la familia es decente y honesta. Yo conocía a la familia y sabía que era muy buena gente.

FRAGMENTO DE DOS SESIONES CON LA PAREJA

C) No podemos hablar tranquilos, no tenemos un momento para nosotros.

Terapia Familiar, 5, 1980

D) ¿sabe lo que pasa?, Que como vivimos en un ambiente grande y los chicos están siempre dando vueltas alrededor de nosotros, nunca podemos estas solos.

T) ¿Porque no pueden estar solos?

D) No tenemos dónde, ni en la cama, porque al lado está la cama marinera de los chicos. Cuando no estaban los chicos podíamos hablar, ahora tenemos que esperar a que se duerman.

T) ¿Qué hicieron hasta ahora para cambiar la situación?

C) Es que no la podemos cambiar, mudarnos no podemos, es imposible así que no sabemos que hacer.

Durante esta sesión se trabajó sobre las posibilidades que existían para preservar la intimidad de la pareja. Se dió como tarea que piensen las diferentes formas de solucionar esa incomodidad.

La tarea es una manera de prolongar la acción terapéutica y provocar los cambios donde se deben dar fuera del consultorio. El objetivo fue logrado, pudiendo ver la misma realidad pero con nuevas percepciones.

D) Hoy no está muy bien Celia.

C) Ya no sé que hacer con Ga-

riel, todo lo que hacemos no sirve para nada. Le puse maestra particular, viene al tratamiento, venimos nosotros, cada vez está peor, se sigue haciendo encima (llora)

T) ¿Porqué llora Celia?

C) Porque ya no doy más. no sé que hacer, siento que se me va de las manos, soy débil, no puedo imponer mi autoridad.

T) ¿Que opina Diego de lo que dice Celia?

Yo no la veo débil, si hace las cosas bien y sola, yo estoy poco en en casa.

C) Pero podrías ayudarme cuando estas en casa en lugar de mirar TV.

T) ¿Alguna vez le pidió a Diego que le ayudara?

C) No, si el sabe que yo hago todo sola y estoy cansada.

Interrumpimos para aclarar un mensaje no verbal, ya que el llanto tiene distintas connotaciones y significados. A menudo los miembros de una familia no se hacen preguntas simples.

Se debe demostrar, cómo lo obvio y lo imaginario no van juntos.

Se efectua esta pregunta para que puedan cotejar sus percepciones.

Es importante que se pueda clarificar y calificar los

T) ¿Porqué piensa que Diego tiene que adivinar lo que Ud. espera?

¿Porque no se lo pide? Mírelo y pídaselo.

C) Vos sabes que estoy todo el día sola, venís, comés, mirás TV y te vas a dormir.

T) Celia, trate de decirle a Diego como podría ayudarla.

C) Me gustaría que cuando los chicos se peleen, vos intervenengas y te ocupes más de ellos.

Y me cuentes tus cosas de tu trabajo si tenés problemas.

Una vez aclarado el proceso de comunicación, en el subsistema Diego - Celia, incluimos a los hijos para trabajar con el sistema familiar.

Diego: ayer estuvimos de festejo, fué el cumpleaños de Celia.

Terap: ¿Cómo lo pasaron?

Diego: Lo pasamos muy bien, Celia cocinó unos riquísimos ñoquis. Almorzamos todos juntos y vinieron también mis suegros.

Celia: Para todas las fiestas

mensajes para tender a una comunicación clara.

Celia se puede interesar en Diego mientras no se sienta descalificada. En la medida que exista autoestima, que puede confiar, y dar, se puede crecer.

La diferenciación que lleva al

Terapia Familiar, 5, 1980

siempre cocino ñoquis porque es la comida preferida de todos, menos de Gabriel.

Carlos: El siempre va contra la corriente.

Gabriel: Y bueno, no me gustan los ñoquis.

Celia: No puedo entender que si a todos les gustan a el no le gustan.

Gabriel: Pero que tiene de malo mamá, no me gustan.

Celia: No es que tenga algo malo, pero a vos siempre hay que hacerte comida especial. No sé como no te gusta, si a todos nos gusta.

Terap: ¿Cómo se siente cuando Gabriel le rechaza los ñoquis?

Celia: Y yo qué se, yo los hago con tantas ganas . . . que me duele, que él no los quiera probar.

conflicto de intereses y desacuerdos es vivida como una agresión y una evidencia de no ser amado.

Durante esta sesión se trabajó sobre la dicotomía; amor- acuerdo, desacuerdo -rechazo.

FRAGMENTO DE SESIONES CON CARLOS Y GABRIEL

C) Este esta cada vez peor.

T) ¿A quién te referis?

C) ¿A quién va a ser? A Gabriel, . lo único que le interesa es estar en la calle. Mi mamá lo tiene que llamar como veinte veces y él ni bolilla que le da y después entra nervioso y empieza a hacer lios en casa.

Carlos asume el rol de hijo parental, explicando el comportamiento del hermano. Procede de acuerdo a la estructura familiar en la que él actúa como mediador.

Me empieza a buscar, me pega, me pone el pie y yo me la aguanto piola, hasta que me canso y se la doy. ¡Y cómo! porque el sabe muy bien que yo soy más fuerte que él.

T) Van a tratar de hacer un ejercicio que consiste en lo siguiente. Se van a sentar enfrentados y cerca. Van a decir por turno, para qué siente cada uno, que necesita del otro, diciendo al comienzo "te necesito para' "

C) Te necesito para jugar a la pelota.

G) Te necesito para que me ayudes en matemáticas.

C) Te necesito para comentar lo de la T.V.

G) Te necesito para que me defiendas de mis amigos cuando me pegan.

Se proponen esto ejercicios con distintos objetivos:

- 1) Reforzar el vinculo fraterno.
- 2) Debilitar el rol parental de Carlos.
- 3) Reordenar la jerarquia familiar padres- hijos.

CONCLUSIONES:

Nos encontramos con una familia disfuncional, donde la comunicacion se transmite con mensajes indirectos e incongruentes.

Los arquitectos de la familia - padres - , se caracterizan por poseer baja autoestima, inseguridad y poca confianza.

El comportamiento de Gabriel acrecienta la ansiedad e inseguridad del grupo familiar. Sería una respuesta comunicacional apropiada a este sistema o contexto disfuncional.

Al querer mostrarse distinto Gabriel al resto de la familia es descalificado severamente y esto a su vez aumenta la ansiedad de Gabriel, de tal forma que cada vez sus comportamientos son más ruidosos y evidentes. Así se entra en un sistema vincular, dado que la conducta de Gabriel provoca en los padres inseguridad, desesperación (directamente relacionado con la subestima de ambos).

Carlos asume el rol opuesto de hijo serio, correcto, cuanto peor se porta Gabriel, mejor se porta Carlos y más se alía con la madre.

Una vez que fueron detectadas estas reglas de comportamiento, utilizamos las estrategias relatadas anteriormente para lograr reorganizar el sistema familiar en forma funcional.

El terapeuta como parte del sistema, está involucrado en las transacciones y debe facilitar el aprendizaje y el intercambio; para un buen crecimiento, dentro del contexto relacional.

Nuestro rol como terapeutas es el de incorporarnos al sistema, no como figuras endiosadas que tratan de mantenerse fuera del sistema de relación, sino como iguales a la familia.

A medida que fuimos acompañando el crecimiento de la familia, los síntomas de Gabriel, fueron disminuyendo. Al finalizar el tratamiento la encopresis había desaparecido y la enuresis era circunstancial y nocturna, como así también la conducta agresiva de Gabriel.

Utilizamos variadas técnicas, cuyos soportes provienen de la teoría de la comunicación y de la Gestalt, pero consideramos que cualquier técnica que emplea, el foco debe centralizarse en proveer una nueva experiencia de maduración y crecimiento para el individuo y la familia.

BIBLIOGRAFIA

- SATIR, V., *Conjoint family therapy*, Science and behavior books. Palo Alto, California.
- SATIR, V., *People making*, Science and behavior books inc., California, 1972.
- STEVENS, J., *El darse cuenta*.
- WATZLAWICK, P., y Otros, *Teoría de la comunicación humana*.

ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR: SU ABORDAJE TERAPEUTICO

Lic. ELSA B. DE GRYNBERG y Dra. EILEEN WHEELER

Este trabajo fué realizado con pacientes del Servicio de Psicopatología de la Liga Israelita contra la Tuberculosis y de Medicina Preventiva, a cargo del Dr. Jaime Pecheny. Av. La Plata 393, 9 "B", Olazabal 3025, 15 "C".

INTRODUCCION

Mucho se ha escrito y teorizado sobre la importancia de la función del padre y su papel rector en la formación de la familia.

Si bien en la estructuración familiar confluyen innumerables factores y sucesos que determinan la ubicación de sus miembros en ella y a partir de allí, su accionar, moverse y pensar, señalamos a la función paterna como circunstancia de valor singular, de significación especial, en cuanto ligamos a ella toda posibilidad de trascendencia de los miembros de esa estructura.

Fue suficientemente señalada por Freud la figura del padre en relación al acceso a la sublimación y al mundo de lo simbólico.

En nuestro trabajo clínico hemos podido observar la correlación existente entre las fallas en esta función y la emergencia de patología entre los miembros de una familia.

Levi-Strauss denomina elemento de parentesco a la relación

existente entre los cuatro términos (hermano-hermana, padre-hijo) que constituyen la más simple estructura de parentesco que pueda concebirse que pueda existir. Estos cuatro términos están unidos entre sí por dos pares de oposiciones correlativas y tales que en cada una de las dos generaciones implicadas existe siempre una relación positiva y una negativa. Así, estudios antropológicos realizados en pueblos primitivos revelaron que, cuando el rol represor no es ejercido por el padre sino por el tío materno, tiene el padre una función protectora y de guía. Este hecho ocasiona que no se suscite conflicto en torno a la figura paterna con lo cual el sujeto no se ve involucrado en el drama del Edipo, cuyos efectos signan su vida en nuestra cultura. El sujeto se estructura a través del conflicto edípico; si bien este hecho significa un drama que él padece, también es la circunstancia a partir de la cual se delinea como tal.

Este desdoblamiento de funciones, si bien libera al sujeto del conflicto edípico y del trauma de la castración, no le permite el acceso a la vía de la sublimación, motor de todo pensamiento y acto creativo. En estas culturas se observa un estancamiento, persistiendo en formas de vida que no se modificaron a través del tiempo.

Hemos observado en la clínica una variada gama de trastornos, siendo el exponente más claro las familias con un miembro psicótico, que tienen por común denominador el aislamiento, el encierro y el no progreso de los miembros del grupo. Equiparamos esta situación de la familia a la de aquellas culturas en las que un mismo hecho, causaba idénticos efectos, el estancamiento y la estereotipia donde debía haber capacidad creativa.

Tomamos el siguiente material como representativo de lo que hemos observado en otras familias que tuvimos en tratamiento.

Las entrevistas familiares fueron sugeridas por la psicopedagoga que atendía a Darío, de 8 años, a raíz de una dislexia. Concurren a la primer entrevista el padre, Carlos, de 40 años; la madre, Rosa, de 39 años; Cecilia, de 12 años y Darío, de 8 años. Con cierta reserva relatan las dificultades familiares que se centran espontáneamente en Cecilia.

A los fines expositivos transcribimos fragmentos de dos sesiones.

M. Es tímida, no tiene amigas; las demás chicas se apartan de ella, no conserva sus amistades; en cuanto se dan cuenta de "como es", y "del problema", la dejan de lado. Ella prefiere jugar con las más chicas. No quiere viajar sola, la tengo que acompañar a todas partes.

P. Yo no sé por qué esa falta de interés, de ánimo, si yo no le ayudo a hacer los deberes es capaz de no hacerlos. Nosotros sufrimos una desilusión muy grande; fue a los 6 años, nos llamaron del colegio y nos dijeron del problema de ella, se nos vino todo abajo; me dijeron: "Y, una profesora no va a ser". El relato estaba acompañado de gestos y miradas que tendrían a establecer una alianza con la terapeuta, querían significar: "ella es así, Ud. comprende".

A todo esto, Cecilia y Darío permanecían en silencio. Cecilia miraba el suelo; Darío inquieto, se movía en su silla, y preguntaba a su padre cuanto tiempo faltaba para concluir la sesión.

La dinámica que desarrollaron durante la sesión convergía hacia un punto: Cecilia era la enferma y los demás miembros de la familia poco tenían que ver con esta circunstancia. Esto se observaba en lo que verbalizaban los padres, y en la actitud de Darío, que no comprendía por qué debía concurrir él a las sesiones familiares.

A pesar de que el conflicto se centraba en discusiones continuas entre la madre y Cecilia, entendimos que este acontecer era un aspecto de la problemática familiar, dentro de la cual todos sus miembros estaban ubicados y participaban y concedimos importancia al papel de los miembros que, en este caso, eran pasivos y parecían estar fuera de lo que sucedía.

A los pocos meses de tratamiento algunos aspectos de esta dinámica se habían modificado. Repentinamente el padre se enferma y no concurre a dos sesiones. Se realizan estas sesiones con la madre, Cecilia y Darío.

Entran al consultorio, se sienta la madre, a su derecha Cecilia, luego Darío, quedando una silla vacía al lado de éste. Cecilia lee una revista y Darío trata de jugar con ella; el juego consiste en molestarla y no dejarla leer.

M. Mi esposo no viene hoy, está en cama, tiene reuma y no fue estos días a trabajar. No es la primera vez que sucede, pero cada

vez más seguido, a mí me preocupa... Me preocupa la salud de él, pero también el trabajo, yo le digo: "No te podés quedar así". No puede darse el lujo de no ir a trabajar. Además yo digo, si se siente mal tiene que ir al médico, yo le dije: "después no te vengas a quejar". El discurso de la madre iba acompañado de un tono de secreto: "que esto quede entre nosotros".

D. (Interrumpe el juego y dice en tono de queja); Sí voz siempre hablás . . . y si no quiere ir al médico, que no vaya, capaz que mañana se levanta y quiere ir, vos siempre tenés que decir . . .

M: Yo sé que con esto me estoy cavando la fosa, ya sé que soy la mala, la que rezonga, pero veo todo lo que hay que hacer, todo lo que hace falta en una casa. Tenemos una casa grande, cómoda. Es una casa antigua pero para dejarla nueva.

Tiene abajo un dormitorio grande: el living, donde duermen los chicos, una cocina grande, un patio, una escalera que lleva a dos habitaciones que hay arriba, que no las usamos. Yo quería hacer la escalera por dentro y hacer las dos habitaciones para los chicos. La compramos con esa idea, pero cuando se pudo hacer, no se hizo y ahora yo estoy perdiendo las esperanzas.

T. Hoy, como otras veces, Uds. se dividen en dos bandos, en la sesión de hoy están unos a favor de papá y otros en contra. Pero en algo están de acuerdo: reclaman que papa no está y que es necesario para todos que esté.

Esta interpretación del material apunta a una dinámica reiterada y estereotipada en esta familia cuyo núcleo es una relación competitiva entre los padres, en la que hacen participar alternativamente a los hijos en favor de uno y otro. En esta sesión la madre intenta mantener en secreto la descalificación que hace de su marido. Darío protesta y delata la actitud de la madre. Esta advierte que no obtuvo el apoyo deseado: "Me estoy cavando la fosa".

Pero este interjuego entre todos está determinado por una circunstancia de origen más profundo: la ausencia del padre. La familia muestra dramáticamente este hecho, a través de la dinámica que establece en una sesión a la cual no concurrió el padre.

La casa en la que viven reproduce gráficamente la problemática familiar. Hay un espacio útil que no se utiliza, como sucede inter-

namente en cada uno de ellos. El deseo de todos es convertir en útil el espacio inútil en la casa y también en todos los aspectos.

Esta situación de estancamiento, de estereotipia, ellos la relacionan directamente a través del material con la falla del padre en su función.

Estas dos sesiones constituyen dos aspectos de una misma problemática: lo que ellos manifestaban y claramente se observaba eran las dificultades de Cecilia, en especial en su acceso al mundo exterior, y el consiguiente apego a la madre, a través de una pelea continua donde no se diferenciaban. El aspecto no observable se manifestó en la segunda sesión: la debilidad del padre para propiciar el crecimiento de la familia, lo cual se evidenciaba en lo económico, pero también en la escasa proyección de la familia hacia el afuera. Cecilia presentaba dificultades en su rendimiento escolar, y un marcado desinterés por las actividades extraescolares. También le era difícil establecer contacto con sus compañeros. Sus padres y maestros atribuían esto a una deficiencia intelectual. A nuestro entender, la retracción de Cecilia, la estructura familiar que propiciaba la tendencia hacia el adentro y la débil figura paterna permitían dejar pronosticar en Cecilia una estructura psicótica.

Aspecto Narcisista en la Pareja:

Si concluyéramos aquí nuestra conceptualización de los hechos evidenciaríamos una comprensión parcial de los mismos. Consideramos que la función del padre es un elemento determinante, pero lo es dentro de una constelación de elementos. La estructuración de una familia se establece a partir de una elección mutua de ambos miembros de la pareja. Esta elección, como toda elección de objeto, se rige por el determinismo del inconsciente. Freud distingue la elección narcisista de objeto de la elección de objeto por oposición. Destaca en la elección narcisista las formas que significan para el sujeto elegirse a sí mismo, y en la elección por oposición, lo que significa elegir a otro distinto de él. Coloca dentro de ésta a la elección de la madre como objeto. Significativamente, en el mismo artículo, Freud caracteriza como narcisista el amor de los padres hacia los hijos.

Estas consideraciones revisten para nosotros particular interés.

Entendemos que inicialmente el amor del hijo hacia la madre y de la madre hacia el hijo es de tipo narcisista; ambos se encuentran en una relación dual, lo que varía es la situación de cada uno según el polo de la relación que ocupa; el hijo es amado, recibe pasivamente, y la madre lo ama, pero padece una situación de captura en el amor hacia su hijo. Pensamos esta situación como determinante de las posteriores elecciones de objeto.

Toda elección de objeto, a partir de aquí, reviste ambas características: un aspecto por el cual el sujeto elige a otro y reconoce haberse unido a él, y un aspecto narcisista de la elección, por el cual se elige a sí mismo o a alguien que lo ame como la madre lo amó, con lo cual repite la situación narcisista inicial.

En realidad, el sujeto quiere elegir a alguien distinto de él o la madre, primer objeto de amor, pero repite inconscientemente esta elección.

La pareja de Eduardo, de 30 años y de Patricia, de 27 años, en el momento de la consulta hacía dos años que se habían casado, después de seis meses de convivencia. Patricia se había casado anteriormente, a los 18 años; quedó embarazada y un mes antes de que naciera su hija, se separó de su marido. La separación fue a raíz de que el marido la desatendía económicamente, por lo cual durante su embarazo soportó privaciones, hasta que decidió separarse y regresar a casa de sus padres.

El regreso a su casa reavivó el conflicto con su madre, con quien nunca se había entendido. La madre puso como condición que la estadía de Patricia fuera por poco tiempo, ya que ahora en la casa no había lugar para ella. También en esta época Patricia se reencontró con su padre, quien siempre se había mantenido distante de ella; según su relato, fue la primera vez que pudieron hablar. A los pocos meses el padre muere. Poco después Patricia se muda con su hija a un departamento alquilado. Mariela, de seis meses queda al cuidado de una mucama y Patricia sale a trabajar. A partir de este momento tiene relaciones de pareja inestables, de poca duración, que ella interrumpe por tratarse de hombres que le atraían ocasionalmente. A los dos años de irse Patricia, la madre va a vivir con ellas.

Desde los 22 años Eduardo había dejado la casa de sus padres.

El motivo fueron las frecuentes desavenencias entre él y su madre. Hacía poco tiempo había fallecido el padre y Eduardo tuvo que hacerse cargo de los negocios de éste. Constituyó una sociedad con su madre y su hermano mayor, que él dirigía. Además del reclamo económico y de atención hacia ella, la madre ejercía su control sobre todas las actividades de Eduardo, y también criticaba y rechazaba las relaciones de pareja de éste. Al irse de su casa, Eduardo vivió con distintos amigos. Estuvo en relación de pareja en varias oportunidades, relaciones que él interrumpió porque se sentía absorbido, que lo utilizaban para obtener cierto beneficio o cierta posición económica.

Historia de la pareja

1975 - Noviembre - Eduardo y Patricia se conocen.

1976 - Abril - Eduardo y Patricia van a vivir juntos a un departamento alquilado por él. Patricia pasa allí las noches. Por la madrugada regresa a su casa a ver a su hija, luego va a trabajar. A la salida del trabajo vuelve a ver a su hija; de noche, cuando ésta duerme, Patricia vuelve con Eduardo.

1976 - Junio - Patricia discute con su madre. Esta le reprocha su relación con Eduardo. Ambas mantienen su posición y la madre se va a la casa.

1976 - Octubre - Eduardo y Patricia alquilan un departamento más amplio y llevan con ellos a Mariela. Se casan vía México.

1977 - Febrero - Veranean en Punta del Este. Surge entre ellos un malestar que se acrecienta. Regresan antes de lo previsto.

1977 - Invierno - Patricia se enferma de una afección renal y permanece en cama.

1977 - Octubre - Concurren a la consulta.

Una sesión

sesión

P. (sonriente) vamos a contar los dos . . . Bueno . . . contá vos . . .

E. Hemos pasado una semana muy difícil, empezó todo el miércoles . . .

P. No, el martes a la noche.

E. Bueno, el martes. A raíz de un incidente, que yo no le doy mucha importancia, volvimos hacia atrás con las mismas discusiones, el mismo reproche, y yo no sé, si realmente es como Patricia dice, todo está igual, no ha cambiado nada . . .

P. Yo le quiero explicar, yo el lunes me sentía muy bien, el martes también. Después de la última sesión empecé a pensar muchas cosas, que si yo quiero a Eduardo eso es lo que importa, no importa que yo logre todo junto, que sea como yo quiero. Pero el martes a la noche fuimos de unos amigos, y allí me enteré de que se iban a separar. Mi amiga me dijo, en secreto: "Yo no sé que pasa con estos hombres, mi marido me habla de separación, y Eduardo también le dijo que está harto de vos, que lo tenés loco con el dinero, que le exigís siempre". Yo no le puedo explicar cómo me sentí, pero no dije nada y esperé todo un día, pero no pude más, y el miércoles exploté.

E. Llevamos días discutiendo, volviendo sobre lo mismo, nos quedamos hasta las cuatro de la mañana hablando, todo porque alguien le dijo algo a Patricia, porque quiso meter cizaña.

P. (Llora . . .) No puedo más, no puede ser que Eduardo niegue todo, si me lo dicen es porque él algo dijo . . .

E. Está bien ¿cómo voy a decir yo eso?

T. Hablan pero no se oyen, no hablan para entenderse sino para pelearse.

E. Yo no puedo más, estoy agotado. Todo lo pensamos y lo hablamos.

P. Yo quiero ver qué está mal, quiero entender, si hay algo que hago mal, quiero saber qué es. Eduardo, acá no es cuestión que quedés vos mal, y yo bien, pero reconocí que es verdad, que vos algo de eso dijiste.

E. Yo dije que tenemos problemas, ¿acaso no puedo ser confidente con un amigo? Y fué después de otra discusión nuestra, que yo no pude más, y hablé.

T. Esta discusión comienza cuando aparece alguien que piensan que puede interferir en la relación, como el amigo de Eduardo. No toleran que haya otro entre ustedes.

P. Sí, yo le cuento a Eduardo todo, hasta lo que me cuentan mis amigas y me piden que no cuente. Para mí Eduardo es todo, no existe otra cosa fuera de él.

T. Ud. no puede tolerar que Eduardo tenga amigos, que haya otros; Si Ud. los tuviera, posiblemente tampoco, él lo toleraría; sienten que los otros aparecen para separarlos.

Estas discusiones se repetían continuamente, y con las mismas características; Patricia reclamaba a Eduardo que la acompañe, que se ocupe de ella y vigilaba al extremo las actitudes de él hacia ella; Eduardo se sentía encerrado, atrapado en la situación y daba explicaciones, se disculpaba, negaba lo que había hecho y dicho, lo cual era entendido por Patricia como una actitud culpable. Así, ella confirmaba que no iba a recibir nada de él; él confirmaba que debía huir de ella para no ser atrapado.

Esta relación supone un equilibrio narcisista: ella exige y él rehuye, por lo cual ella más exige y él más rehuye.

Patricia, que fue siempre abandonada por su madre, desatendida, dejada de lado, busca, en lo manifiesto, alguien que la cuide, que se haga cargo de ella, que la proteja; lo cual es cumplido en un sentido por Eduardo, quien mantiene económicamente a Patricia y su hija y les brinda todo cuidado y atención; en otro sentido, Eduardo permanece ligado a su familia y a sus amigos, lo que requiere de él tiempo que no comparte con Patricia. Asimismo Eduardo tiene sus bienes a nombre de la sociedad que constituyó con su familia, de la cual Patricia se halla excluida. (Recordemos que el matrimonio se efectuó vía México).

Eduardo quien siempre fue sobreprotegido y absorbido por su madre, que controló su actividad comercial y sus relaciones de pareja, busca una mujer, que no le exija, que lo deje en libertad, que no le comprometa, requerimiento que Patricia cumplía en un sentido, ya que por su forma de vida y sus anteriores relaciones de pareja, no parecía preocuparle tener y retener a un hombre a su lado al igual que su madre. En otro sentido, Eduardo encontró en Patricia una mujer que, al igual que su madre lo controla, le exige atención y le reclama su proceder para con ella.

Ambos buscaron esta relación de pareja, porque era distinta de las que habían establecido anteriormente, y encontraron en ella lo que evitaban y trataban de no repetir. Esta les permite establecer un vínculo narcisista en una relación con otro, y en ese sentido la relación era satisfactoria. Es la relación que ellos podían establecer

en ese momento. Cada uno se ama y se compadece de sí mismo, pide al otro que lo ame, pero consigue de él que lo fruste. Manifiestamente ama al otro y le reclama que lo ame. En forma latente, se ama a sí mismo, se compadece, y elige como partenaire alguien que no lo satisface.

El aspecto amado en el otro está dado por la gratificación que a través de él va a recibir el sujeto; el aspecto rechazado se refiere a la porción de su historia que el sujeto busca no repetir, y que, sin embargo, reedita.

La relación de pareja, así considerada, se funda en el modelo inconsciente de la relación madre-hijo.

Contrariamente a lo que se podría pensar, esta no es una situación ideal donde cada miembro recibe gratificación del otro. Vemos en las parejas que hemos tratado que son frecuentes las peleas y recriminaciones o el distanciamiento afectivo. El motivo de esto es que tratan de restablecer una situación perdida, y los reproches y el distanciamiento surgen cuando el otro frustra sus expectativas. Hacen constantemente intentos por restablecer el equilibrio narcisista que es de escasa duración, y que se rompe por el hacer o el decir del otro que descoloca al sujeto. Allí surgen las discusiones y los reproches. Son frecuentes los malentendidos: ante el reclamo de uno, el otro no sabe a qué se refiere. Esto de lugar a monólogos de a dos. Ninguno de ellos habla con el otro, sino con el objeto imaginario al cual hace corresponder al otro. Todo gira en torno del recibir, de lo que el otro debe dar y no da. Esta secuencia se ve interrumpida cuando, a instancias del terapeuta cada uno se pregunta qué da a la relación. Cabe señalar, tanto en el caso de Eduardo como de Patricia, la débil y distante relación con el padre, por lo cual tuvo mayor gravitación en sus vidas y en su elección de pareja la relación con la madre. Una consecuencia de esto es la dificultad de Patricia en aceptar un hombre a su lado, lo cual se evidenció con la separación en su primer matrimonio, y que reactualizaba en la relación con Eduardo.

Estas parejas tienen marcada dificultad en realizar proyectos en común especialmente de fundar una familia y tener hijos, porque

se hallan más ligados a sus familias de origen de lo que están entre ellos.

Cuando tienen hijos éstos no son incluidos lo suficiente dentro de la vida de sus padres ya que éstos se hallan inmersos en los conflictos entre ellos.

Esto que se nos evidencia en forma acentuada en las parejas y familias tratadas, en su mayoría con un miembro psicótico, se manifiesta en menor grado en todas las parejas. Podríamos decir que pertenece al terreno de lo inconsciente de ambos miembros, y dentro de lo inconsciente al terreno de lo pre-edípico. Nos remontamos al vínculo narcisista madre-hijo, donde el padre aún no tiene cabida; por ese motivo no lo incluimos en este plano de nuestra conceptualización. No hacemos la distinción para el caso del varón y la mujer ya que este momento se da en uno y otro; esta distinción sería válida en el terreno de lo edípico, cuya gravitación en la elección de pareja reconocemos, pero que no es objeto de este trabajo.

Analizaremos a continuación qué tipo de estructura familiar puede establecer una pareja con la relación narcisista que describimos.

Importancia de la historia familiar

Jerarquizamos la historia familiar en tanto nos permite comprender que la sucesión de hechos en el seno de una familia no es un acontecer casual. Está íntimamente ligada a la historia de sus miembros y si bien no es una repetición puntual de hechos y sucesos de cada una, sí lo es de una estructura.

Levi-Strauss dice que todo sistema de parentesco recubre dos órdenes diferentes de realidad: el sistema de las denominaciones, términos por los que se expresan las diferentes relaciones familiares, y el sistema de las actitudes difusas no institucionalizadas, integración dinámica del sistema de las denominaciones. Es necesario distinguir entre las actitudes no institucionalizadas, que son en el plano psicológico reflejo o fruto de la terminología, y las actitudes obligatorias que se expresan a través de un ceremonial fijo y surgen como elaboraciones secundarias destinadas a resolver contradicciones y a superar insuficiencias.

Es decir, cuando aparece un desnivel entre el lugar que se dice que ocupa un miembro y el que ocupa realmente, se motiva un desequilibrio, surgiendo una norma conciente como recurso para superarlo. El desnivel o el conflicto que se suscita y la norma conciente que lo resuelve se originan en la estructura familiar, en la dinámica y en la red de significantes compartidos, inherentes al sistema de denominaciones.

No existe un paralelismo entre ambos sistemas, el de las actitudes difusas y el de las denominaciones, sino que hay entre ambos una integración dinámica.

Cuando hablamos de estructura familiar, particular de cada familia, nos referimos a una organización inconsciente que determina el lugar de cada miembro en la estructura. Cuando nos referimos a la dinámica familiar destacamos los motivos que determinaron la elección mutua de ambos miembros de la pareja, la dinámica que se establece a partir de allí entre ellos, y el interjuego de relaciones entre estos y los hijos, formando un círculo que se realimenta.

De la comprensión del lenguaje en una familia, inferimos que hay una red de significantes compartidos, y es, precisamente este hecho el que posibilita toda intervención terapéutica.

La interpretación del terapeuta media entre esta idea de la familia acerca de ellos mismos y su organización inconsciente. Donde la familia colocó una norma conciente como transacción, viene a ubicarse la interpretación del terapeuta.

La vía de acceso hacia la organización inconsciente, la constituyen las contradicciones, frecuentes y reiteradas, entre esta idea, relato mítico, que la familia tiene de sí misma, y lo que, en los hechos, les sucede.

Hacemos notar el papel preponderante de la familia materna en esta nueva estructura que forma una pareja al unirse.

Lo que más frecuentemente hemos observado en las familias tratadas es la dependencia económica, afectiva, habitacional, de la familia de la mujer, siendo la nueva estructura parte de la estructura anterior a la cual adviene el marido. Este tampoco ha podido desprenderse de su familia por lo cual no puede ejercer su papel en una nueva estructura, distinta de las anteriores, y por ello se incluye en una estructura donde no se le exige que ejerza su función.

Una familia:

1969: Se casan Silvia y Daniel. Se conocieron en el barrio. El trabaja como taxista. Van a vivir con la madre de Daniel. Discuten mucho con ésta.

1970: Se mudan a un departamento alquilado.

1970: Nace María Luz. Buscaban esta hija. Cuando tenía tres meses, Silvia se entera que Daniel tiene otra mujer. discuten y llegan a la agresión física. Se separan. Daniel se va y "para retenerlo" Silvia simula estar embarazada. Daniel vuelve a la casa y en ese tiempo, Silvia queda embarazada.

1971: Nace Danielito. Silvia se siente muy exigida. Comienza a plantear la necesidad de la casa propia.

1973: Construyen una casa en el mismo terreno de la casa de los padres de Silvia. Comienzan los problemas con Danielito: caprichoso, rebelde, se expone a peligros. Hay que cuidarlo constantemente.

1974: Daniel trabaja como colectivero, con horarios muy dispares: sale a mediodía y vuelve entre las 20 y las 2 de la mañana. Silvia se resiste al comienzo, pero luego acomoda sus actividades y la madre comienza a ayudarla activamente durante todo el día. Hacia fin de año, Silvia va a visitar a la suegra y se encuentra con la otra pareja de Daniel y la hija de ambos de un año. de edad. Silvia le exige que las abandone: Daniel lo hace pero la vida de ambos no cambia.

1976: Nace Federico "porque los chicos querían", explican.

1977: Silvia se siente nerviosa, abrumada por la casa y los chicos. Danielito comienza a manifestar temores, miedo a perder a su madre. No quiere estar solo. A la vez se comporta con ella en forma rebelde y agresiva. Tiene terrores nocturnos y sonambulismo. El pediatra realiza un examen general que da resultado negativo.

1978: Silvia comienza a cursar el bachillerato para adultos. Danielito comienza primer grado con mal rendimiento y dificultad para mantener disciplina. En el colegio les aconsejan una consulta psicológica. En Julio concurren a la consulta. Transcribimos fragmentos de la primera y segunda entrevista.

Primera entrevista

Concurren todos.

S. Venimos por los problemas de conducta de Danielito. Es rebelde, disconforme. Siempre desprolijo. En el colegio no le va bien. La maestra dice que es muy capaz pero que no pone voluntad.

Además tiene pesadillas, grita y llora aún dormido. Se levanta y corre.

D. Yo se poco porque estoy poco en casa.

S. Yo a la mañana voy al colegio. Es algo que siempre quise hacer. Mi padre no me dejó. Después me ocupo de la casa. No paro en todo el día . . . a veces veo a mi marido a la noche . . . los dos somos nerviosos.

D. Tenemos el mismo carácter, somos gritones . . .

Segunda entrevista.

Concurren Silvia y Daniel solos a pedido de la terapeuta.

S. No se que puede tener importancia de nosotros dos, en cuanto al problema de Danielito. Antes tuvimos problemas pero ahora nos llevamos bien.

Al preguntar con insistencia la terapeuta, Silvia dice: Daniel tuvo otra mujer. Tiene una hija. Por eso nos separamos. Entonces yo dije que estaba embarazada, resultando luego cierto. Así nació Danielito. Los chicos no saben. Nunca hablamos delante de ellos. Yo me enteré porque fui un día a visitar a mi suegra con los chicos y estaba esa mujer.

Silvia refiere que no mantiene ninguna relación con la familia de Daniel.

Son todos iguales, provincianos separados. La hija de Daniel es como fue él. El padre no vivió con él y su madre. Tenía sus hijos y familia. Nunca se hizo cargo. Nosotros somos diferentes. Papá es italiano, inmigrante. Hay cosas que están bien y cosas que están mal. La familia es lo primero.

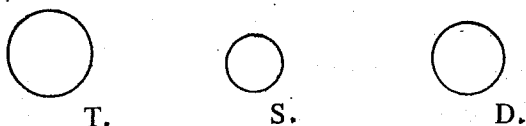
Relatan que viven en una casa construída por ellos con ayuda del padre de Silvia, en el mismo terreno de la casa de éste. También tienen allí su casa la hermana casada y el hermano con su familia,

como asimismo el negocio del padre. Las casas se comunican por el fondo.

D. No lo van a dejar en la calle a uno, eso es seguro, pero se meten mucho. De todo se enteran. Siempre flota que la casa en realidad es de él.

S. Yo me siento bien con mi familia. Veo a mamá muchas veces en el día . . .

En la entrevista familiar era claro el no intercambio afectivo entre los padres y los hijos, que se evidenció en la forma de ubicarse. Los niños se mantuvieron apartados todo el tiempo. No intervinieron, contestando con un gesto de indiferencia cuando se les preguntó si extraban al Papá.



Silvia hacía cargo a Daniel de que no le suministraba lo necesario a su familia, y que ella se veía sobrecargada por su ausencia. Al mismo tiempo no lo reclama ni lo extraña, con lo cual no necesita de su presencia sino de lo que él suministra. Silvia hace lo mismo que reprocha a Daniel, ya que delega en su madre el cuidado de los hijos. Todo esto es facilitado por la proximidad física. Una pareja de padres que no puede hacerse cargo de sus hijos, conforma su espacio físico y su vida cotidiana de tal manera que otro miembro de esa estructura ocupe su lugar.

Daniel tiene otra familia, una mujer y una hija de 5 años, con la cual no convive; no se incluye en ninguno de los dos núcleos familiares, mantiene un contacto débil y distante con ambos.

Los hijos tienen una utilidad a efectos de la disputa de sus padres: ambas mujeres tuvieron hijos para retener a Daniel; ahora él cuestiona esos hijos y siente indiferencia hacia ellos. Así, los hijos no son considerados sujetos distintos a sus padres. Danielito nació cuando sus padres estaban a punto de separarse, y es el señalado como enfermo en el momento de la consulta. Su nacimiento no fue deseado para tener otro hijo, sino que servía a un fin: mantener unidos a sus padres, cosa que vuelve a suceder cuando presenta síntomas o cuando se expone a peligros, como cruzar calles y otros,

que repite desde pequeño. Danielito manifestaba temor a ser abandonado por su madre y quedarse solo, ya que no tiene en su padre a quien recurrir.

Entendemos que esta estructuración de la familia en relación con la familia materna forma parte del aspecto narcisista de la pareja. La dependencia de la familia de la mujer no significa que el marido haya roto su ligazón con su familia de origen. Vemos frecuentemente que ésta subsiste, siendo el marido débil para insertarse en otra estructura distinta y diferenciada, por lo cual adviene a la estructura de la familia de su mujer, pero no rompe la ligazón de la mujer con su familia, y luego no intercepta el vínculo de ésta con sus hijos.

Este material nos permite concluir que el valor de la historia familiar no está dado por la repetición de hechos reales, sino por que permite entender la génesis de una situación. Consideramos miembros de una familia a los unidos por el vínculo biológico madre-padre-hijos, pero también consideramos parte de ella a otros miembros: padres-hermanos-abuelos de los cónyuges, con los cuales prevalezca forma de vinculación alguna. Estos forman parte de la estructura familiar inconsciente, que nos explica gran número de los fenómenos de la familia consciente.

Consideraciones Técnicas.

Esta estructura familiar que se evidencia en la dinámica de las sesiones y que constituye el núcleo de la problemática en una familia, es por ello el aspecto más resistido y que despierta mayor ansiedad al ser interpretado por el terapeuta. Debido a esto es que consideramos dos aspectos fundamentales en cuanto a formular la interpretación: uno es el tiempo, respecto del momento de formularla, y otro es la forma de hacerlo.

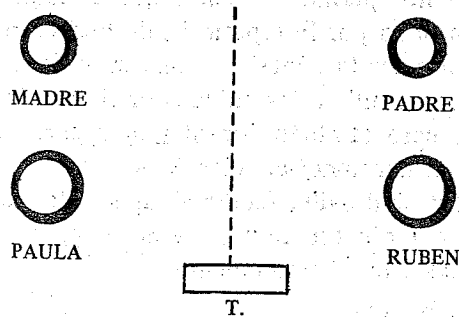
A diferencia de la técnica empleada en una psicoterapia individual, no nos centramos en la transferencia como campo operacional, sino en lo que directamente podemos observar que sucede en la dinámica de la sesión. Más adelante explicaremos cuando y en que forma tomamos un contenido de corte transferencial.

Si bien el aspecto de respetar el tiempo prudencial para formular una interpretación es algo sabido y conocido por todo terapeuta, en psicoterapia de familias tiene características particulares. No es

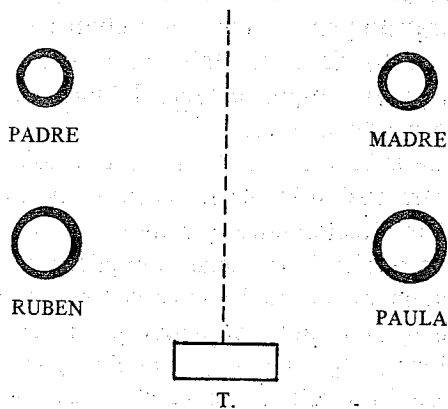
que una interpretación no sea comprendida por ser precoz; por pertenecer al terreno de lo directamente observable es comprendida por los miembros del grupo, pero la ansiedad que despierta es de tal magnitud que es difícilmente tolerada.

En una familia integrada por el padre, Rubén de 41 años, la madre, Nora de 38 años, el hijo Rubén de 17 años y la hija Paula de 14 años, la hija presentaba un episodio psicótico. La encopresis, síntoma integrante de este cuadro, fue lo que motivó la consulta. El padre se quejaba del distanciamiento, la frialdad y la no comunicación de Paula. Presentamos a continuación un fragmento de una sesión:

Acostumbraban a ubicarse de la siguiente forma:



En esta sesión Paula se ubica en el lugar de su hermano y al lado del padre. Este vaciló y no se sentó en su lugar habitual, que ocupó la madre, quedando ubicados así:



La terapeuta señaló acerca de la dificultad del padre en tolerar el acercamiento de su hija, y como la movilidad de ésta y su cambio, habían producido una reorganización en la familia, pero en la cual nada había cambiado, puesto que continuaban la madre al lado de Paula y él al lado del hijo.

El padre faltó a la sesión siguiente y luego volvió para decir que no podía seguir concurriendo por problemas de trabajo. El hijo también dejó de venir, porque no venía el padre.

Hoy pensamos que, si bien el señalamiento fue correcto en tanto apuntaba a una realidad que fue claramente comprendida, no pudo ser tolerado por el padre. Ante la fantasía catastrófica del derrumbe del padre, la familia echó mano de una teoría: "papá es el sostén de la familia, tiene que trabajar, está bien que no venga".

La interpretación fue precoz, en tanto no hubo un tiempo previo a la misma que diera lugar a comentarios de los miembros de la familia que indicaran qué nivel podía ser abordado en la interpretación. Esta era la cuarta sesión del tratamiento.

Además no le fue señalado a la madre, ante la vacilación del padre, cómo rápidamente ocupó su lugar antes que él se decidiera, lo que dejó toda la responsabilidad de la distribución definitiva a él. Esto que se observó dramáticamente en la sesión ponía en evidencia la ubicación de los miembros en la estructura familiar: Paula y su madre permanecían ligadas en una relación narcisista que no era interferida por el padre, quien se ubicaba fuera de la problemática familiar, y a su vez, la madre, propiciaba el distanciamiento del padre no facilitando su inclusión.

En ambas distribuciones se observaba la existencia de dos mitades simétricas; la madre y la hija, y el padre y el hijo. La simetría estaba en relación con el lugar que ocupaban en la familia: las mujeres eran las que tenían problemas, las que se quedaban en casa y por lo tanto, las que debían permanecer en el tratamiento. Esta creencia era mantenida a pesar de que el hijo también había perdido un año en el colegio y pasaba el día en la casa durmiendo.

El abordaje de esta problemática debe ser abarcativo, por cuanto la carencia o la deficiencia en la función de uno de los miembros, por ejemplo, el padre, está en relación directa con la actitud que

observa hacia él la madre, y ambos imprimen las características de su relación con los hijos.

Ponemos especial atención en no centrar un señalamiento o interpretación en uno de los miembros, lo cual sería vivido por él como un reproche. Apuntamos no a señalar la carencia en la función, sino la necesidad de todo el grupo de que esa función sea cumplida, y las modificaciones que se producen ante la presencia y la capacidad de acercamiento.

Llegamos a esta conclusión a partir de comprender que la dificultad en la inclusión de alguno de los miembros y la actitud de otro de no permitir dicha inclusión, son manifestaciones de una dinámica enferma, pero es precisamente el motivo que los trae a la consulta. Las conductas que observan no son manejadas voluntariamente; concientizar esta dinámica es un trabajo de la terapia.

Al iniciar una psicoterapia hacemos la indicación a todos los miembros del grupo, cuando uno de ellos no concurre reforzamos la indicación y trabajamos acerca de la ausencia de ese miembro y sus implicancias en el contexto familiar. El encuadre no se modifica y colocamos la silla correspondiente al miembro ausente.

Dijimos anteriormente que no tomamos a la transferencia como campo operacional en una psicoterapia familiar. Sin embargo, le prestamos atención cuando emerge y se transforma en un escollo o en una dificultad para la prosecución del tratamiento, o sea cuando es una situación reiterada de desconfianza o de colocar al terapeuta en determinado rol.

En una familia constituida por el padre, Roberto, de 40 años; la madre, Silvia, de 39; la hija, Adriana, de 14; y el hijo, Pablo de 8 años, les fue indicado tratamiento familiar a raíz de que Adriana presentaba un cuadro psicótico cuyo síntoma más importante eran los intentos de suicidio reiterados, previos a la iniciación de la terapia y que comenzaron a repetirse durante el primer período de la misma.

A raíz de esto la familia vivía un clima de angustia y expectativa acerca de cualquier actitud de Adriana y, comenzaron a evidenciar cierta desconfianza y reticencia con respecto al tratamiento familiar, que, en la fantasía de todos, volvía a producir los síntomas de Adriana. Todo esto se evidenciaba en el decir de la madre: "No sa-

bemos qué hacer, ni si estamos bien encaminados con todo esto", lo cual reiteró durante algunas sesiones.

La terapia interpretó la desconfianza familiar con respecto a la terapia y a lo que esta podría desencadenar refiriendo la desconfianza a todos los miembros del grupo, si bien era la madre quien la verbalizaba y además, que la forma de hablar de la madre, aludiendo indirectamente, era una modalidad familiar de comunicación.

En la pareja de Abel y María, era María quien insistía en la necesidad de la terapia, que él aceptó porque ella la consideraba "el último recurso" antes de la separación, sin embargo, iniciado el tratamiento, era ella quien reiteradamente traía sus dudas sobre la utilidad de esto, dado que Abel no cambiaba.

La terapeuta interpretó que María traía a Abel al tratamiento para que él cambiara, puesto que él era el enfermo, y que instaba a la terapeuta a que tratara a Abel con "el loco" y como ésta no lo hacía, sino que los interpretaba a ambos, María pensaba que el tratamiento era ineficaz.

Las consideraciones aquí expuestas han surgido de reflexiones acerca de nuestro trabajo clínico y de la necesidad de entender y enfocar terapéuticamente las situaciones planteadas. Asimismo, esta tarea nos ha planteado nuevos interrogantes y abierto nuevos caminos de investigación.

BIBLIOGRAFIA:

1. BERENSTEIN, Isidoro, Familia y Enfermedad Mental. Ed. Paidós, Bs. As., 1976.
2. FREUD, S., Introducción al Narcisismo; Obras Completas; Tomo I; Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
3. FREUD, S., Más allá del Principio del Placer; Op. Cit.
4. FREUD, S., Totem y Tabú, Op. Cit, Tomo II.
5. FREUD, S., Algunas Consecuencias Psíquicas de La Diferencia Sexual Anatómica,, Op. Cit, Tomo III.
6. FREUD, S., Sobre la Sexualidad Femenina, Op. Cit, Tomo III

7. LACAN, J., La Familia, Colección El Hombre y su Mente, No. 2, Ediciones Homo Sapiens, Buenos Aires, 1977.
8. LEVI - STRAUSS, Claude, Antropología Estructural, Ed. Euba, Buenos Aires, 1977.
9. NORET, A. Y DAVY, G., De los Clanes a los Imperios, Biblioteca de Síntesis Histórica, La Evolución de la Humanidad, No. 6, Editorial Hispano-Americana, México, 1962.
10. PICOLLO, A. M., E. B. de GRYNBERG, G., de IRAETA, G. RUIZ y E. WHEELER, Psicoterapia de la Familia, en Rev. de Psicoanálisis, Tomo XXXV, No. 3, 1978.

**LA "PRESCRIPCIÓN PARADOJAL DE APERTURA"
COMO IMPLEMENTACION DE LAS MORFOGENESIS
EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA**

FIDEL LEBENSOHN – Médico Psiquiatra

*Director del Centro de Estudios de Terapia Familiar (C.E.TE.FA.)
1° de Mayo 860 - piso 9 - 2000 Rosario - República Argentina*

Desde los trabajos de Jackson sobre las fuerzas que equilibran los sistemas familiares, se han utilizado, analógicamente, los modelos cibernéticos para explicar los modelos familiares, y esto usando especialmente los diferentes circuitos de feed-back. En un principio se describió el feed-back negativo como equilibrador de la homeostasis, a través de un mecanismo de corrección o contracción de la desviación, y el feed-back positivo como un mecanismo de desviación-amplificación, reconociendo Jackson el feed-back negativo como útil y constructivo y el feed-back positivo como generador de todas las tendencias destructivas y de desorganización; Sin embargo, luego, él mismo insinuó que el feed-back positivo no tendría siempre las mismas consecuencias.

Los trabajos posteriores, de Walter Buckley siguiendo a W. Ross Ashby, y los de Magoroh Maruyama, nos hablan del valor del feed-back como fuerza de transformación del sistema en totalidad. A través de estos dos últimos trabajos se llegó a dos comprensiones alternativas: 1) el feed-back produce una desviación-amplificación

del equilibrio del sistema que en ciertos casos activa mecanismos de corrección llamados de feed-back negativo, que determinan que el sistema vuelva a su primer equilibrio o status-quo; y 2) se identifica el feed-back positivo como el verdadero productor del cambio del sistema, sobre todo cuando es valorada la situación de crisis y se ve que determina un cambio en el marco homeostático a diferencia del caso citado en primer término en que el cambio está regido por el marco homeostático.

La primera alternativa sería que el cambio sistémico, y por consecuencia la intención terapéutica, consistiría en producir, a partir del feed-back positivo (amplificación-desviación).

La segunda alternativa sería que el cambio sistémico, y por consecuencia la intención terapéutica, sería la de aprovechar el feed-back traducido en la crisis, con forma de que el sistema salga en totalidad del antiguo equilibrio al producirse cambios en el marco homeostático, o sea, modificándose estructuralmente el sistema. En definitiva, en esta 2da. alternativa lo que se pretende es neutralizar toda retroacción (feed-back negativo) que pudiera conducir al equilibrio anterior.

Esta última concepción, al día de hoy, y desde estos trabajos pioneros, nos lleva a concebir a los sistemas diádicos (parejas) o multiádicos (familiares) como regidos por dos fuerzas fundamentales que controlan el proceso de su ciclo vital (así como el de cualquier sistema de vida): la morfoestasis y la morfogénesis. Identificando a la 1ra. como la fuerza que permite que el sistema mantenga su continuidad frente a los cambios interiores o exteriores al sistema, mediante la activación del mecanismo de corrección llamado feed-back negativo.

La 2da. fuerza es la que permite que el sistema cambie su estructura básica, y comprende los circuitos de feed-back positivo que tienden a ampliar la desviación o mutación afortunada que permite al sistema adaptarse a condiciones interiores o exteriores alternadas.

La morfoestasis sería la tendencia a la constricción, norma, estructura, regularidad y, en términos de los teóricos de la comunicación, sería la negentropía o redundancia; y la morfogénesis sería la tendencia a la variedad, desestructuración, irregularidad o entropía positiva.

Como lo asegura W. Buckley: "Ningún sistema de vida podría sobrevivir sin un patrón o estructura pero todo exceso de estructura lo mataría por eso siempre tiene que haber alguna fuente o mecanismo de variedad que actúe como reserva potencial de variabilidad adaptativa para afrontar el problema de proyectar una variedad o una construcción nueva o más detallada en un entorno cambiante".

Estas dos fuerzas que están siempre presentes en los sistemas vivos permitirían explicar claramente cómo por medio de las mismas éstos van modificándose y creciendo.

Entendamos que la modificación necesaria de los sistemas familiares sería a partir de la morfogénesis y en momentos claves de su ciclo vital, de tal manera que encadenándose con la tendencia a la morfoestasis, determinarían la estabilidad y aprovechamiento del cambio y que, cuando las tendencias a la morfoestasis se estereotipan, o sea se rigidizan (en el espacio y el tiempo), la tendencia a la morfogénesis, en lucha, genera formas familiares que aparecen como "crisis" o "patologías" en las que se evidencia un subsistema llamado "normalidad" (que tiende al status quo), y un subsistema llamado "enfermedad" que aparece como una desviación del mismo.

Siguiendo esta línea pensamiento es que nosotros, como **agentes del cambio**, apreciamos muy especialmente la situación de crisis o enfermedad como posibilidad de enseñar o mostrar, a la forma del subsistema paciente (SP) en cuestión, nuestra forma, o forma de subsistema terapéutico (ST). Nuestra actitud es siempre la de tratar de indicar la morfogénesis (aprovechando la crisis), uniéndonos a la morfoestasis.

En el caso de una pareja (díada) siempre la interpretamos como una tríada. La pareja es siempre bifronte, o sea que de un lado forma uno de los subsistemas del sistema total en el que se incluyen sus familias de origen o sistema "pareja extendida" (el esposo con su madre, su padre, sus hermanos, etc., y la esposa con su madre, padre, etc.).

Es así que una crisis en la díada es una tendencia a amplificar y desviarse del sistema original padre-madre, familia de origen o sea, es un intento de morfogénesis aunque, contradictoriamente

te, también una tendencia a sucumbir a la morfoestasis de su familia de origen si la desviación amplificación no es aprovechada terapéuticamente.

Esta contradicción produce un balance inadecuado entre las dos fuerzas que se traduce en problemas de la pareja tales como amenaza de separación, o trastornos de la comunicación caracterizados por una complementariedad rígida o una escala simétrica u otras disfunciones, y que pueden ser aprovechados justamente en este momento de crisis por el S. T. ampliando el feedback positivo para que el S. P. no vuelva al status quo de los programas familiares extendidos.

En el caso de los Sistemas Familiares o multiádicos la crisis o patología siempre la interpretamos como la lucha entre la tendencia a la estabilidad o status quo o morfoestasis. Aquí también, como anteriormente, tratamos de indicar la morfogénesis uniéndolos a la morfoestasis.

Estrategias para inducir la morfogénesis: "Prescripción paradójal de apertura".

En otro trabajo referente al proceso terapéutico en la terapia de pareja nosotros describimos como eje para desarrollarlo lo que llamamos la "Prescripción de apertura".

Ella consiste en prescribir paradójalmente la morfoestasis en términos de comunicación básica del sistema, o sea una vez definidos los aspectos relacionales del mismo.

Definición de los aspectos relacionales y prescripción de apertura:

Este punto del proceso terapéutico es muy importante, pues con él definimos el futuro del mismo. Los aspectos relacionales son aquellos por los que el S. P. se comunica, y éstos denotan, a través del juego secuencial, cómo se ha creado y evolucionado el vínculo en el mismo. Estos aspectos relacionales son los elementos utilizados por el S.T. para elaborar una estrategia llamada "Prescripción de apertura", que actúa en forma paradójal induciendo al cambio estructural del sistema. La definición de los aspectos relacionales puede ser vista a través de tres formas:

- 1 - Detectar el esfuerzo retroactivo permanente del S.P. para sancionar a uno de los componentes a través de la causalidad lineal.
- 2 - Detectar el tipo de comunicación en cuanto a simetría o complementariedad.
- 3 - Detectar en un sistema de transacción psicótica las reglas, rígidas para definir las y flexibilizarlas.

1 - El S.P., a pesar de entender y aceptar el encuadre, sin embargo, tratará de buscar desde el primer momento la disociación, aislando a uno de los componentes como enfermo y el otro como sano, uno como culpable y otro como víctima, uno como causa y otro como defecto.

Esto puede tener dos variantes: a) El miembro se autosanciona cuando uno de los dos acusa quejas de tipo hipocóndrico severo y dice que el otro miembro no puede hacer nada ni tiene que ver con el problema.

Definidos así los aspectos relacionales de estas parejas, podemos elaborar las estrategias que hemos englobado en lo que llamamos "Prescripción de apertura". Con ella buscamos la asociación de la díada y la ruptura básica de la defensa que utilizan los partenaires.

En este caso las prescripciones que utilizamos las denominamos "desfocalización del sintomático" y "prescripción del sintomático". La primera consiste en que, luego de un tiempo en la primera sesión, buscamos la secuencia por la que podemos hablar de los síntomas del no sancionado, y, si no aparecen, los prescribimos basándonos en el silencio o la queja afirmativa acerca de la enfermedad del sancionado: "Se ve, por el silencio (o la queja), cuan alterado está (X) por lo que les pasa como pareja".

La segunda consiste en que luego de un tiempo de transcurrida la primera sesión nos declaremos preocupados: "Vemos que los síntomas de (X) van a ser imposibles de solucionar, ya que estos trastornos lo han acompañado durante tanto tiempo que no conviene que trate de luchar contra ellos, debiendo resignarse a convivir con los mismos a pesar que a otros aspectos sí podrá solucionarlos".

- b) El miembro es sancionado por el otro: cuando uno de los dos es violento o ha tenido acceso de violencia verbal o física y por eso está ubicado en el rol de victimario y el otro en el de víctima.

Denificados así los aspectos relacionales, tratamos de elaborar una estrategia que opere sobre la estructura: "él/ella es violento/a", lo que reencuadramos diciendo: "ustedes son violentos".

Lo difícil es develar lo latente y lo encubierto en este tipo de parejas, donde la violencia de uno de ellos encubre la violencia del que juega como víctima a través de la pasividad. De ahí que la prescripción básica es la siguiente: "Podemos observar que cada vez que Uds. tienen algo que comprender generan una violencia muy grande, que a veces se expresa en la acción y a veces en el silencio, o en la pasividad, por lo que pensamos que en el tratamiento podrá aparecer esta situación cada vez que tengan que aclarar o solucionar algo, impidiéndoselo. Muchas cosas podrán superar pero ésta no".

Nuestras definiciones relacionales y las prescripciones que de ellas se derivan deberán ser desde el principio claras y precisas pues el S.P. siempre echará mano a esta resistencia comunicacional cada vez que toquemos puntos clave en la situación de contenido, en el transcurrir del tratamiento. Es decir, que su forma de vincularse es el modo que tiene de defenderse, de no ver las aperturas de sus programas inconscientes, y es lo que han estructurado en el tiempo de relación. Pero dígame también que la exageración de ese modo comunicacional les ha permitido crear la crisis por la que han podido llegar al tratamiento. Quiere decir que les sirve como defensa, pero puede ser utilizada como vía regia para entrar en el sistema y operar cambios básicos en el mismo.

2 - Es importante detectar el tipo de comunicación en cuanto a simetría o complementariedad para determinar cuál es la estrategia, o sea, la prescripción de apertura. En las parejas simétricas el modo relacional digital, evidente, es la lucha permanente en que ninguno de los dos cede y los componentes de la díada tratan de tener la primacía y el triunfo y lograr la destrucción del otro.

Ella (de 31 años, artista plástica) decía que quería separarse porque él, pudiendo ser independiente y creador, trabajaba con su

clan familiar. El (de 24 años; artista plástico) decía que quería separarse de ella porque continuamente lo hartaba hablando de otros hombres y de su posibilidad de hacer pareja con ellos. Detectada la simetría, elaboramos la siguiente prescripción con la pretensión de introducir una cuña de complementariedad. "Se ve que la lucha en la que tienen los dos razón los lleva a estar juntos evitando pensar y sufrir, por lo que cada vez que aparezca algo que los amenace, será echar mano a las discusiones y peleas. Otra posibilidad sería enfrentar lo que les perturba, pero ustedes no podrán hacerlo". A través de esta estrategia volvemos a trabajar en dos niveles. Negando en uno y afirmando en otro, metacomunicamos sobre el sistema clasificándolo en totalidad, generando un encierro que paradójicamente determinará la posibilidad de una apertura de sistema.

En las parejas complementarias el modo relacional digital, evidente, será sobre la idea "one up"; "one down", sometedor-sometido.

El (37 años, médico) acusa a ella (34 años, ama de casa), y llevan 10 años de casados, al no poder aceptar su promiscuidad sexual previa a conocerlo. Ella se siente culpable y le da totalmente la razón desvalorizándose. Esta situación se repite constantemente perturbándolos. Detectada la complementariedad elaboramos la siguiente prescripción con la que pretendemos introducir una cuña de simetría: "Se ve, a través de lo que Uds. nos muestran, que han logrado un perfecto equilibrio en el que uno siempre acusa y otro acepta, y siempre que enfrenten durante el tratamiento una situación que cuestione este equilibrio deberán mantenerlo a toda costa. Hay otra posibilidad a través de la cual Ud. (ella) podría valorizarse y Ud. (el) valorizarla en el presente, pero ustedes no podrán hacerlo".

En el caso de los sistemas familiares multiádicos la estrategia consiste, luego de la primera entrevista y detectada la función del sistema, en inducir la morfogénesis uniéndonos a la morfoestasis a través de una prescripción de apertura que incluya dicha función. Generalmente la estrategia prescriptiva se basa en la paradoja: "Se espontáneo".

Veamos un caso clínico: Se trata de una familia compuesta por

padre, 58 años; madre, 56; hijo, 32; hija, 29. El paciente designado aparece como un depresivo con diagnóstico de "depresión ansiosa". La función del síntoma era fundamentalmente no hablar en el seno familiar, sino ocuparse de la depresión del padre.

Para el paciente designado el síntoma servía a los fines de no hablar de los temores de ser desplazado y abandonado por el hijo, socio en su taller mecánico. A su vez, la función del síntoma para la esposa era no hablar de ciertos desacuerdos con su esposo; para la hija significaba que podía ocuparse de su padre, ante quien se sentía culpable por ser la más independiente por haberse separado de él tempranamente. Y por último para el hijo funcionaba como un pretexto por el que se podía plantear la separación del padre del negocio, sin culpa.

Todo esto surgió luego de algunas sesiones a expensas de una "prescripción de apertura" sostenida durante las mismas que consistió en prescribir el síntoma y señalándolo como imposible de superar por parte del paciente designado.

"Don José deberá seguir deprimido pues es condición fundamental de la preocupación que él tiene por todos ustedes; y tendrá que estar mucho más deprimido pues es la demostración del cariño que les tiene. Y es fundamental que ustedes le recomienden que siga en cama y sin hacer nada como forma de entenderlo y devolverle lo que él ha hecho por ustedes".

A través de este tipo de prescripción paradójica el S.T. se une a la morfoestasis, o sea, es reconocido como miembro de pleno derecho por el S.P. e induce la morfogénesis pues lleva al S.P. a tener que luchar por la transformación pues el S.T. lo ha llevado a una situación de desviación-amplificación insostenible impidiéndole el camino conducente hacia el equilibrio anterior a través de un feed-back negativo.

El S.T. en su comunicación le habla permanentemente de su morfoestasis o, sea del marco homeostático con que se manejaron y el S.P. se ve impulsado a no hablar más del síntoma del paciente designado sino de las pautas de mantenimiento o reglas del sistema, para esclarecerlas, lo que cambia fundamentalmente el marco homeostático. Sin embargo cada vez que el S.P. quiere hablar nuevamente de esta situación, como ocurrió en el proceso de esta familia

y ocurre en otros casos el S.T. vuelve a la prescripción de apertura e impide toda posibilidad de equilibrio morfoestático en el antiguo marco homeostático.

RESUMEN

Se hace una reseña de las diferentes interpretaciones que se han hecho respecto a los circuitos de feed-back negativo y positivo como expresión de los modelos cibernéticos aplicados a los modelos familiares. Se pone especial énfasis en la interpretación que los trabajos de Maruyama y Buckley han hecho con respecto al feed-back positivo como generador de cambio en los sistemas familiares.

Se arriba a la definición de que hay dos fuerzas fundamentales que regulan el funcionamiento del sistema familiar y que son la morfoestasis y la morfogénesis, asimilando la primera a los circuitos de feed-back negativo y la segunda a los circuitos de feed-back positivo. Se identifica a la morfogénesis como la "crisis" o la "patología" de dichos sistemas y se privilegia a dichas conductas emergentes como elementos que alimentan a la intervención terapéutica; es decir, la estrategia terapéutica que trata de aprovechar e inducir las tendencias a la morfogénesis. Estas estrategias se basan en la llamada "prescripción paradójica de apertura" que permite, uniéndose a la morfoestasis, indicar la morfogénesis o transformación.

ABUELITUD: VÍNCULO NARCISISTA Y EDIPICO

PAULINA REDLER: *Psiquiatra, Doctora en Medicina,*

Columnista especializada "Consultorio Psiquiatrico" diario La Razón,

Bulnes 1956 - 6° "B" - Bs. Aires.

Más allá de la primera mitad de la vida, coincidentemente con ciertas evidencias de involución física, suelen restringirse o perderse algunas otras relaciones objetales: entre ellas el distanciamiento o desaparición de seres queridos y el alejamiento de los hijos, ya mayores. A estas circunstancias llegan a unírseles, sin ser esto inexorable, la merma, debida a diferentes causas, de cierta sublimación normativa a partir del vínculo familiar con hijos pequeños o jóvenes y la disminución o cese de la actividad laboral y de otros roles sociales valorizados.

No obstante, el envejecimiento puede ser asincrónico en diferentes aspectos. Aún más que eso: mientras algunas funciones involucionan, en particular las biológicas, otras en cambio, pueden evolucionar -las psíquicas-. Tal es que el individuo mayor puede ir completándose o enriqueciéndose con el desarrollo de nuevos intereses y funciones que podrán ser integrados a estructuras forjadas en relaciones más antiguas, reestructurándolas. Cuando así sucede logra una progresión de su personalidad social y puede contrarres-

Agradezco al Dr. Mario Strejilevich sus aportes a este trabajo

tar mejor la tendencia a la angustia y a la regresión que estas pérdidas o incompletudes tienden a desencadenar.

Con el avance de la edad ciertos repertorios suelen disminuir. El empuje de las pulsiones debe forjar otros rumbos y menos nuevos objetos posibles resultan suficientemente atractivos como para estimular el investimento libidinal. Por otra parte, además, pueden no encontrarse los que sustituyan y diversifiquen a los perdidos.

Aunque el determinismo psíquico no es monopólico, la realidad está siempre mediatizada por lo simbólico y lo imaginario. Es así como en el individuo mayor, ya muy estructurado, los vínculos interpersonales se sustentan en gran proporción en el campo de las relaciones intrapsíquicas. Se puede entender, entonces que entre las nuevas relaciones posibles de ser catectizadas, de ser reencuentradas, figuren las de la abuelitud. Esta ofrece un sucedáneo de importantes vínculos perdidos a la vez que una nueva y distendida ubicación histórica en la vida. Sin embargo, no es un final feliz logrado a través de haber sido padres y luego abuelos de numerosos nietos. La situación puede ser menos optimista: consiste en una nueva y difícil entrada en un sistema de leyes, vínculos y obligaciones cuyo destino ya desde antes venía, en cierta medida, estructurado para ello.

"La existencia del individuo tiene una doble función, como fin en sí misma y como eslabón de una cadena generacional que la trasciende". (Freud, Introducción al narcisismo). Si esto último no se lleva a cabo, el individuo está incompleto en una de sus más importantes funciones.

Los hombres y mujeres cuyos hijos no tienen descendencia suelen, de una u otra forma revelar los sentimientos penosos que este déficit les produce. Las dificultades de sus hijos en tener, a su vez, hijos y la imposibilidad de ver satisfecho el anhelo de trascender a través de los nietos y de recrear en ellos antiguas y perdidas relaciones es, además, una daño a su autoestima. Respecto a esta problemática, no pueden trascender su condición de mortales en una inscripción psíquica que los perennice, no hay esperanza de infinitud.

"El punto más espinoso del sistema narcisista, la inmortalidad del yo, tan duramente negada por la realidad, se refugia y se

afirma en el hijo" (Freud, Introducción del narcisismo). Es necesario agregar que se reafirma en el nieto. Cuando más ramificado el árbol genealógico de la descendencia, mayor la ilusión de infinitud, más satisfecho el deseo de supervivencia. El nieto evidencia que la inmortalidad puede ser lograda a través de la descendencia. Un eslabón biológico desciende la cuesta de la vida, mientras otro eslabón de la misma cadena, la escala. En tales circunstancias el nieto representa como presente una infinitud que a la vez tiene calidad de ausente. Identificación que permite el cumplimiento del deseo de inmortalidad.

Pero por otra parte, y al mismo tiempo, el eslabón nieto de la cadena generacional le señala al individuo el paso de los años en el hijo y en consecuencia en sí mismo: no es inmortal. Reconocimiento ganado al precio de una herida narcisista y que implica atravesar crisis y duelos que retroactivan a su vez, otros más alejados. Es a través de estas resignificaciones que puede lograr un diferente lugar y una distinta identidad: la de abuelo. Identidad no exenta de ambivalencia y en compleja interacción con el grupo familiar y social.

De una forma y de la otra, la abuelitud, oscilante entre el deseo narcisista de tiempo no transcurrido y la triangularidad, tiempo vivido, ve asegurada la herencia del cuerpo, de la cultura y de los bienes. Si el nieto es varón, también la persistencia del apellido. Para estas funciones el objeto nieto es necesario pero contingente: su eficacia es independiente de la herencia biológica, tal como acontece en la adopción (Lacan, La Familia). En el despliegue generacional de la abuelitud los deseos psíquicos y las instancias sociales dominan a las naturales.

Los sentimientos penosos provocados por la evidencia de lo perecedero de la propia vida son contrabalanceados, en cierta medida, cuando se puede trascender en la descendencia. Pero aun teniendo descendencia no todos pueden trascender en ella y los que pueden lo hacen de variadas maneras.

Es importante tener en cuenta a Freud cuando se refiere en el hallazgo de objeto en Tres ensayos sobre una teoría sexual, al narcisismo: "La búsqueda y encuentro en otras personas del propio yo presenta gran importancia en cuanto a la producción de

estados patológicos". Debemos agregar dos cosas más a lo que dice: 1) que la búsqueda y no encuentro en otras personas del propio yo también presenta importancia en la producción o por lo menos en la evidencia o movilización de patología y 2) que el encuentro en otras personas de las grietas del propio yo también presenta gran importancia en la movilización de estados patológicos.

Cuando en Introducción al narcisismo Freud dice que "se aman narcisísticamente en el otro varias cosas:

- 1) lo que uno es;
- 2) lo que uno ha sido;
- 3) lo que uno hubiese querido ser;
- 4) a la persona que fue parte de uno mismo",

este tipo de "amor" es, en realidad, enamoramiento, fascinación homosexual, querer a uno en el otro, lo cual insume una gran dependencia de ese otro manteniéndose constantemente jaqueado por su virtual contracara, el odio, la rivalidad narcisista. Ambos polos, enamoramiento y odio, están basados en una relación ambivalente, de desconocimiento, de recubrimiento de carencias. Yo ideal amenazado de fisura que en tanto se defiende exitosamente no da paso a los ideales del yo. Terreno de proyecciones e introyecciones especulares. Al fin, penoso cumplimiento narcisista desviado de la satisfacción del deseo edípico.

Si domina este "amor" respecto al nieto, principio de placer a expensas del principio de realidad, no hay distancia, el otro es uno. Mientras prevalezca esta completud narcisista el abuelo no tiene pasado. Es, repetitivamente, otro. Queda entonces inmovilizado, alienado, en esta relación en la cual el nieto ha sido incorporado como yo ideal. La libido invistiendo la conservación sin fracturas de este yo, se encuentra por esto impedida de desplazarse a los ideales del yo, a las sublimaciones normativas de la abuelitud.

Esta problemática suele dar evidencias llamativas cuando el nieto no colma o contradice las expectativas del abuelo. Si con el nieto retorna en forma repetitiva lo odiado, lo disociado, lo hostil, señal de conflictivas no elaboradas, de incompletudes no asumidas, el abuelo está impedido de "amar" narcisísticamente. El nieto le presentifica imagos penosas que deben ser rechazadas. Las

funciones normativas de la abuelitud aquí tampoco pueden ser desarrolladas.

Toda abuelitud oscila en una dialéctica en la cual se debaten narcisismo y edipo, completud y falta, infinitud y mortalidad, yo ideal e ideal del yo, fijeza y articulación móvil. Su constitución así como sus perturbaciones están vinculadas a la estructura e interjuego de estas relaciones.

La posición del abuelo es relativa a otras posiciones. Una de ellas, es que el pequeño pasa a ocupar en él un nuevo lugar. Aunque es un lugar ya estructurado en el abuelo por la intersubjetividad con sus propios padres (y abuelos) primero y con sus propios hijos después, no es igual: la primitiva relación como hijo-padre y luego la relación como padre-hijo son más cercanas, más tensas, más fuertes, que el posterior vínculo abuelo-nieto (G. Rosolato, en "Ensayos sobre lo simbólico", citando a T. Reik). Este vínculo es no sólo vicario de los anteriores sino que además, al producir un corte en la cadena significativa, los resignifica.

El hijo es parte de uno, el nieto es parte de un otro que fué de uno. Parte de la misma cadena generacional, pero mediando un intermedio eslabón témporo-espacial. Desplazada del núcleo de la conflictiva edípica, la relación abuelo-nieto está determinada por ella, pero es más laxa. En consecuencia, el abuelo padece con menor rigor que el padre los efectos de la rivalidad fraterna y de los celos presentes en la relación paterno-filial. Y dado, además, que la completud hetero y homosexual ya fue idealmente lograda con la pareja y el hijo, la relación con el nieto está más desprovista de ansiedades.

Por otra parte los abuelos no están directamente implicados en el proceso de la procreación y nacimiento y no son responsables directos de la evolución de los nietos. Suelen estar aliviados de las tensiones inmediatas y de las pesadas y agotadoras responsabilidades de la paternidad.

Razones intrapsíquicas e interpersonales contribuyen a que su amor sea más calmo aunque no más libre de tensiones ni menos ambivalente que cuando tenían hijos de esa edad.

Si los vínculos entre padres e hijos pudieron ser estructurados en una progresión de desplazamientos del deseo narcisista al

edípico, el posterior cariño —pulsión inhibida en su fin— del abuelo hacia el nieto estará favorecido así como otras derivaciones sublimatorias de la abuelitud. Con lo cual se facilitará un fluido intercambio en el poblado mito familiar, que beneficiará a las tres generaciones.

Mientras uno se va ubicando como nieto, el otro lo va haciendo como abuelo. Este, además, encuentra en el nieto un recurso y un aliado contra ciertas exigencias, tensiones y ambivalencias de sus hijos. A cambio de lo que da recibe mucho: importantes deseos narcisistas y edípicos se ven satisfechos en esta relación.

Cuando el nieto se hace mayor, los abuelos pueden aceptar complacidos los nuevos aspectos que van estableciéndose, especialmente cuando estos les acercan conexiones con una parte del mundo por la cual ellos ya no transitan o nunca han transitado.

"La elección de objeto ayuda a volver a constituir la felicidad perdida", dice Freud en El hallazgo de objeto (Tres Ensayos). La libido investida en los nietos y en los aspectos sociales con ellos relacionados aporta mucho para la conservación de la autoestima en los momentos de la vida en los que lo que del hombre ha sido —yo de placer, yo ideal, cuerpo narcisista— anuncia quedar o va quedando cada vez menos. La posibilidad menguante de satisfacción de la libido genital permite y exige una mayor derivación en ternura, para lo cual se requieren objetos.

El niño se transforma en una fuerza creciente de surgimiento de deseos y posibilidades. El abuelo que está capacitado de compensar en la generación del nieto algunas de sus propias insatisfacciones recobra una cierta imagen placentera en la cual puede refugiarse transitoriamente. Envejece, pero halla la oportunidad de encontrarse fuera de su propio cuerpo, en otro que deriva psíquicamente del suyo y que ocupa un lugar jerárquico en su constitución mental. Si careciera de esta posibilidad de transportarse identificado, por momentos, en ese otro ser, de ubicarse en ese otro lugar, más allá de su cuerpo, la existencia podría llegar a serle intolerable. Pero sólo puede utilizar satisfactoriamente este refugio narcisista en la descendencia quien, por otra parte, puede salir de él. Quedar encerrado en este refugio, incorporación narcisista, así como su contraparte, el no poder entrar en él, rechazo,

eyección narcisista, serían, en cambio los polos de la dialéctica de las pulsiones de muerte en el campo de la abuelitud.

Si puede movilizarse asociativamente, desestructurándose y volviendo a estructurarse, puede integrar, en nuevos contextos, su cambiante imagen corporal y establecer un nuevo orden espacial del cuerpo que se va integrando en la dimensión temporal, histórica de su vida, modificando su propia imagen del mundo. Se trata de un proceso que requiere movilidad de desplazamientos asociativos y que puede estar impedido por fijaciones patológicas en lo no resuelto, en lo desestructurado o en lo nunca instituido.

La relación con el nieto, si bien es, desde un punto de vista, un retorno al pasado, una repetición, cuando se lleva a cabo por una vía progrediente, resolutive, es una influencia que ayuda al individuo a resguardarse contra la retracción narcisista del mundo de los objetos de la realidad externa. Cuando prevalece este tipo de relación la abuelitud hace posibles satisfacciones que la mantienen alejada de ciertos atisbos regresivos a los puntos de disposición. En estas circunstancias el encuentro de objetos sustitutivos valorizados lo protege, parcialmente, de la descompensación caracteropática, de la melancolía, de la manía y de la hipocondría. Todos estos estados que aparecen no sólo en la clínica psicoanalítica sino también en la clínica psiquiátrica y médico-quirúrgica con gran frecuencia correlativos a la involución corporal y a la pérdida de otras importantes relaciones objetales que caracterizan esta etapa de la vida.

La abuelitud involucra aspectos comunes y aspectos diferentes en el hombre y en la mujer.

EL HALLAZO DE OBJETO EN LA ABUELITUD FEMENINA

En el caso de la mujer abuela, veamos si ama a su nieto por el niño en sí o ama en este otra cosa. Veamos cuánto de encuentro y cuánto de reencuentro tiene el vínculo que establece.

El deseo funciona en una dimensión regrediente, nostálgica, de actualización del objeto perdido y todo deseo se mantiene, aunque reestructurando imagos, en el campo de una repetición. En la

abuelitud lo perdido posee ciertas características específicas: remite a las anteriores relaciones de objeto edípicas y narcisistas, hetero y homosexuales, del ideal del yo y del yo ideal, intrapsíquicas e interpersonales en el contexto supraindividual.

La pérdida de objeto es, por otra parte, la condición para que pueda aparecer algo que responda, asociativamente, a las características que han quedado inscriptas como representaciones de su falta. Lo cual insume una función simbólica que instala una especial modalidad de relación objetal. Una modalidad de relación en la que existe un pasado, un ya sido y existe un presente. Un acá y un más allá en el cual el nieto no es sólo parte de uno sino, además, un tercero. Implica un reconocimiento de diferencias y una aceptación de carencias.

Pero también funcionando en el campo de los desplazamientos asociativos y continuando el pensamiento de Freud (El final del complejo de Edipo) el nieto remite al hijo y este al falo. Y remite del tener al ser (Freud, Conclusiones, ideas, problemas). Lo que retorna desde el narcisismo, es parte de uno mismo, se es. Lo que retorna desde el Edipo, es otro, se tiene. Desde este enfoque el nieto es la presencia de una ausencia. La relación con él en su actualidad remite al pasado y es un pasado que retorna, desplazado y diversificado, en el presente. De ahí parte de la atracción que ejerce en la abuela.

Ella atiende al nieto como antes al hijo: "con sentimientos procedentes de su propia vida sexual y le acaricia, besa y mece tomándole claramente como sustitutivo de un completo objeto sexual" (Freud, El hallazgo de objeto en Tres ensayos).

La abuelitud es una relación de objeto determinada por las relaciones que más profundas huellas dejaron en los años infantiles y en las épocas posteriores de la adultez temprana. Satisfacciones, logros, crisis y elaboraciones mediante. Pero dado el distanciamiento temporo-espacial de estas primitivas relaciones y dado que la completud sexual ya ha sido alcanzada a través del cónyuge y del hijo, esta nueva relación suele ser, si bien más compleja, menos tensa.

Los sucesivos vínculos objetales en el transcurso de la existencia y los duelos y reestructuraciones a consecuencia de sus pérdi-

das determinan un alcance simbólico e imaginario que hace posible el abordaje a una comprensión psicoanalítica de la abuelitud. Desde este enfoque se pueden dilucidar las funciones de sus distintos aspectos así como la influencia de la falta de nietos.

LA ABUELITUD MASCULINA

Así como la abuela, el nieto en el abuelo, aunque con características diferentes, funciona en el campo de los desplazamientos asociativos y remite de nieto a hijo, de tener a ser. También, como en la abuela, es la manera de prolongar la vida manteniendo la ilusión narcisista de inmortalidad en la transmisión del cuerpo, de los bienes, del apellido (si es varón hijo de varón).

Pero el abuelo varón tiene a través del nieto el medio para saldar la deuda simbólica mantenida con la cultura, al transmitir el pasado en la descendencia de la descendencia, otorgando al hijo la posibilidad de ser padre y otorgando al nieto la posibilidad de encontrar que el padre ha respetado con el abuelo la misma Ley que se establece para él. Con la abuelitud contribuye a perpetuar la organización familiar en un sistema de intercambios que permiten el acceso a un mundo cargado de sentido.

Si llega a ser bisabuelo y gozar de salud, el sentimiento de infinitud y el de haber cumplido parecerán más cerca de ser alcanzados.

La abuelitud no es el producto linealmente elaborativo de las distintas crisis narcisistas de la vida y de sus resoluciones edípicas. En el comienzo de la vida la vivencia de moribilidad, de incompletud, de displacer extremo ante el incremento de las inaplazables necesidades internas, es el empuje inicial narcisista hacia la búsqueda de la realidad. Empuje que involucra un proceso interaccional e interpersonal que, en un movimiento continuo, va estructurando al psiquismo dando lugar a cada vez más complejas relaciones de objeto . . . hasta llegar a la abuelitud.

Las variaciones de cada individuo en cuanto a como vivencia relación a predominio imaginario, principio de placer y como experimenta-relación de conocimiento, prueba de realidad- su abuelitud están condicionadas por la complejidad del interjuego de estos factores.

La abuelitud se instala para satisfacer deseos e ideales propios,

familiares, míticos y sociales o, por lo contrario, para oponerse a ellos.

Aunque el tiempo psíquico puede no coincidir con la edad cronológica, el tiempo biológico es un factor de influencia en la experiencia y vivencia de la abuelitud. Si se tiene en cuenta que ciertas heridas narcisistas son las que instituyen al objeto del deseo, en el abuelo joven, activo en lo corporal, en lo social y en lo laboral, aunque el hijo haya salido de su familia de origen para formar una nueva familia, no ha perdido otras relaciones narcisistas y edípicas cercanas que los ya mayores ansían recuperar a través de la descendencia de la descendencia: las posibilidades de un cuerpo joven, la relación con un niño, las capacidades procreativas, la continuidad, la completud. Sin embargo, no por ello desconocen ciertos significados de la abuelitud, no por ello están imposibilitados de amar la realidad del nieto. El espacio virtual existe aunque ocupado por otras relaciones objetales. Por ello el sentimiento es, necesariamente, otro.

En el individuo joven en el que el envejecimiento y las pérdidas narcisistas y edípicas que con él sobrevienen no amenaza aún cercano, el deseo de trascender en la generación del nieto no ha llegado a constituirse plenamente. Su amor al nieto tiene poco de amor objetivado en el otro. Particularmente la mujer, fisiológicamente fértil, con hijos pequeños o teniendo aún expectativas de descendencia propia, está en una posición distinta de aquella otra ya mayor que ha pasado y elaborado holgadamente las sucesivas etapas de la vida, que ha tenido que esperar por la descendencia de los propios hijos o que ha perdido importantes y valorizadas relaciones objetales sin haberlas reemplazado por otras.

Para el abuelo demasiado joven suele ser prematuro desear reeditar, recuperar, relaciones objetales edípicas aún presentes y aspectos narcisistas aún no perdidos.

Hay quien no tolera y rechaza, entre varias cosas, la evidencia del paso de los años, la idea de envejecer, la incompletud del cuerpo frágil. Se muestra persecutoriamente ocupado, yo ideal, en lo que alrededor de esta posición gravita. Dado que su libido permanece de esta forma fijada, no está impulsado a buscar en el otro, en este

caso un nieto, lo que no reconoce no ser o no haber perdido. No puede amar a un nieto pues no ha dejado de amarse narcisísticamente a sí mismo. No ha resuelto básicas conflictivas especulares que permiten el acceso a las edípicas, a la unisexualidad.

Si pese a tales características ha tenido hijos y éstos, a su vez, han logrado descendencia, difícilmente la relación con los nietos sea satisfactoria. El deseo de abuelitud suele ser instituido, pero con dificultades. Más aún, el nieto, como una evidencia del paso del tiempo, es una realidad difícil de aceptar: prueba de que se envejece. Esto, vivido como una pérdida intolerable, requiere ser soslayado. En la figura del nieto esta amenaza retorna entre otras. Establece una rivalidad persecutoria, una agresividad con ese organismo más joven y vigoroso, pleno de promesas, por la cual comparación, le evidencia más agudamente el sentido de decrepitud y de posibilidades restringidas. El niño contradice amargamente los anhelos de juventud y de inmortalidad propia y remueve otras profundas y antiguas problemáticas narcisistas no resueltas. El pasado revive tanto más peligroso cuanto más se lo revela como no acabado. Ser abuelo para quien aún está ubicado en la posición fálica de prestigio, posición tal altamente valorada por la sociedad, requiere una importante reestructuración psíquica. El joven, en lugar de ser un asegurador de la supervivencia, una defensa contra la destrucción eterna, se convierte en un siniestro mensajero de la muerte (Freud, Lo siniestro). (Otto Rank, El narcisismo y el doble).

El objeto del deseo no ha pasado a estar más allá del principio del placer. La dimensión de pérdida, de incompletud, de los límites y posibilidades de la vida, no es aceptada. Rechaza las evidencias del envejecimiento así como no acepta otras evidencias de la triangularidad. No puede delegar en el hijo la función de la paternidad. Un cúmulo de fijaciones le hacen difícil identificarse como abuelo. El nieto le devuelve una vivencia displacentera, retaliativa. No sólo como nieto sino también como evidencia de la potencia creadora del hijo y como evidencia de la propia potencia. Retorno de rivalidades especulares, de odios reprimidos, contracara del amor narcisista objetivado en el otro.

Un otro impedimento para la abuelitud gozosa suele emerger cuando el abuelo está "casado" con el hijo. En la clínica aparece más ruidosamente la problemática cuando se trata del hijo varón para la madre aunque también de la hija mujer para el padre.

En el caso de la mujer, cuando la independencia y el casamiento del hijo no han podido ser aceptados, prevalece hacia la nuera el sentimiento de que ésta es una rival que lo acapara, que "se lo quita". El nieto puede ser visto, entonces, como otro rival que hace aún más notorio, que patentiza, el distanciamiento del hijo. El pequeño es evidencia de una realidad que provoca una agudización de la conflictiva. Es otro indicador de que el deseo de inmovilidad temporal, de mantener en el presente vínculos que existieron en el pasado, no puede ser cumplido. Pero la problemática puede emerger por una vía distinta y el nieto pasar a ser el "rey", hijo de una relación psíquicamente incestuosa con su propio hijo, impidiendo que el nieto sea hijo de su nuera.

Por el contrario, en condiciones menos perturbadas, tanto en el hombre como en la mujer el nieto ayuda a aflojar los lazos incestuosos contraídos con los hijos. Ligaduras cuyo vencimiento, impuesto por el cambio en la organización familiar a partir de la espera de un nieto y de su posterior nacimiento y desarrollo, se lleva a cabo a través de crisis que dan lugar a duelos cuya elaboración se acompaña de dolorosas reacciones psíquicas. Pero todo ser humano en su evolución halla ante sí la labor de dominar el complejo de Edipo, de aceptar la triangularidad. Una de las especificidades de la condición de abuelo es, justamente, que todo este cambio se produce a través de la paternidad o maternidad del hijo y que ese corte, el pasaje de padre a abuelo, se ha llevado a cabo por el deseo de otro.

Si la problemática ha quedado fijada, inamovible en conflictivas anteriores, el nieto, en lugar de constituir una ayuda para flojar los lazos incestuosos mantenidos con los hijos, será otra penosa evidencia que agudizará, sin resolver, la dificultad.

La convivencia transitoria con los nietos, el hacerse cargo de ellos por momentos, suelen ayudar a la abuelitud. El amor al hijo con todas sus complejidades, se desplaza y deversifica en el nieto

desencadenando imagos que pueden ser muy útiles para una cambiante identidad.

Cuando el hijo, por distintos motivos, deposita muchas o todas las responsabilidades de su paternidad en los abuelos, se pueden desarrollar en estos diferentes sentimientos y reacciones que tendrán que ver con deseos confesados o inconfesables y con ideales satisfechos o contrariados.

El abuelo que hace de padre sustituto del pequeño puede sentirse agobiado y a veces avergonzado por funciones que él no desea sobrellevar. El que su hijo no ejerza plenamente la paternidad y el que el nieto, a su vez, viva una situación por la cual los padres reales coinciden poco con algunas de las funciones paternas puede ser una dolorosa experiencia que obstaculice en el abuelo, por la ambivalencia, el libre y satisfactorio pasaje a las identificaciones de la abuelitud. Si sus vínculos interpersonales, laborales y sociales son extensos, las tensiones y pesadas responsabilidades del ejercicio de una paternidad que no es la propia no favorecen en él una satisfactoria abuelitud, no obstante brindar el vínculo con el nieto muchas satisfacciones narcisistas y edípicas directas e indirectas a través de la ayuda al hijo amado, aunque las renunciadas sean grandes.

Hay gradientes. En un extremo estarían los que no se pueden ocupar de sus o con sus nietos por estar perturbados. En el otro extremo estarían los que se hacen cargo y manifiestan gran goce como sentimiento predominante. Estos últimos, los que despliegan tanto entusiasmo en un rol que en buena medida no les pertenece, asumir sólo uno de los polos de la ambivalencia implica el rechazo del otro. Campo propicio para el despliegue de la agresividad, de las pulsiones sádicas y de dominio. La posesión de los nietos es una carta a esgrimir frente a la rivalidad con los hijos propios y los políticos. Utilizan el nieto para mantener el control y el poder sobre ellos. Se trataría de un filicidio encubierto.

En ciertos grupos étnicos está jerarquizado socialmente que el abuelo, cuando merman sus capacidades laborales, se haga cargo del nieto. Sucede así en familias de algunas comunidades en las cuales la convivencia trigeracional es la norma: en ciertos pueblos campesinos y en los todavía limitados a la transmisión oral. En estos casos la crianza de los nietos aporta a los abuelos nueva

vitalidad y entusiasmo. La sobrevida de los longevos suele ser alta comparativamente a la de otros pueblos con diferentes modalidades familiares y suelen ser poco frecuentes los síndromes depresivos tan comunes también en otras culturas, asociadas al envejecimiento. La situación de ser en gran medida padres sustitutos de los nietos es sintónica con el medio; además de otorgarles importantes satisfacciones libidinales los coloca en una ubicación social y familiar más jerarquizada. Para el abuelo que vive en este mito y es miembro de una sociedad que también cree en él, se hacen aceptables situaciones que, de otra forma, en otras conformaciones familiares y sociales, serían conflictivas. Pero no basta con que cierta integración sea posible y prácticamente eficaz para estar seguros de que la adaptación así realizada no constituya una regresión respecto a la situación ambivalente, conflictual, anterior.

UN GRUPO DE ESPECIAL RELEVANCIA:
LA PAREJA CONYUGAL

SILVIA PISKORZ DE ZIMERMAN: Médica, especialista en psiquiatría

Miembro adherente de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupos. Miembro fundador del Instituto de Técnicas Grupales.

Peña 2034 - 6° "A" -- Buenos Aires - 1126

El interés por la pareja surge de la experiencia personal de vida en pareja y de la observación de otras vidas, desde el mirador privilegiado que es ser psicoterapeuta. Es fácil percibir que el grupo más pequeño, estable, del que participan los adultos es la pareja matrimonial. En él están permitidas áreas de dependencia, de simbiosis, que se consideran normales dentro de límites que varían para cada cultura y grupo social, y que son reversibles cuando la realidad lo impone (muerte, enfermedad).

También es, normalmente, una relación que acepta el crecimiento de sus integrantes y su consiguiente cambio.

Me interesa destacar un aspecto a mi entender obvio y que suele pasar desapercibido: es un sistema social donde cada uno confirma la identidad del otro y al devolverle múltiples imágenes de sí regula

la exploración de nuevas modalidades de relación, de pensamiento, etc.

Las preguntas: ¿quién soy? ¿Está bien lo que hago? ¿Cómo debe entender esto?, son preguntas cotidianamente latentes.

Es por eso que el desarrollo personal incluye como factor condicionador la pareja que se ha elegido y la evolución personal de la otra persona inevitablemente condicionada por las respuestas que recibe de uno y así sucesivamente.

La pareja heterosexual es una organización que encara en la tarea de la vida problemas límites:

- La diferencia de los sexos: la incompletud;
- la generación de vida, la muerte.

(La confiabilidad entre personas y el problema de la verdad en un aspecto pragmático: la sinceridad en la expresión de los afectos. Esto se vincula claro esta con el problema de los valores).

Es en la lidia con estos problemas que vemos qué suele pasar que se anulan las diferencias entre las personas de la pareja y se perciben las conductas y expresiones del otro como si sólo tuvieran que ver con uno.

Pensar en estos términos ya implica la pareja elegida por común acuerdo y será útil revisar algunos datos históricos y sociológicos antes de proseguir.

La Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales vincula matrimonio y familia:

La formación de la familia puede iniciarse por el matrimonio o por la paternidad.

El matrimonio puede definirse como una relación culturalmente aprobada entre un hombre y una mujer, entre un hombre y varias mujeres o entre una mujer y varios hombres, dentro de la cual admitido el trato sexual entre los cónyuges y de la que se supone que nacerán hijos.

El matrimonio es por definición una relación dentro de la cual es legítimo el trato sexual.

Malinowski definió el principio de legitimidad. El bastardo carece de categoría, la legitimidad sociológicamente es la condición ne-

cesaria para que la familia lleva a cabo su función de conferir posición.

En todas las sociedades ocasiona el matrimonio un cambio en la condición jurídica de las partes contratantes. Además afecta no sólo a dos individuos sino a dos grupos (las familias respectivas).

La elección de cónyuge, dice, puede ser familiar o de clan en la familia extensa. Con el predominio de la familia nuclear la elección personal se acentúa y se transforma en un valor la libre elección por amor. En ésta interactúan dos fuerzas contrapuestas: la prohibición del incesto con su mandato exogámico y el etnocentrismo que fomenta la endogamia y la homogamia (es decir, evita que se busque una pareja demasiado diferente al propio grupo).

La tendencia generalizada es a elegir una persona de raza, identidad étnica religiosa, posición socioeconómica, edad, estado civil, y lugar de residencia similar al propio. En rasgos como dominación y dependencia tienden los cónyuges a ser complementarios más que semejantes.

EL INTERESANTE CAPITULO DEL PODER EN EL MATRIMONIO:

Tres son las áreas de "lucha" más frecuentemente comentadas, el dinero, el sexo y la educación de los hijos.

La enciclopedia antes citada comenta:

En una pareja hay posibilidad de dominio cuando los recursos deseados por un miembro están controlados por el otro, esto es, cuando el uno está en situación de dependencia respecto del otro (recursos materiales e inmateriales).

El "principio del interés menor": la persona que tiene menos que perder por la terminación de una relación está en situación de exigir más del otro y de dominarlo como contrapartida de su participación misma (mujer con hijos pequeños se supone que tiene más necesidad de un hombre que la cuide que el hombre de ella. La asistencia del hombre se considera como un recurso y concediéndolo o denegándolo el hombre puede dominar a su mujer). En general es más frecuente que domine el hombre a lo largo de la historia y de la geografía.

Quisiera añadir a las áreas citadas, otra de capital importancia para la persona:

EL RECONOCIMIENTO DEL OTRO:

George Mead dice: "Puesto que se trata de una persona social, es una persona realizada en su relación con otras. Tiene que ser reconocida por otros para tener los valores que queremos que le pertenezcan". (Espíritu, persona y sociedad, pág. 225 y 228).

Quiero enfatizar que la lucha por el reconocimiento del cónyuge y el desaliento cuando este reconocimiento no existe se puede equiparar sólo a lo que se da con respecto a los padres y las figuras más significativas de la vida.

Si no se reconocen los valores es como si no se los tuviera.

Laing dice en uno de los nudos:

Sí no se que no sé creo que sé.

Sí no sé que sé creo que no sé.

Ese saber se obtiene en la interrelación con el otro.

Lacan plantea: "Lo que busco en la palabra es la respuesta del otro. Lo que me constituye como sujeto es mi pregunta. Para hacerme reconocer del otro, no prefiero lo que fue sino con vistas a lo que será. Para encontrarlo, lo llamo con un nombre que él debe asumir o rechazar para responderme".

No todos los adultos se analizan, pero la mayoría se casa o vive en una relación de pareja estable. Hay distancias insalvables en cuanto a la calidad privilegiada como interlocutor que tiene el psicoanalista para establecer comparación con otras relaciones humanas pero creo válido plantear que el cónyuge de un modo diferente y cotidiano, responde y permite o interfiere con el grado de acceso a la palabra verdadera de cada uno.

Es un desafío nada fácil porque implica la posibilidad de cambios en la concepción vital de cada uno al atravesar etapas de crecimiento, involución o crisis.

Se pone a prueba en las parejas de los pacientes y no sólo en las terapias de pareja propiamente dichas. Ya que una experiencia terapéutica fecunda va acompañada de cambios. Quisiera correlacio-

nar las dificultades de aceptar cambios con un enfoque de la psicología social que paso a citar.

Festinger¹ plantea una teoría de la comparación social que se produciría por la necesidad del sujeto de tener un cuerpo congruente de conocimientos que no sean disonantes entre sí. La persona trata de percibir, conocer o evaluar los diversos aspectos de su ambiente y de sí misma de tal modo que las consecuencias sobre sus decisiones no resulten contradictorias.

Resume así: 1) entre los elementos cognitivos pueden existir relaciones "desajustadas" o disonantes.

2) La existencia de disonancia determina el surgimiento de presiones para reducirla y para evitar su aumento.

3) las manifestaciones de la influencia de estas presiones incluyen cambios en el comportamiento, en el conocimiento y una exposición circunspecta a la nueva información y a las nuevas opiniones.

Festinger¹ postula que la "resistencia al cambio" de un elemento cognitivo está determinada no sólo por la incapacidad del individuo para influir sobre los acontecimientos a los que la creencia se refiere sino también por la cantidad de nueva disonancia que el cambio introducirá en las relaciones con otros elementos cognitivos.

Ejemplo de la interacción entre Daniela, paciente en psicoanálisis individual², y su marido que se hace conflictiva cuando:

a) Daniela no puede dejar de percibir que él ha vuelto (no ha salido) a entrar en la rueda familiar de su familia de origen que lo traba. Ella está estudiando, decisión que le costó mucho tomar y mantener.

b) Daniela no tolera percibirse percibiéndolo a él en totalidad porque eso cuestiona la creencia que ambos comparten y que por

¹ Citado por Gear y Liendo en "Información Psicoanalítica".

² Pienso que el tratamiento psicoanalítico de una persona casada influye en la pareja y es a su vez influido en su evolución por ella.

³ El afecto displacentero cae en este rubro por ser el más "conocido" por la paciente. Es decir que cuando siente molestia, incomodidad tiende a pensarse culpable de algo: en el universo de culpable-víctima se mueve en terreno conocido.

razones culturales es egosintónica para ambos de que el hombre sabe más y es más fuerte. Le provoca culpa percibirse en esta nueva posición³.

c) Daniela promueve o responde a la "invitación" del marido a la pelea con la cual logra un motivo real para sentirse culpable o culpada injustamente (según la posición que circunstancialmente prefiera asumir).

d) Con esta jugada seguida de una placentera reconciliación, se anula generalmente, por un tiempo, la percepción descrita en a), que implicaba el abandono de la posición de mujer dependiente y negadora narcisista del marido con el consiguiente planteo implícito y a veces explícito que él recibe, y tolera mal, que lo invita a cambiar.

e) En su evolución terapéutica la paciente al cambiar ella, fuerza un cambio en su marido. Si ella tolera el displacer de la nueva posición, hay una chance de que promueva un cambio progresivo, un crecimiento en él. (Por ejemplo, que busque psicoanálisis, o si logra identificarse con ella que encuentre una actividad creadora).

f) Las dificultades de la situación dependen de:

1) las disposiciones de la paciente;

2) las disposiciones del marido;

3) la habilidad terapéutica para detectar y desnudar las tácticas inmovilizadoras que se dan a través de peleas conyugales estériles, críticas destructivas al análisis y auto y hetero recriminaciones por parte de la paciente.

¿Lo disonante en este sistema? Es decir el conocimiento resistido; para ellos es:

a) Qué las personas pueden ser autónomas sin que eso "mate" a los padres.

b) Que el hombre y la mujer son igualmente personas.

c) Que el tiempo de vida y otros recursos personales son finitos.

d) Que aceptar a), b), y c) es a la vez ser diferente a sus padres.

UN TRATAMIENTO CONYUGAL

Como voy a presentar a modo de ejemplo un momento, un instante casi, del tratamiento de una pareja con problemas muy serios, me es necesario hacer explícitos dos (por lo menos) puntos de discusión que pienso pueden surgir entre un colega lector y yo. En un diálogo imaginario y a una pregunta imaginaria respondo que el ejemplo en cuestión no lo es de un malentendido que sólo pueda tener lugar entre personas psicológicamente muy perturbadas. La segunda pregunta que imagino a modo de objeción es acerca de si no es ingenuo suponer que una aclaración tan obvia como la que va implícita en mi intervención pueda ser útil y dejar alguna huella reforzable por nuevas intervenciones del mismo tenor.

La idea que sustenta este artículo es que por su índole estable, con componentes normales de simbiosis, por ese rol de otro que válida o no al cónyuge, en cada pareja humana se dan proyecciones curazadas como la que intento mostrar.

La medida de la posibilidad de efectuar espontáneamente las correcciones necesarias de estas proyecciones, es uno de los índices de la tendencia a la salud de una pareja.

Respecto de la segunda objeción posible que mencionaba, la tarea psicoterapéutica incluye siempre la búsqueda de nuevas perspectivas sobre las contradicciones en las que los pacientes se encuentran entrapados.

Coexisten el alivio y la duda acerca de si la nueva manera de enfocar la situación que introduce el terapeuta es válida y en el caso que presento un trabajo paciente y prolongado logró que se consolidara la capacidad de recuperar la imagen de la otra persona como justamente eso, otra persona.

MARTIN Y AMELIA

Se trata de una pareja que lleva 20 años de casados: los hijos nacieron muertos. El es inmigrante nacido judío, al llegar al país salvándose del nazismo se convirtió junto con sus padres y hermano. Ella, hija de inmigrantes ingleses, había estado casada por un corto tiempo antes de la unión con Martín.

Consultó él por frecuentes cólicos renales en ocasión de uno de los cuales intentó matar a su mujer. Se sentía obnubilado por los calmantes pero lo relacionó con un intento anterior seis años atrás. No podía vivir comentando que sus déficits sexuales eran debidos a la infidelidades del marido y a sus padecimientos posteriores a la histerectomía a la que debió someterse por sus miomas. Estos miomas, por obstrucción mecánica fueron la causa de las muertes neonatales de dos varones.

Tal como M. la describió, en la primer entrevista conmigo, A. parecía compuesta, sensata y llamativamente sin ningun conflicto personal salvo la relación con M.

Poco a poco fueron haciéndose claras algunas fantasías de la relación que mantenían.

El me dijo: "Me casé con la primer mujer que me aceptó". Su idea era que Amelia nunca lo terminaba de aceptar tal como su madre a él y él a su padre.

La muerte de los hijos la tomó como expresión del rechazo de ella y como prueba de que realmente él no sabía hacer nada completamente bien. Habló muchas veces sobre sus celos hacia su hermano dos años menor, que por ser enfermizo recibió (y de grande) muchos más mimos de la madre.

Recuerda haber intentado de pequeño matar al hermanito y fue urgente relacionar estos intentos criminosos con su conducta de comer y beber en exceso que le ocasionaba nuevos cólicos renales, así como los excesos de velocidad al manejar que ponían, incluso durante el tratamiento, en riesgo su vida.

Hacia el padre que vivía aún y que murió durante el curso de la terapia de pareja, Martín sentía rechazo y desagrado por su falta de dignidad y compostura tanto física como moral.

A la vez, en el sueño que contó en la primer entrevista: "veía de atrás pasar al Papa. Me impresionaba su dignidad en un hombre de 79 años (la edad de su padre).

Era así evidente su anhelo por el papá erguido y digno que no tenía.

Un recuerdo infantil que contó en una sesión muy ulterior fue el rechazo que le produjo de niño la visión del miembro de su pa-

dra en una ocasión en que al volver de la playa de ducharon él, el hermano y el padre juntos.

Criticó la actitud del padre por bañarse delante de ellos. Como a su mujer y a mí no nos pareció algo tan desusado y escandaloso, hablamos un poco más sobre el tema y Martín quedó vivamente impresionado ante el señalamiento de que tanta repugnancia correspondía a igual atracción que él había sentido hacia su papá.

Un sueño que trajo en el segundo año del tratamiento fue que iban él y Amelia a su país de origen y que no sabían el idioma. Tenían problemas con la policía. Un hombre los ayudaba, un hombre que hablaba el idioma del país y también el castellano y los llevaba a su casa. Allí la esposa de este hombre lo invitaba a Martín a acostarse con ella. El se debatía entre el deseo y la lealtad.

Trabajamos entre los tres este sueño que sobre el telón de fondo omnipresente de la migración traumática, presentaba con claridad el panorama familiar de Martín: una madre aquiescente y un papá traicionado y que consentía la traición. El padre ideal, el abuelo materno se quedó en Europa y murió durante la guerra.

Las dos mujeres del sueño eran Amelia, en el sueño como en la vida diurna un acompañante confiable ante riesgos importantes y la esposa de otro hombre. Esa esposa representaba también a su amante, quien le fuera presentada por su madre y que se convirtió en su amante poco después de la muerte de su madre.

Esa relación extramarital para Martín era consecuencia y para Amelia causa de la casi ausencia de la vida sexual dentro de la pareja. Martín cortó la relación a los pocos meses de comenzada la terapia.

La prueba de amor que Amelia le daba al aceptar un tratamiento de pareja movió su sentido del honor.

En una sesión comentó la decisión que había tomado, empeñando su amor propio en mantenerla.

Amelia nació en la Argentina, su estilo era sajón por sangre y por su educación. Dos años mayor que él, era la mujer "con experiencia", para Martín.

Amelia, se sorprendió cuando fuimos desentrañando su vocación de "enfermera-madre" del marido. Ella protestaba contra ese

rol por sentir que Martín con sus enfermedades la obligaba a desempeñarlo. Comprendió que en algo ella participaba cuando surgió que su primer marido era un enfermo psiquiátrico cuya conducta bizarra (suciedad, desaliño, apatía) era adecuada para que ella lo atendiera como una enfermera, hasta que no soportó más la situación. Cuando mejoró el vínculo entre M. y A., ella fue más afectuosa diariamente y M. comenzó a cuidarse mejor y a no enfermar.

Durante la terapia, Amelia comenzó a recordar sus sueños y a comentarlos en las sesiones. A través de estos sueños pudimos hablar de los bebés muertos. Soñó con gatitos que había tenido una de las gatas que ellos tenían. En otro sueño ella había perdido o arrojado un paquete de basura en un jardín y cuando iba a recogerlo para dejarlo en un sitio más adecuado era sorprendida por la dueña de la casa.

En este sueño era acompañada por una amiga, que en la realidad había sufrido, como Amelia, una histerectomía. La dueña de casa representaba de acuerdo a las asociaciones que aportó simultáneamente a su madre, a ella misma femenina y a mí.

Así, en un trabajo que incluyó la interpretación de aspectos de la historia y de las fantasías inconscientes de cada uno y la correlación que se establecía entre ambos en ese nivel pudieron elaborar en parte el duelo por los hijos, representantes de todos los muertos y aceptarse en forma más realista el uno al otro.

Después de veinte años de pareja, y con algo de "happy end" hollywoodense, durante el segundo año de terapia, Amelia descubrió que su divorcio fue dictado en los meses en que existió en el país la ley de divorcio. Estaba muy contenta en su estilo callado y Martín lo detectó y lo expresó. Pero en seguida empezó el dilema: "¿Estás contenta porque nos podemos casar y querés casarte conmigo o porque así se regulariza la situación y podés heredarme?".

Amelia, haciéndole el juego, herida por la desconfianza de Martín y frenada por su educación y su caracteropatía respondía: "Pensá lo que quieras".

Pudieron finalmente casarse en el país y unos meses después pasar una "luna de miel" en la que por primera vez en años, las relaciones sexuales les resultaron satisfactorias.

Al finalizar el primer año de tratamiento fue cuando se produjo el siguiente intercambio al comienzo de una sesión: Martín dice, refiriéndose a su mujer:

- Esta siempre la misma . . . le acaricio la cara y me aparta.
- Amelia: No me gustan las manos transpiradas.
- Martín: Yo no tengo las manos transpiradas.

Yo sabía que en ese momento estaba asistiendo al comienzo de una escalada que exacerbaría cada vez más los sentimientos de desvalorización de Martín incrementando su hostilidad y parancia y la actitud defensiva, la "coraza" de Amelia al serle cuestionada su femineidad.

Entonces le preguntó a ella si le gustaban las caricias en la cara, en general, metacomunicando que podían o no gustarle sin que eso me pareciera algo más que una preferencia personal.

Ambos se sorprendieron bastante. A. reflexionó sobre el asunto unos segundos y llegó a la conclusión de que no le gusta que le toquen la cara. Martín, aunque extrañado, aceptó que podía ser que eso le pasara a su mujer.

Desde este punto en adelante estaba abierta la posibilidad de investigar esta característica personal o encarar otro tema y no abundaré en esta dirección.

El cambio consistió en que se percibieron a sí mismos como personas con diferentes gustos y particularidades, suspendiendo al menos por un momento la calificación de esas características personales.

Subrayo que a mi entender este tipo de anudamiento en el que se da por sentado que lo que al otro le sucede está causado y dirigido al cónyuge pasa desapercibido para los protagonistas y se produce un importante efecto terapéutico cuando lo señalamos y contribuimos a que los pacientes recuperen junto con sus límites personales una visión más nítida del otro con el que interactúan.

RESUMEN:

La pareja es el grupo más pequeño, estable del que participan los adultos.

Es un sistema social donde cada uno confirma aspectos de la identidad del otro y al devolverle imágenes de sí, regula la exploración de nuevas modalidades de relación, pensamiento, etc.

Se enfatiza el valor del reconocimiento del cónyuge en la homeostasis de cada uno.

Es un vínculo con áreas normales de simbiosis, reversibles cuando la realidad lo marca como ineludible.

Es una organización que encara en la tarea de la vida problemas límites:

- la diferencia de los sexos;
- la incompletud;
- la generación de vida, la muerte.

Es un vínculo que permite explorar la tolerancia a la verdad.

Clínicamente:

El desconocimiento de los límites personales que se da frecuentemente, cuando es señalado en forma sistemática permite tomar a cada uno conciencia del otro como persona, ayudando a un vínculo más colaborador y de crecimiento.

La terapia de pareja así como la terapia individual de una persona que es integrante de una pareja afectan a la pareja si bien hay indicaciones para elegir uno u otro abordaje.

TERAPIA FAMILIAR
PARA LA FAMILIA NUCLEAR "TRUNCADA"

GERALD H. ZUK

**Eastern Penna. Psuchiatric institute, Philadelphia.*

La familia nuclear "truncada" es la variedad más común dentro de la psicopatología familiar observada por sus terapeutas. Esta, consiste en un grupo de dos generaciones, en el cual un intenso y prolongado conflicto, ha producido una polarización de valores, que a su vez, ha dado origen al "intercambio patogénico" ("pathogenic-relating") entre sus miembros, elevando así la posibilidad de que uno de los miembros se convierta en el "chivo emisario" y reaccione en una forma desorganizada y desorientada. Aunque muchas familias son de la variedad "truncada", la de única figura parental es la de especial riesgo.

El "proceso de intermediario" ("go-between process") es de gran utilidad en la terapia de la familia nuclear truncada, porque permite al terapeuta despolarizar valores intensamente conflictivos y es un mecanismo para reducir el "intercambio patogénico" entre sus miembros.

A ser publicado en el INTERNATIONAL JOURNAL OF FAMILY THERAPY (Fall, 1980). Reimpreso aquí con el permiso del editor, Human Sciences Press of New York, y del autor.

El campo de la terapia familiar tiene cerca de treinta años; pero en lugar de parecerse a un joven robusto, sería mejor pintarlo como a un joven en conflicto, que puja por definirse a sí mismo en contra de sus amistades, familia y comunidad.

No existe una sola clase de terapia familiar, sino muchas. La generalización de que el campo se divide entre adeptos al enfoque psicoanalítico y adeptos al enfoque de sistemas, tiene validez todavía, pero actualmente existen importantes sub-categorías entre cada una de estas divisiones mayores.

La discusión aquí será acerca del "proceso del intermediario" (go-between process), la terapia familiar de orientación en sistemas que he venido desarrollando desde el año mil novecientos sesenta y uno y la cual de acuerdo a Stanton (en prensa, 1980), es una de las tres mayores técnicas de la orientación de terapia de sistemas.

INVESTIGACION EMPIRICA

Hasta el presente sólo la técnica del proceso del intermediario ha tenido a juicio mío, el beneficio de la más intensa y rigurosa investigación empírica en el campo de la psicoterapia. En un programa de seis años de duración de la investigación, que fue auspiciada conjuntamente por el "Commonwealth de Penna" y el Gobierno Federal de Estados Unidos, Garrigan y Bambrick (1975, 1977a, 1977b, 1979) usaron en los estudios, el mismo modelo básico de investigación, en una muestra total de setenta familias cuyos niños concurrían a una escuela de educación especial por problemas emocionales, y demostraron que estos niños mejoraron la disposición para aprender y la conducta en general cuando las familias estuvieron en psicoterapia, la cual utilizó las técnicas básicas del "proceso del intermediario" (go-between process). Se siguió a estos niños por uno y dos años después de terminada la investigación y se vió que los niños de las familias que estuvieron en psicoterapia, la mayoría había retornado a la escuela pública regular, pero aquellos cuyas familias no hicieron uso de la psicoterapia, continuaron y agravaron sus problemas, hasta el punto de que la ley tuvo que intervenir varias veces en algunos casos.

Es importante señalar que los resultados de la investigación fue-

ron el producto, no de terapeutas de familia de gran experiencia, sino de estudiantes en el último año de la carrera de "consejeros" en la Universidad de Lehigh, en Pensylvania, quienes recibieron ciento cincuenta horas de entrenamiento, en un programa especialmente diseñado por Bambrick. A pesar de que la terapia familiar es por cierto un arte como también es una ciencia, y a pesar de que sólo unos pocos son maestros supremos en este arte, aparece bien claro que sus aspectos esenciales pueden ser enseñados bastante rápido y aplicados eficazmente en circunstancias de gran motivación.

TERMINOS BASICOS EN EL PROCESO DEL INTERMEDIARIO:

Yo creo que el proceso del intermediario es el sistema más claramente definido en terapia familiar hasta el presente. Sus numerosos conceptos y términos se han definido en otro lado, pero quisiera señalar siete de los términos que me parecen fundamentales en este sistema. Este es un conjunto de siete términos que forman el centro del sistema:

1) **El proceso del intermediario (Go-Between process):** en sí mismo se refiere a los cambios entre terapeuta y familia, dentro de lo cuales el terapeuta personifica los roles del intermediario, el rol de tomar posiciones (side-taker); y de celebrante (celebrant); como recursos de poderes que producirán cambio en la familia, cambio que la familia y el terapeuta han juzgado necesario.

2) **El rol de intermediario (Go-Between-role):** es un recurso especial para promover cambio, con el cual el terapeuta establece las reglas de comunicación entre los miembros de la familia.

3) **El rol de tomar posiciones (Side taker):** es un recurso especial para promover cambio, con el cual el terapeuta toma posiciones de acuerdo con, o en contra de, los miembros de la familia, con respecto al material que la familia aporta durante las entrevistas.

4) **El rol de celebrante (Celebrant role):** es otro recurso especial para promover cambio, con el cual el terapeuta celebra y certifica sucesos y crisis familiares importantes, restaurando y/o confirmando estabilidad y continuidad en la familia que sufre tensiones.

5) **Intercambio patogénico (Pathogenic relating):** es un gran componente de la psicopatología familiar observada por el terapeuta durante las sesiones familiares. Este consiste en una conducta maliciosa como: a menaza física, intimidación verbal, doble vínculo y silenciamiento. El intercambio patogénico comienza el estado de desarrollo del "chivo emisario" y el origen de síntomas que se originan bajo la tensión emocional que lo acompaña.

6) **Valores de continuidad (Continuity values):** son aquellos que ponen énfasis en la bondad de la expresión de cariño, humanitarismo, igualdad y la unidad de la experiencia humana.

En el conflicto familiar, estos valores los expresan generalmente las esposas en contra de los maridos, los hijos en contra de los padres, la familia en contra de la comunidad. Lo contrario sucede, pero es una excepción.

7) **Valores de discontinuidad (Discontinuity values):** son aquellos que hacen énfasis de la bondad del orden y racionalidad, de la eficacia, del análisis de la experiencia humana en partes. En el conflicto familiar son más comúnmente expresados por los maridos en contra de las esposas; por los padres en contra de los hijos; y por la comunidad en contra de la familia.

ALGUNAS PREMISAS BASICAS

El terapeuta familiar funciona como "intermediario" (go-between); con el "rol de tomar posiciones" (side-taker) y como "celebrante" (celebrant) durante las sesiones, expresando con cada uno de estos roles valores de continuidad y discontinuidad. La selección que el terapeuta hace del rol y de los valores a expresar durante las sesiones, está determinada por su percepción del "intercambio patogénico" (patogenic relating) dentro de la familia. En cuanto a los valores a seleccionar, el terapeuta debe tener simpatía por ambos sistemas de valores dado que son igualmente importantes en las condiciones humanas; pero en una circunstancia dada puede que sea más adecuado la predominancia de un sistema sobre el otro.

De las teorías en psicoterapia de la familia, la del proceso del

intermediario (go-between process) es la que toma mayor consideración de la influencia de los factores étnicos, raciales y religiosos; como así también los efectos de las crisis y accidentes de la vida cotidiana. También toma en gran consideración el nivel de educación social y económico de las familias, en tanto que tengan pautas deben de organizar sus técnicas de modo de incluir estos factores.

Si bien otras teorías mencionan estos factores creo que es enteramente justo decir que ninguna los incorpora en teoría y práctica como lo hace el proceso del intermediario (Zuk, 1971, 1975, 1979). Como consecuencia del elevado número de familias que interrumpen terapia, cuando ésta no se limita a las de clase alta económica y educativa, el proceso del intermediario se ha ocupado especialmente del problema de comprometer (engage) familias ambivalentes. La mayoría de las terapias familiares son de corta duración (menos de seis meses), esto es debido a que las familias en general no toleran bien el peso de un contrato más largo en tiempo, pero pueden beneficiarse con un contrato a corto plazo.

Para obtener beneficio de un contrato a corto plazo es necesario intensificar al máximo la posibilidad de que la familia se comprometa en terapia; porque sin este compromiso no puede haber terapia. Al desarrollar un procedimiento específico para promover compromiso familiar en terapia, el proceso del intermediario espera incrementar al máximo la posibilidad de los buenos resultados. El proceso del intermediario no pretende cambio en la personalidad, lo que es un resultado improbable en psicoterapia, sino más bien un cambio en las ideas, actitudes y conducta de los miembros de la familia. No se ocupa, tampoco, demasiado de la historia familiar; pero se concentra más bien, en los hechos corrientes que afectan a la familia y cómo modificar las respuestas a ellos que son destructivas, desorganizadoras y desorientadoras para los miembros. El proceso del intermediario incluye una sistematización específica de la variedad más común de la psicopatología familiar presente en la mayoría de familias americanas de esta época.

Ingredientes necesarios de esta sistematización específica son: a) Una sociedad de gran desarrollo técnico industrial en la cual existe un grado muy alto de movilidad en la población; b) Una relativa-

mente buena solvencia económica; c) Una gran cantidad de personal con habilidades de jerarquía y administración; d) Inmensos recursos de educación y servicios para la población.

Esta es la clase de sociedad que ha hecho posible la emergencia y dominancia de la "familia nuclear" sobre el sistema tradicional de "familia extensa".

La familia nuclear provee un grado especial de intimidad y privacidad, ha sido llamada por el historiador social Christopher Lash: "un paraíso en un mundo sin corazón" (haven in a heartless world).

A pesar de lo positivo, es sabido que la familiar nuclear es más bien inestable en relación con la forma más tradicional de familia extensa, y presenta ciertas debilidades. En nuestro país, sociedad americana pos-industrial, las familias se ven en una constante y diaria necesidad de adaptarse a nuevas estructuras que son el resultado de nueva tecnología; la familia nuclear es la que sufre la tensión en mayor escala. Vastos cambios sociales tienen lugar: los grupos de origen africano y los de origen hispano, como también las mujeres en general, se hacen oír como nunca hasta ahora, en el mercado nacional y en otras partes. Se declaran más de un millón de divorcios anualmente en el país, lo que resulta en varios millones de niños que se agregan a la masa de aquellos criados por una sola figura parental, siendo en el noventa por ciento de estos casos, la madre.

La variedad más común de psicopatología familiar que yo he observado en terapia familiar, consiste en la esposa-madre cuyos valores se han convertido en centrales para los hijos de un esposo-padre que es extraño o ausente para los hijos y cuyos valores son sospechados por ellos. Los niños alcanzan la edad adulta con una actitud pobre hacia la sociedad, porque sus valores se asemejan a los de esposo-padre. Quizás esto se vuelva menos cierto en la medida que las mujeres entren en el mundo del trabajo en mayor escala y se pongan más al tanto de los valores de este diario mundo; o porque la presencia de las mujeres en grandes cantidades en el mundo del trabajo produzca cambios en los valores de éste más de acuerdo con aquellos típicamente personificados por ellas. Lo que se sabe es que en 1974 casi un tercio de las personas bajo arresto por delitos mayores, fueron personas de menos 17 años de edad, estadísti-

ca preocupante, señal del estado de alarma de la familia americana.

Yo encuentro que los adolescentes que veo con las familias, carecen en grado alarmante, simpatía y tolerancia por los valores de la comunidad, esta carencia no ha nacido repentinamente del aire, sino que se ha originado después de un largo período de incubación. El esposo-padre, que es el más significativo instrumento para la transmisión de los valores que dominan en el mundo laboral presente, no ha participado suficientemente para enseñarlos adecuadamente. Los niños se unen a los valores enseñados por las madres, que son predominantemente valores de continuidad, hostiles con los del padre, a los que he llamado "valores de discontinuidad". Estos niños se preparan así muy pobremente para el mundo competitivo laboral que pone gran énfasis en los valores de discontinuidad.

Ya me he referido a la familia que así describí como "familia truncada" y es esta la 'variedad común' en psicopatología familiar observada por terapeutas. La "familia nuclear truncada" muestra las siguientes características que ocurren en secuencia causal:

a) Conflicto intenso, prolongado y no resuelto entre los esposos, los padres y los hijos, o entre la familia y la comunidad, esto lleva hacia b) la polarización de valores de continuidad, lo que a su vez empieza c) el intercambio patogénico, que a su vez encabeza d) el aumento en el riesgo de que sus miembros reaccionen en una forma desorganizada, desorientada o caótica.

La familia de una sola figura parental no es necesariamente una "familia truncada", pero padece un riesgo mayor de convertirse en una de éstas, que la familia que es intacta; porque no podrá evadir fácilmente la polarización de valores debido a la ausencia de una figura parental (frecuentemente el padre).

Un solo sistema de valores por sí mismo no es suficiente para preparar a los niños que necesitan entrar en el futuro al mundo competitivo laboral. Ambos sistemas de valores, continuidad y discontinuidad, necesitan ser efectivamente enseñados dentro de la familia; y es mi punto de vista que dos padres lo hacen mejor que uno solo. Existen muchas explicaciones de por qué esto es así, pero ofreceré la que tiene mejor sentido para mí.

Con mi punto de vista de la "familia truncada" va mi creencia de que a pesar de una vasta área de superposiciones, la esposa-

madre enseña a los hijos valores selectivamente diferentes de los del esposo-padre. La esposa-madre es la persona mejor capacitada para transmitir a los hijos los valores de empatía emocional, continuidad de tradiciones, humanitarismo. El esposo-padre es el que por naturaleza enseñará mejor los valores del orden y razón, eficiencia en el manejo de asuntos públicos personales. Este punto de vista será atacado por las asociaciones feministas que defienden los derechos de la mujer como: "Womens Liberation" en los Estados Unidos de Norteamérica. A pesar de esto yo sigo pensando que así ha sido cierto en el pasado y todavía lo es en el presente.

Quizá se me excuse un ejemplo personal de cómo los padres son valorizados en forma profundamente diferente por los hijos; aun cuando son muy pequeños. Como padre de dos niñas mellizas de cuatro años de edad, he aceptado con tristeza que la mayoría de circunstancias de felicidad o dolor, mis hijas van hacia la madre primero, por respuesta. Pero algo muy interesante ocurrió unos meses atrás: de repente una brusca tormenta se desencadenó afuera, mientras la familia se hallaba en casa y hubo una serie de rayos y truenos. Las dos niñas corrieron hacia mis brazos, pasando sin pararse por donde estaba la madre. Este episodio que las alarmó había sucedido afuera de la casa, y aparentemente mis hijas concluyeron casi en forma refleja, que el papá era el protector natural de estos extraños sucesos del afuera.

ALGUNAS APLICACIONES PRACTICAS

En tiempos en que ciertas propiedades extravagantes se adjudican a la "terapia familiar", me parece oportuno una palabra de cautela. La "terapia familiar" no es como algunos han dicho, un movimiento histórico en el campo de la salud mental, aunque sí es un hecho de importancia. Felizmente coincidió con la idea de utilizar las técnicas y conocimientos para hacer más humano el tratamiento del enfermo mental. Por supuesto que me estoy refiriendo a la idea que se hizo cuerpo en la legislación histórica en mi país, en 1963, y que creó el movimiento de salud mental en la comunidad.

Lo que hasta entonces había sido sólo una posibilidad se convirtió de pronto en realidad. A pesar de todas sus fallas, no nos olvidemos, que el movimiento de salud mental en la comunidad fue la materialización del deseo de la sociedad americana de ser más humana con los ciudadanos que sufren enfermedades mentales.

Es muy temprano para hacer un juicio de verdad, pero yo creo que habrá un consenso casi general, en la opinión de los próximos años, y será la de que el país adoptó una decisión práctica y buena cuando lanzó y promovió al gran experimento conocido como el movimiento de salud mental en la comunidad.

La "terapia familiar" no solucionará nuestros problemas nacionales y disputas internacionales, y no es el tratamiento de elección en todos los desórdenes psiquiátricos, pero yo creo que ha probado ser en sí misma un recurso excelente para manejar algunas de las intolerables tensiones experimentadas por la familia y las consecuencias de estas tensiones. Tiene aplicaciones importantes en los casos de abuso físico de niños y cónyuges, en delincuencia juvenil, en fracasos escolares, y ayudando a las personas a alcanzar metas creativas en la vida. Sería absurdo decir que en psiquiatría la "terapia familiar" es la técnica para curar el alcoholismo, abuso de las drogas, o para las psicosis en general, o para la cura de la esquizofrenia; pero sí, tiene un rol muy importante que desempeñar en el manejo de estos desórdenes.

La "terapia familiar" posee legítimas virtudes en el tratamiento primario de desórdenes psicossomáticos, y es particularmente eficaz en el tratamiento primario de desórdenes depresivos, desde que es claramente reconocido que las discordias conyugales y familiares juegan un papel mayor en las depresiones.

En junio y julio del año corriente se llevarán a cabo tres asambleas mayores dentro de la "Conferencia de la Casa Blanca" sobre familias, éstas tendrán lugar en tres ciudades diferentes de los Estados Unidos. Una de las metas más importantes de la Conferencia es "compartir lo que se sabe acerca de familias, su importancia, diversidad, fortalezas, problemas, respuestas en frente del mundo cambiante, etc., y generar y compartir conocimiento nuevo acerca de familias. Yo espero que la experiencia y perspectiva especial de los terapeutas de familia haga un impacto especial en la Conferencia

con efectos a posteriori. A mí personalmente me gustaría ver una aplicación más variada de la terapia familiar como una medida de intervención preventiva al preparar parejas que se van a casar, van a tener hijos, están por separarse, divorciarse, casarse por segunda vez, prepararlos para aquellos accidentes de la vida y crisis de la misma que ocurren tan frecuentemente, como la muerte de un ser querido.

Es esencial en el presente que se establezcan evaluaciones más rigurosas de las mayores terapias familiares; existen demasiadas proclamaciones de virtudes de efectividad hechas en la ausencia de investigación definitiva. Mientras que no estoy totalmente de acuerdo con Gerald Klerman, administrador de la agencia federal que supervisa la investigación en salud mental de mi país como también los programas de desarrollo, quien dijo que las psicoterapias sean sometidas a las mismas medidas de evaluación que son sometidas las drogas, pienso que sin embargo debiera de existir más evidencia de que se está llevando a cabo investigación científica en el campo de terapia familiar; el cual posee más que suficiente confusión en el pensamiento y en la práctica.

No existe excusa en este momento para la proclamación de virtudes de gran eficacia en este campo si se ha omitido someter estas virtudes a una rigurosa y estricta evaluación.

REFERENCIAS

Garrigan, J. J., & Bambrick, A. F., Short term family therapy with emotionally disturbed children, *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1975, 1, 379-385.

Garrigan, J. J., & Bambrick, A. F. Family therapy for disturbed children: some experimental results in special education, *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1977a, 3, 83-93.

Garrigan, J. J., & Bambrick, A. F., Introducing novice therapists to 'go-between' techniques of family therapy, *Family Process*, 1973b, 16, 237-246.

Garrigan, J. J., * Bambrick, A. F., New findings in research on go-between process, *International Journal of Family Therapy*, 1979, 1, 76-85;

Stanton, M. D., Family therapy: systems approaches, In G. P. Sholevar, R. M. Benson, & B. J. Blinder (Eds.), *Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents*, New York: Spectrum, in press for 1980.

Zuck, G. H., *Family Therapy: a Triadic-Based Approach*, New York: Behavioral Publication, 1971, (Revised edition due in 1980).

Zuck, G. H., *Process and Practice in Family therapy*, Haverford, Pa.: Psychiatry and Behavioral Science Books, 1975.

Zuck, G. H., Value systems and psychopathology in family therapy, *International Journal of Family Therapy*, 1979, 1, 133-151.

**REFLEXIONES PERSONALES
DE UN TERAPEUTA DE FAMILIA**

JAMES L. FRAMO

*Profesor del Departamento de Psicología de la Temple University
Filadelfia - USA*

En este artículo informal planteo mi evolución personal como terapeuta de familia, los avances en el campo, las políticas de los sistemas de abordaje en los encuadres convencionales, las resistencias de otros profesionales a las terapias marital y familiar, algunos aspectos todavía confusos de la terapia familiar, si las terapias marital y familiar funcionan (y qué queremos significar nosotros con "funcionan"), las distintas direcciones que ha ido tomando mi trabajo, algunos comentarios sobre la naturaleza de la vida familiar, las satisfacciones, las frustraciones y los stress de un terapeuta de familia, algunas "agendas escondidas" de las prácticas de TF, cómo las propias relaciones familiares afectan y son afectadas por esta clase de trabajo, las contingencias entre los terapeutas maritales y de familia, y, finalmente, si los terapeutas de familia deberían hacer ellos mismos y sus familias terapia familiar.

Me gustaría compartir algunos de mis pensamientos y experiencias en el campo de la TF en los últimos 16 años especialmente desde la publicación de *Terapia Familiar Intensiva* (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1965)

LOS PRIMEROS AÑOS

Empezaré relatándoles a Uds. someramente mi procedencia. Durante los seis primeros años que siguieron a mi graduación fui un psicólogo clínico convencional, que hizo miles de Rorschachs y Wesheslers, que buscó signos de psicopatología y se sentó a discutir diagnósticos, (ya no lo puedo hacer).

Hice investigación, psicoterapia individual y terapia grupal, pero siempre con una vaga sensación de intranquilidad acerca de si valía la pena lo que estaba haciendo. En 1957 cuando me reuní con Ivan Boszormenyi-Nagy en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute para un proyecto de esquizofrenia y comenzamos a trabajar con familias, sentí en aquel momento la excitación de descubrir una forma enteramente nueva de ver y conceptualizar dificultades emocionales. Para nosotros aquellos fenómenos revelaban algo que nunca se había visto antes. Por las mañanas no podíamos esperar para empezar a trabajar y ver qué averiguábamos ese día. Estábamos seguros entonces, como lo estoy más aún hoy, que teníamos algo sumamente significativo en la visión del hombre transpersonal e íntima. La revelación del fenómeno de la patología compartida y los sistemas de motivación multipersonal constituyeron un genuino y sensacional avance. Paradojas y síntomas, antes inexplicables, comenzaron a tener sentido y el abordaje de sistemas familiares ayudó a descifrar seculares dilemas humanos. Cómo cambiar una familia era otra historia. No había nadie alrededor para enseñarnos, por supuesto nos observábamos mutuamente, y usábamos co-terapeutas para impedir sentirnos abrumados. A la luz de lo que sabemos hoy sobre el trabajo con familias, nuestros esfuerzos fueron crudos y chapuceros, pero siempre recordaré el regocijo y la alegría de aquellos días. Por otro lado estábamos bastante solos cuando queríamos compartir ideas con colegas. Recuerdo que actuábamos subrepticamente con respecto a lo que hacíamos y cuando en alguna convención nos encontrábamos con colegas amigos murmurábamos en los pasillos "Yo estoy viendo familias, ¿y tú?" En aquellos días los tabúes profesionales y culturales eran muchos. Desde aquellos días hasta ahora ha habido una gran evolución en la Terapia Familiar. La literatura se ha expan-

dido notablemente, los programas de entrenamiento han proliferado, los institutos familiares locales han sido organizados a lo largo del país (aunque los terapeutas de familia por algunas razones se resisten a formar una organización nacional), las mesas de trabajo y los seminarios en los Congresos continúan muy concurridas. La TF se usa en muchos y diferentes settings, yo mismo he coordinado cerca de 100 mesas de trabajo en USA, Italia, Holanda y México. No hay duda que la TF está aquí para quedarse. Hoy en día, aún en los textos tradicionales está registrada como una forma de tratamiento "aceptable". Muchos profesionales en salud mental se niegan a los conceptos y las prácticas familiares porque, si es verdaderamente muy difícil cambiar individuos únicamente a través de la relación bipersonal con el terapeuta, en la TF es necesario cambiar contextos, especialmente aquellos íntimos y profundos.

Los médicos descontentos en un principio con los fracasos de confusos tratamientos usando abordajes tradicionales, encontraron una forma de manejarse con los problemas reales de la gente, con las relaciones con aquellos que más les importaban. Un hijo, por ej. podía trabajar directamente sobre la relación real con su padre en vez de charlar sobre esta relación con un profesional, o hacer del terapeuta un padre, Una esposa podía tratar directamente con su verdadero marido en vez de con "un amigo pago".

Los síntomas se vieron entonces como derivados de relaciones patológicas. La situación sin embargo, es mucho más complicada y tramposa. Paradójicamente, en el medio de todo ese desarrollo, de toda esa aceptación y admiración, este sistema de abordaje es todavía bastante amenazador para la institución psiquiátrica, psicológica y social - para aquellos que pueden efectuar donaciones, establecer un plan de acción, entrenar, fijar salarios, etc. Por ej. yo pedí una donación al Instituto Nacional de Salud Mental para establecer la primera unidad de TF en el país como servicio independiente dentro de un centro de salud mental comunitario. La donación fue aprobada en 1969 pero llevó 3 años el organizarlo. Podría escribir un libro sobre las dificultades de esta donación, en el estado federal y en los niveles locales, de parte de la Universidad de Medicina y aun del centro de salud mental comunitaria donde yo trabajaba. Aquellas resistencias se extendieron hasta el fin, desde el gobierno

federal queriendo saber porqué yo no podía replantear la donación y orientarla hacia los chicos y las drogas porque para eso había dinero y además, ¿por qué tener un servicio independiente para una forma específica de tratamiento? Si ellos establecían una unidad para familia, ¿por qué no establecer una para terapia grupal? En la Universidad de Medicina fuí llamado por la persona que fijaba mi sueldo quien me informó que algunas de mis publicaciones implicaban que las prácticas psiquiátricas tradicionales eran a veces menos que terapéuticas y que por favor suavizara el tono de mis artículos. Cuando estaba dejando la oficina me dijo; "A propósito, Jim, yo he comenzado a hacer TF y he estado haciéndola por años". Me gustaría mencionar que aunque yo era el jefe de la unidad, mi jefe asistente, un médico psiquiatra tenía un salario mucho mayor. Dentro del CMHC¹ era difícil conseguir derivaciones de otros servicios, y para eso deberíamos salir del centro y lidiar con gente del clero, con médicos no psiquiátricos, los tribunales, las escuelas y agencias de bienestar y protección al menor. La ambivalencia de los otros servicios del CMHC para con nuestros servicios era sorprendente. Por un lado la unidad era mirada con envidia como un grupo encantador, pero era fascinante observar el sabotaje, usando la unidad como medio para evacuar todas las situaciones imposibles.

Ya se conoce la historia : "Mandelos a TF, no les puede hacer ningún daño".

La TF no puede ser ignorada pero tampoco puede ser compendiada. Algun día tomaré el consejo de Murray Bowen y sugeriré a mi Staff que ellos "hablen mal" de la terapia familiar. Yo creo que no es necesario vender nada, ya que muchas veces he visto gente observar una sesión a través del espejo unidireccional y quedar "enganchados" y fascinados.

La Terapia Familiar Actual.

Los estudiantes han presionado a algunos departamentos de trabajo social con el objeto de obtener un curso de Terapia Familiar. Según lo que conozco hay muy pocos programas doctorales en psicología clínica que ofrezcan tal curso, ya que los adelantos más

¹ Centro Comunitario de Salud Mental.

interesantes acontecen en el entrenamiento psiquiátrico. Ya que la Terapia Familiar esta de moda estos días es que debería incluirse en los programas de entrenamiento de la residencia psiquiátrica, aunque esto significa muchas veces solamente un apoyo fingido. Cuando algunas de todas estas implicancias desde el punto de vista de los sistemas comienzan a filtrarse - hablando en términos de sus efectos sobre diagnóstico y procedimientos de tratamiento, políticas de admisión, status, etc., nosotros debemos ser espectadores de la terminación de esos programas de entrenamiento. Uno se pregunta con respecto a esto si es mejor para la Terapia Familiar existir en un encuadre de puntos de vista competitivos o modelos mixtos, o si debería hacer lo que hizo el psicoanálisis y establecer sus propios institutos y pautas.

Ese proceder llevó al psicoanálisis al aislamiento, y puede notarse como los psicoanalistas están tratando de recobrase, por ej. vemos el movimiento de analistas dentro de las universidades, escuelas médicas y de psiquiatría comunitaria. Yo puedo ver la validez de ambos argumentos, y no tengo una respuesta para ese problema. En realidad, actualmente, prácticamente todo entrenamiento en TF es realizado por los institutos familiares locales en las ciudades más importantes en todo el país. Mientras haya pocos centros asistenciales que estén exclusivamente orientados en familia, la mayor parte de la TF se practica en encuadres que utilizan diversas modalidades de tratamiento. Yo veo el abordaje familiar como una filosofía y una orientación hacia la condición humana, no sólo como una técnica o una forma de terapia. Me he preguntado aún si este trabajo es siquiera terapia o una forma especial que está fuera del sistema de las profesiones (helping), tal vez en educación. Mucha gente sigue la moda, algunos han adoptado superficialmente el abordaje familiar y lo usan inadecuadamente. Por ej., reunir una familia en un cuarto para hablar del paciente es considerado TF por algunas personas. No quiero significar que sólo hay una manera correcta de tratar familias. Realmente uno de los desarrollos más importantes en este campo es la existencia hoy en día de muchas escuelas de TF, desde el trabajo individual con cada uno de los miembros de la familia (Anonymous, 1972) hasta sistemas sociales (Speck y Atteneave, 1973) y el objetivo de Auerswald sobre *Terapia Familiar*, 5, 1980

mas ecológicos y las interfases entre sistemas (1968). Ya he hablado de la terapia familiar antigua y moderna. En su artículo sobre el futuro de la TF (1970) John Bell predijo que la terapia familiar debería empezar a trabajar con las familias de los ghettos negros, familias comunales y las multifamilias creadas como consecuencia de los divorcios y nuevos casamientos, y prever su introducción en la industria y el comercio (no solamente con familias con problemas a causa de los cambios sino también con los sistemas de trabajo); él vislumbró más el trabajo familiar transcultural y el movimiento en una mayor variedad de encuadres e instituciones tales como prisiones, hogares de ancianos, orfanatos y grupos de viviendas, como la orientación hacia lo preventivo y los programas de educación en la vida familiar.

De acuerdo a mi experiencia, el cambiar un sistema familiar es el último desafío profesional, es tal vez la más difícil de todas las tareas terapéuticas, pero tiene también una recompensa mayor. Mi propia filosofía terapéutica es la de aprender tantas formas de abordaje de tratamiento como sea posible para tener un repertorio completo de técnicas disponibles para modificar el sistema. Para ello concurre a work-shops de análisis transaccional, terapia gestáltica, técnicas de encuentro, terapia conductal, terapia racional-emotiva, existencial, lo mismo que todos aquellos métodos de trabajo con familias utilizados que están fuera de mi propia orientación, tal como "escultura familiar". Yo uso técnicas de la teoría psicodinámica, teoría de la comunicación, T. de grupo, instrucciones paradójales, audio y video playback, cualquier cosa que yo necesite para mover un sistema.

Cambiar apenas el énfasis en un sistema familiar tiene por varias razones los mismos efectos que una piedra al caer en el agua: grandes círculos.

En mis programas de entrenamiento trato de familiarizar a los estudiantes con la mayor cantidad de escuelas de TF como sea posible, de manera que después de haber expuesto las distintas maneras de trabajar con familias eventualmente ellos puedan desarrollar el estilo que les resulte más cómodo. Nosotros hemos aprendido mucho acerca de la naturaleza del trabajo con familias, con el correr de los años. Después de aquellos años de trabajo con esquizo-

frénicos y sus familias, empezamos a trabajar con muchos tipos de familias y en toda la cadena de síntomas manifiestos.

Sospecho que la mayor parte de la TF actual es de crisis a corto plazo. Me siento mal cuando recuerdo que mi primera familia fue tratada durante cinco años. Familias no diferenciadas generalmente tendrán pocos cambios significativos además de la mejoría del síntoma, pero las familias más diferenciadas pocas veces permanecen después de la resolución de la crisis. Tal vez esto es lo que sucedería en aquellas familias a las que sólo se las ayuda hasta el momento en que ellas confían en sus propios mecanismos de corrección. El porcentaje de deserción en TF es bastante alto pero pienso que hay razones para ello. En primer lugar, las fuentes de resistencia en familias (comparada con la terapia individual) es mayor y puede venir de distintas direcciones.

Una familia puede desertar o terminar prematuramente por razones que nada tienen que ver con la manera de conducir la Terapia: un marido y su mujer pueden pelear durante una sesión y uno puede negarse a atenderlos; un chico puede no querer volver y sus padres acompañarlo en su negativa; los padres pueden tener mucho que ver en la deserción escolar de su hijo y sentir en la primera sesión que este mecanismo puede cambiar. Un pariente o alguien ajeno a la psiquiatría, abogado o sacerdote puede disuadir a la familia para que vuelva o no. Hay hechos que suceden afuera de las sesiones que el terapeuta desconoce. Otra razón de las deserciones prematuras, a mi juicio, testifican el real poder de la TF. Porque esta puede lograr cambios fundamentales (aun en una sola sesión). Muchas familias se sienten amenazadas por la ansiedad de cambio y en consecuencia no vuelven.

Cuando la gente realmente no quiere cambiar las cosas encuentran otros métodos fuera de la TF. Este alto porcentaje de deserción prematura es una fuente de decepción que los principiantes en TF tienen que aprender a manejar. Yo estoy intrigado con la experiencia de Murray Bowen con la no regularidad de sesiones, mediante la cual estas son reguladas de acuerdo a los cambios del sistema o, graduadas por el nivel de ansiedad, en vez de por la conveniencia del horario del terapeuta. Tal procedimiento puede disminuir las deserciones. El proceso familiar es una fuerza dinámica

constante que no puede ser encadenada a una sesión semanal. Nosotros tenemos mucho que aprender acerca de la distribución de las sesiones lo mismo que de muchos otros asuntos que aportan cambios. Todavía luchó con uno de los viejos dilemas de la TF, especialmente aquel donde los diferentes miembros de la familia vienen con una variedad de agendas secretas y expectativas que muchas veces son antagónicas entre ellas y también con los objetivos que el terapeuta establece para ellos, al menos implícitamente.

Tal vez parte de la habilidad del terapeuta resida en encontrar el equilibrio apropiado entre el antagonismo de los objetivos y expectativas de los miembros de la familia, con aquellos del terapeuta. Este problema existe en terapia individual cuando el paciente quiere dejar de sufrir pero lo que no quiere es dejar de aprovecharse de otros. Con familias enteras esto es más complicado porque las motivaciones varían. La gente viene por alguien más y no por un pedido de ayuda reconocida. Algunos miembros son arrastrados, otros actúan sus problemas a través de otras personas y ni sufren ni toleran las más mínimas dificultades. Algunos miembros de la familia se comprometen superficialmente con la TF, la acompañan un tiempo y más tarde dicen: "Sí, doctor, nosotros entendemos que participamos en esto, pero qué pasa con Johnny realmente?"

Es verdad que la mayoría de las veces el paciente designado es el primero en cambiar, pero muchas veces es el último, o no parece haber cambiado completamente, aún cuando una parte del sistema haya cambiado (p. e., la relación matrimonial ha mejorado). Como Antonio Ferreira dijo una vez, nosotros tuvimos que descubrir primero que la familia es un sistema, antes de poder reconocer que no siempre se comporta como un sistema.

Muchas familias temen concurrir a las sesiones, mientras que otras piden TF y están ansiosas por concurrir. Algunas de estas familias usan su racionalización para subvertir la terapia. Ellos dirán "Es un problema familiar", pero nadie se responsabiliza por nada. Cuando veo familias o parejas aclaro mi expectativa de que cada persona tiene que ser responsable de su propia vida. Esto es todavía de alguna manera una paradoja porque pidiéndoles que vengan juntos implica compartir responsabilidades, es decir que todos tie-

nen participación en el asunto. ¿Cuándo es uno responsable por alguien y cuando lo es por uno mismo? Escribí hace tiempo que las familias esencialmente vienen a terapia a restaurar o mantener el status quo, a pesar de sus palabras y su dolor, y todavía pienso que es así. Una cosa que me pregunto es: ¿Por qué si el problema ha existido desde hace tiempo la familia concurre hoy? ¿Qué es lo que falla en el sistema? El problema presentado, poco tiene que ver con el problema real (p. ej., el problema presentado puede involucrar problemas escolares o soledad de un adolescente, mientras que realmente su autonomía es vivida por los padres como un rechazo hacia ellos).

He experimentado sentimientos de fracaso e impotencia cuando he probado todo lo que sé y ellos siguen enganchados. Por eso uno presenta un co-terapeuta para una consulta, quien aconseja una pausa en el tratamiento o los traslada a otra parte.

¿Cuándo permitimos a las familias irse? ¿Cuándo sus juegos están mejor que los nuestros? ¿Cuándo uno está cansado de ellos? ¿Cuándo uno se da cuenta que uno quiere más para ellos que lo que ellos quieren para sí mismos? ¿Cuándo la carga del caso es mucha y aumentan las expectativas de la familia?

Uno no puede esperar siempre retribución por sus esfuerzos; en realidad, hay veces que la retribución significa que no ha habido ningún cambio. Hay personas con las cuales uno puede conectarse y darse cuenta más tarde en las grabaciones que uno no les gustó, o sentir que ellos no nos gustaron y que uno los echaría a punta-piés. ¿Me pregunto si aquellas familias o parejas que cambian mucho son las que nos gustan realmente?

Otro fenómeno que he notado es que mucha gente no puede tolerar el éxito (p. ej., un padre dice: "No puedo soportarlo, mi mujer me quiere y mi auto aún funciona"). Ocasionalmente uno trabaja con familias para que acepten los progresos. P. ej., cuando la relación matrimonial mejora, algunas veces los chicos (quienes tienen mucho que ganar) se resisten a la TF. Los padres, que quieren medallas por sus progresos, se desilusionan. ¿Qué se les puede brindar para reemplazar esa infelicidad? Mientras la familia o la pareja se reagrupa y encuentra nuevas formas, la depresión puede aparecer después de suspender el acting-out. Este fenómeno, según

los psicoanalistas, tiene un paralelo: la sensación de pena por la pérdida de síntomas.

Evaluación, éxito y fracaso

Me gustaría discutir brevemente este asunto del éxito y el fracaso porque está relacionado con el problema de la evaluación experimental en TF.

¿Funciona la TF, y qué queremos significar con que funciona? El problema es muy complicado, y trataré sólo unos aspectos. ¿En qué nivel deberíamos buscar el cambio? ¿En el de mejorar los síntomas? (Esto es lo menos a que puede aspirar un terapeuta de familia). ¿Buscamos mayor diferenciación entre los miembros de una familia, más intimidad, menos angustia e infelicidad, mayor comunicación? ¿Buscamos cambios de actitudes, de conductas, en lo que a necesidades profundas se refiere, balance homeostático, cambios en las alianzas?

¿Perseguimos un funcionamiento social mejor fuera de la familia? ¿Si ayudamos a resolver conflictos interpersonales disminuirán los conflictos intrapsíquicos? ¿Si resolvemos estos últimos las relaciones mejorarán?

Incidentalmente, en esta acción recíproca, entre la defensa del grupo familiar e individual contra la depresión y la ansiedad, veo la tarea real de las ciencias psicológicas en el próximo siglo como un profundo entendimiento de la muy intrincada relación entre lo intrapsíquico y lo transpersonal. Hice una tentativa sobre esto en mi artículo "Síntomas desde un punto de vista familiar-transaccional" (1970), donde investigué la teoría de la relación objetal de Fairbairn como un enlace entre lo personal y lo social.

Continuando con la evaluación de los resultados de la TF, debemos tener en cuenta los parámetros de la clase social, tipos de familia y lo que es más importante conocer el momento exacto del ciclo de la vida familiar cuando ella viene a consultarnos. Nosotros nos conectamos con una fuerza familiar natural y continua en una fase particular del desarrollo familiar, y pocas veces nos manejamos con piezas de un contexto más amplio en un determinado momento.

¿Cuántos de nosotros al tratar una familia desearíamos haberla visto unos años antes de que las pautas se rigidificaran? (¿Cuántos de nosotros, por esa razón, desearía más que la TF hubiera existido cuando éramos chicos y nos preguntamos hasta qué punto nuestras vidas hubieran sido diferentes si la hubiéramos conocido antes?).

Nat Ackerman ha comentado otra dimensión de este problema de evaluación. A diferencia de la mayoría de las terapias, el propósito de la TF es solamente resolver conflictos patogénicos, pero muchas veces logra un excesivo, positivo y actual enriquecimiento de la vida familiar (1966, cap. 2).

¿Cómo nos manejamos nosotros para medir esta dimensión? Muchas familias informan que realmente disfrutaban más y obtenían más de vida de lo que alguna vez se imaginaron. ¿Que hay acerca de los malos y buenos efectos secundarios de la TF en los parientes? Por ej., ¿incluiriáramos en nuestra evaluación el hecho de que no cambiamos una familia dada, pero que la hermana casada que vino en un principio para ayudar a su hermano delincuente informa que su matrimonio funciona mucho mejor como resultado de las sesiones? Por otro lado, ¿no sucede a veces que alguien tiene que perder para que el resto de la familia gane? Una abuela, p. ej., que ha tiranizado toda una familia puede ser derrotada por las fuerzas autónomas de sus hijos y nietos y terminar sus días en una institución geriátrica. O un hombre llega al punto donde puede librarse de su madre viuda y opresiva y casarse. Desde su punto de vista y el de los terapeutas él está mejor, pero desde el punto de vista de la madre está peor.

¿Bajo qué circunstancias un divorcio es una indicación de progreso, y cuando no lo es? En cualquier discusión, de resultados favorables o desfavorables, uno se ve involucrado en problemas de valores, no solamente conflictos de valores entre los miembros de la familia sino que entre el terapeuta y los diversos miembros de la familia, así como en disonancias con los valores sociales. Tomemos, por ej., de qué manera las revoluciones sociales corrientes se deslizan en el consultorio. El militante negro, adolescente hostigando a sus padres "Tío Tom"; la mujer que quiere cambiar su rol tradicional de ama de casa y tener un matrimonio abierto; el

les permitan corregir, conocer a fondo o continuar con su inconcluso problema familiar. El ambiente parental es manipulado de tal manera que los otros pasan a ser padres nutrientes, sirvientes, o torturadores para que los conflictos primitivos no afloren a la superficie.

En este sentido los síntomas dolorosos se pueden evitar mediante una selectiva elección de relaciones. Pero nadie tiene ninguna elección cuando se trata de los parientes; los padres e hijos, abuelos, tíos y tías, son relaciones que atrapan;

Su padre puede no ser la clase de persona que uno hubiera elegido como amigo, pero aunque él fuera débil, digno de ser amado y su madre irreal, inalcanzable y constantemente depresiva, no puede abandonarlos de la misma manera que se abandona un conocido. Amigos y cónyuges son reemplazables pero nada puede cambiar el hecho de que su madre y su padre serán siempre su madre y su padre. Cuando uno trata con los propios miembros de la familia los riesgos son más altos y las consecuencias más graves, porque ellos tienen la posibilidad de afectar nuestra esencia. Como dijo Carl Whitaker: "La familia es el lugar donde uno convive con las tensiones de la vida y de la muerte". Este darse cuenta ayuda a explicar por qué el desengaño, la hostilidad y la frustración son mucho más intensas en el encuadre familiar, el rechazo mucho más hiriente, la lealtad y los sacrificios más apremiantes y la gratificación más plena.

En el trato con los propios padres, hermanos y hermanas, mujer e hijos existió una cualidad especial que no se aplica a las otras relaciones sociales. La psicología de estas relaciones afectivas es única, tiene normas propias, y reduce a la gente al mismo común denominador, no importa cual sea su condición en la vida. P. ej., cuando Franklin Roosevelt se casó, su madre compró 2 casas, una al lado de la otra, en Nueva York, las paredes eran medianeras y mientras Franklin y Eleanor vivían de un lado, la madre vivía del otro. De esta forma ella podía controlar todos los aspectos de la vida de los recién casados. Uno se pregunta, ¿dónde estaba Franklin, uno de los cuatro líderes mundiales y presidente de los EE.UU. en todo esto?

Nosotros los terapeutas de familia poseemos un poderoso

secreto. Los chinos comunistas que lavaban el cerebro de sus enemigos conocían este secreto. Ellos forzaban a los prisioneros a confesar los agravios hechos a sus padres para ponerlos en una posición más vulnerable. En las sesiones de TF al tratar con las necesidades humanas más poderosas, una persona dominante y de gran influencia social puede por momentos convertirse en un chico llorón y asustado.

La influencia familiar persiste a través del espacio y del tiempo, se mantiene viva por "programaciones" y por los fantasmas familiares del pasado, y vive a través de otras personas en el presente. La influencia familiar no es afectada por la geografía como muchos adultos descubren en el momento que ellos quieren separarse y poner distancia con su familia de origen. El arma de la lealtad familiar, amores y odios se extienden más allá de la muerte; en generaciones venideras creando fuerzas ocultas las cuales influyen en el destino de muchas vidas.

Yo empecé tratando familias nucleares sobre las bases de mi experiencia clínica en TF y marital. De todos los métodos que usé, el más efectivo fue involucrar a la familia de origen. Yo he visto que una sesión de cualquier adulto con su familia de origen puede reemplazar a muchas sesiones de terapia normal. Me gustaría mencionar que la gente generalmente al principio se resiste tenazmente a traer su familia de origen y sólo después de una preparación terapéutica están listos para tratar con ellos.

Ya en los comienzos de mi experiencia con familias y parejas, los problemas de relación que los adultos tenían con sus cónyuges y sus hijos se manifestaban como reconstrucciones de conflictos anteriores con sus familias de origen. Parece casi ingenuo enunciar este truismo pero cuando empecé a investigar acerca de quienes tenían una teoría sistemática para usar la familia de origen como recurso terapéutico no encontré nada para agregar a la de Murray Bowen (1972). Mi método de involucrar adultos con su familia de origen difiere del de Bowen. El envía sus pacientes a entrevistas en sus hogares con sus familias de origen entrenándolos en sus esfuerzos para diferenciarse. Usa el mismo sistema en el entrenamiento de terapeutas de familia, supervisándolos en sus prácticas para conducir "viajes familiares". Mientras que Bowen ra-

ra vez ve al paciente con su familia de origen en una sesión, yo hago exactamente lo contrario desde el momento en que dirigí mi trabajo hacia objetivos diferentes. Esta práctica ha sido tan provechosa que ahora como rutina tengo por lo menos una sesión con cada paciente y su familia de origen. Yo encuentro este procedimiento muy valioso para distintas problemáticas; para el casado que está demasiado involucrado con su familia de origen, para el otro que tiene contactos esporádicos y para el que está totalmente alienado por sus padres o sus hijos. En estas sesiones los cónyuges o los hijos no están presentes. Generalmente no permito hablar demasiado sobre el matrimonio del paciente cuando él o ella se reúnen con su familia de origen (Otro método de triangulación que hace apartarse del propósito fundamental).

El enfoque está en las relaciones pasadas y presentes del paciente con sus padres e hijos —lo cual es la historia de la familia, cómo se distribuyeron los roles, cómo se formaron las alanzas, los hechos nodales, tragedias, secretos— resumiendo, todo lo que normalmente se investiga en una entrevista de diagnóstico.

Al observar cómo los problemas familiares pasados son dramatizados en el presente, se obtiene información diagnóstica importante. Sin embargo, en estas sesiones las oportunidades son utilizadas para corregir, clarificar antiguas controversias y para poder establecer una relación adulta con los padres. Esta clase de experiencia da a la gente la oportunidad de conocer a sus padres como personas, más que como personajes fantásticos inflados o desinflados por ellos mismos.

Incidentalmente, estos últimos años, he hecho TF marital y de grupo de parejas con mi mujer como co-terapeuta. En estas sesiones familiares nucleares su presencia llegó a ser sumamente significativa, en particular para los padres y los hijos, lo mismo que para los adultos que habían estado en tratamiento. El ser madre y mujer le daba un rol especial que ayudaba a suavizar la brecha natural entre generaciones y sexos.

El lado subjetivo del terapeuta de familia

Volviendo ahora al lado subjetivo de la TF, en 1968, realicé una serie de experiencias con las cuales los límites entre mi trabajo

clínico con familias y mis propias relaciones familiares se fueron haciendo cada vez más difusos y permeables. Cada vez me resultaba más difícil mantener las dos cosas separadas. Para manejar este problema escribí un artículo que titulé "Mis familias, mi familia" que fue publicado en *Voices*, la publicación de la Academia Americana de Psicoterapeutas (1968). Escribí "con sangre" este artículo en cuatro días. Pienso que es lo más honesto que he escrito. Este artículo tuvo una extraña recepción. Recibí cartas de todas partes del mundo, y fue fotocopiado cientos de veces para los programas de entrenamiento en todo el país, aunque todavía nunca ha sido citado en ninguna lista bibliográfica. Este fenómeno es un misterio para mí. Escribí en ese artículo:

"No sé cuando tomé conciencia de que el tratar familias no sólo revive los espectros del pasado de la propia vida familiar, sino también tiene una influencia sutil sobre las relaciones familiares del propio terapeuta. Después de hacer TF y de ver lo que los sistemas emocionales pueden hacer a la gente tomé más seriamente mi vida familiar. En presencia de la madre, padre, hermanos y hermanas, o sea la constelación donde crecemos, uno se encuentra transportado a pensamientos, deseos, discordias y alegrías del pasado de una manera más movilizadora e integradora que en la terapia individual. Cada familia que uno ve contiene una parte de nosotros. A medida que trataba más familias, me acostumbraba a revivir en cada sesión, escenas de mi propia vida familiar. Retrospecciones, algunas veces apremiantes y temidas, otras fascinantes y desesperantes, promotoras de crecimiento y regresivas.

Al conducir sesiones de tratamiento, con mi aparente calma e importancia, escondido detrás de los títulos y adornos de mi profesión, evaluando la dinámica de la familia, resolviendo la estrategia, evitando las trampas, transmitía a esa familia sólo una pequeña porción de las conexiones emocionales que establezco con ellos". El resto del artículo consiste en planteos de pacientes durante sesiones con distintas familias y entre paréntesis mis asociaciones personales y mudas (tal como el día que oí a un adolescente decir a sus padres "váyanse al diablo", sentí la extraña sensación que sus padres se parecían a los míos y me preguntaba si ese chico no estaba diciendo por mí lo que yo nunca me había atre-

vido a decir). Y sólo relato los momentos de ternura, de nostalgia, de pena; los afectos, las desilusiones y las oportunidades perdidas, culminando con el darme cuenta que estaba tratando de adaptar todas mis familias clínicas a la clase de familia que yo siempre quise para mí. Cuando un miembro de la familia me dijo: "Doc, tengo la sensación de que Ud. tiene una imagen de familia ideal, y espera que nosotros vivamos conforme a ella y de algún modo nos gustaría ser su familia" me estremecí pensando: "Dios mío, ¿será eso posible?".

Pero el objeto de discusión de este artículo es aquel que apenas ahondé: el lado personal de un terapeuta de familia.

Los terapeutas de familia son una casta curiosa y distinta de los profesionales en salud mental. Ellos han derribado una serie de tabúes profesionales concernientes a secretos y confidencias; practican una actitud alerta y la observación directa de unos a otros, en la terapia y supervisión, comparten experiencias y tratan a la gente como personas más que como pacientes. Ellos ven los síntomas como epi-fenómenos de problemas de relación y centralizan su enfoque sobre el contexto humano, más que en la psicopatología. Ellos buscan alguna otra palabra que "pacientes" para describir a las personas que ven profesionalmente y una palabra distinta de "psicoterapia" para describir el proceso. La mayoría trata de poner en práctica lo que predica, y son bastante francos en lo que a sus propios problemas familiares se refiere, con lo cual se acorta la distancia que existe generalmente entre el profesional y el paciente. Los terapeutas de familia tienen fuertes convicciones sobre la validez de su trabajo, y creen firmemente que ellos están en el meollo de los problemas. No obstante innovadores y creativos en la teoría, técnicas terapéuticas y métodos de entrenamiento, tienen a veces problemas personales y profesionales.

Profesionalmente se interesan en problemas tales como: ¿Deberían los terapeutas de familia obtener certificados de licenciatura? ¿Debería cualquier persona que sienta inclinación por esta disciplina practicarla? ¿Se nace terapeuta de familia o se hacen? ¿Deberían haber tenido experiencia previa en terapia individual y de grupo? ¿Cuál es la mejor manera de entrenar terapeutas de familia, suponiendo que tengan la necesaria personalidad de base? (Yo encuentro

que algunos profesionales en salud mental no pueden nunca convertirse en terapeutas de familia, no importa el entrenamiento que hayan tenido). ¿Cuánto sabemos realmente sobre "cambiar familias"? ¿Cuán comprensivas son nuestras teorías? ¿Cuán efectivas nuestras técnicas y por qué se investiga tan poco sistemáticamente sobre interacción familiar o sobre confederación de asociaciones de familia?

El lado personal de tratar familias y parejas es aún más importante porque los asuntos privados tienen un poderoso efecto sobre los resultados profesionales y de tratamiento aun cuando estos no sean reconocidos o admitidos. Me referiré ahora a uno de los más palpables. Mis datos son limitados y podrían estar desactualizados, y no conozco las estadísticas de otros profesionales en salud mental, pero entre los terapeutas maritales y de familia que conozco veo un alto porcentaje de divorcios, separaciones, accidentes, crisis emocionales y aun muertes prematuras. Asumiendo que la frecuencia de dichos sucesos está más allá del cambio, uno se pregunta ¿por qué?. He especulado sobre varias posibles explicaciones. En primer lugar pienso que existe un factor selectivo en la gente que realiza este trabajo. Aunque pienso que todos los terapeutas de familia, continúan su lucha entre sus verdaderas familias y sus familias clínicas, algunos han dominado o resuelto, o han llegado a un acuerdo con sus propios pasados, de tal manera que pueden adecuarse a las experiencias. Otros, me temo, usan familias para resolver sus propios problemas (Yo no discuto aquí la manera sofisticada de Carl Whitaker de exponer su yo infantil y pedirle a la familia que cuide de él, pues él sabe exactamente lo que está haciendo).

Lo que yo trato de identificar aquí es aquellos terapeutas de familia que se transforman en víctimas de una clase u otra y que probablemente tengan serios problemas familiares, o con su familia primitiva o con su familia actual, y es probable que estos hechos pudieran haber ocurrido aun si ellos nunca hubieran sido terapeutas de familia. Otro factor está relacionado con el hecho de que el tratamiento de parejas y familias es extremadamente stressante. ¿Cuán azarosa es esta ocupación? Mientras las transacciones de una sesión de familia pueden ocuparnos, al mismo tiempo ellas exigen un sacrificio. Yo estoy seguro que todos Uds. tuvieron colegas obser-

vando detrás del espejo unidireccional quienes después de finalizada la sesión pidieron tener una evaluación con Uds. Todos ellos muchas veces están tan abrumados que nadie tiene nada que decir. ¿Han Uds. observado cómo durante las sesiones, los observadores detrás del espejo hacen chistes, ríen, ayudan y hacen comentarios hostiles acerca de los miembros de la familia y del terapeuta? ¿Necesitan los terapeutas observadores esa descarga para poder volver a trabajar con las familias? . . .

Después de una sesión especialmente pesada necesito tomar una copa con mis coterapeutas, con un amigo, con un grupo de observadores o con mi mujer para expresar mis sentimientos y ver retrospectivamente que actué correctamente o que no fallé o que soy un tipo maravilloso. Algunas veces me distraigo con un buen TV show, una obra de teatro o una película; los fines de semana cortando leña o arreglando el jardín, otras escribiendo un artículo, construyendo una biblioteca, pintando un cuadro o haciendo el amor.

Una cadena de sistemas de apoyo, personal y profesional es de vital importancia en esta clase de tarea y cuando esto no funciona el lfo es tremendo (Whitaker, Felder, Warkentin, 1965). Cuando uno tiene serios problemas con su propia pareja o con los hijos, o si uno no ha trabajado su yo con su familia de origen, o si su contexto laboral es hostil a este abordaje, es especialmente difícil conducir las sesiones de terapia marital o familiar. Todo este problema de si los terapeutas de pareja o de familia con un profundo stress pueden ayudar a otros es una intriga. He visto terapeutas cuyos problemas matrimoniales y familiares quedan a un lado y ellos actúan eficientemente como profesionales, capaces de disociarse de sus problemas personales y ser objetivos. Otros, en cambio, traen a las sesiones sus desdichas, prejuicios y distorsiones con efectos inciertos. ¿Pero quién sabe? Algunas veces el compartir una tragedia personal o una vulnerabilidad puede ser justamente lo que favorece el contacto humano.

Carl Whitaker y Tom Malone escribieron un gran libro sobre psicoterapia en la década del 50 llamado "Las Raíces de la psicoterapia" (1953). Muchas cosas aparecen en él, pero no creo que los terapeutas estén todavía preparados para eso. El libro trata de algo que hoy está surgiendo en TF, la sutil acción recíproca de profesio-

nales ayudando a los pacientes y pacientes ayudándolos a ellos.

¿Se divorcian algunos terapeutas de familia porque descubren a través de los pacientes una dimensión diferente y variada de relaciones y deciden que quieren más de lo que poseen?

Como se sabe todos los matrimonios atraviesan períodos altos y bajos. ¿Qué hace Ud. cuando durante uno de esos períodos bajos, está tratando una pareja cuyas relaciones marchan mejor que las suyas? O de otra manera, Ud. probablemente escriba artículos optimistas sobre la viabilidad del matrimonio o establezca diferentes standards de tratamiento de pareja cuando su propio matrimonio está en un período alto. ¿Qué perturbador es el hecho de que las parejas o familias o miembros de la familia que uno trata vayan adelante y mejoren más que nosotros! ¿Cómo manejamos los celos cuando los padres de pacientes logran más de lo que nosotros conseguimos de nuestros hijos? ¿Qué hace usted cuando ve un hombre que actúa cruelmente con su atractiva mujer y Ud. piensa que no la trataría así si se hubiera casado con ella? ¿Cuántas veces es Ud. capaz de tener momentos de autenticidad con las familias clínicas antes que con su propia familia? ¿Cómo se las arregla Ud. cuando observa un hombre de rodillas llorando y pidiendo a su mujer que no lo deje? ¿Cuán duro es para Ud. tratar con el incesto o con padres que prácticamente han liquidado a sus hijos o con un padre que está muriendo y que sufre porque teme que lo olvidarán?

¿La tragedia nos endurece o nos hace pedazos?

¿A cuántos de nosotros nos gusta trasladar a nuestras vidas privadas los disturbios familiares que vemos en el consultorio? ¿Y es un verdadero profesional quién aprende a tomar distancia y aislarse? Aunque en general tengo un buen control sobre mi propio sistema de sentimientos hay fenómenos familiares que todavía hoy en día me cuesta manejar: Matrimonios donde uno quiere desesperadamente irse y el otro desesperadamente retenerlo, hombres que ríen por todo, chicos llorones, el estancamiento, la mentira y la deshonestidad; tratar con el abuso de menores, la vaguedad de la gente, la gente que me hace sentir inútil, o aquellos que no aprecian nada de lo que uno hace o por el contrario aquellos que lo aprecian demasiado, las personas demasiado desconfiadas, secretos

familiares valederos, hombres humillados por sus mujeres y viceversa, permitir que mis teorías estorben mi escuchar, la rabona masiva, la gente pasivo-agresiva, las familias deprimidas, los padres destruyendo a sus hijos y viceversa, familias donde alguien se está muriendo si especialmente es un chico.,

Los fenómenos familiares que disfruto son: resucitar un matrimonio muerto al punto de que se sientan realmente casados y enamorados, ayudar a los chicos a desengancharse, tratar juntos un padre alienado y su hijo o una madre y su hija y observar el "punto" en que ellos se vuelven más reales mutuamente, ayudar a un padre o a una madre a sentirse como tales por primera vez, observar una familia entera pasar de la desesperación a una vida feliz, ver que síntomas peligrosos o dolorosos desaparecen, recibir anuncios de embarazos, ver a la gente hacer uso de su potencialidad, darme cuenta que los efectos beneficiosos de la TF de hoy en día pueden perdurar en la siguiente generación, percibir un sistema de cambio real, haciendo un follow-up y aprehender que los cambios permanecen. Cuando se trata de trabajar con sus propias familias los psicoterapeutas actúan como cualquier otro y mucha gente dice que ellos manejan sus relaciones íntimas peor que otros. Un terapeuta conocido mío acostumbraba contarle a las parejas lo importante que era ir juntos a la sesión de pareja, aun cuando su matrimonio andaba mal y él y su mujer iban a terapeutas distintos. Otro contaba como sus hijos deslizaban notas por debajo de la puerta pidiendo una cita. Creo que la primera obligación de un terapeuta es la de mejorar su propio funcionamiento y poner sus cosas en orden.

Este discurso nos conduce a preguntarnos si los terapeutas de familia deberían hacer su propia TF, si debería ser una exigencia, como los analistas requieren el análisis para ser psicoanalistas; aunque no estoy seguro si debería ser una exigencia, siento que sería muy conveniente. Yo puedo contar primeramente lo importante que es saber lo que es estar del otro lado. En las sesiones familiares con mi propia familia llegué a apreciar el temor y la ansiedad de la gente cuando se examina la familia. Antes de las sesiones yo me embromaba a mí mismo pensando que yo no sería terapeuta en esa situación que acababa de desempeñar, ser abierto

y sincero, ser un marido y un padre. Mi dí cuenta más tarde que tenía todas las sesiones planeadas. Pero ellas tomaron direcciones inesperadas cuando aprehendí lo que mis hijos y mi mujer pensaban acerca de algunas cosas. Cuando escuché la grabación me oí a mí mismo diciéndole a cada uno lo que *debían* pensar. Uno se identifica con lo que realmente está pasando, y esto puede realmente cambiar las cosas, y por cambio no quiero significar solamente sentirme mejor. En esta situación Ud. es igual que cualquier otro miembro de la familia que viene en busca de ayuda.

Y para finalizar si se quiere confirmar todo lo dicho sobre Terapia Familiar, habrá que ensayarla . . .

ATENEO CLINICO

Se desarrolló el 26/4/80 con la presencia de la Lic. Celia Elzupán y los Dres. Alejandro Sicardi y Jorge García Badaracco, quienes discutieron un material clínico del Dr. Zuk, también presente, actuando el Dr. Alfredo Canevaro, como coordinador.

Resumen del caso clínico titulado:

ESPOSA QUE ABANDONA EL HOGAR

Pareja blanca. De algo más de 30 años. Nivel de educación; primario.

Ocupación del esposo: obrero en una planta de embalaje de carne.

Religión: protestante.

Tienen cuatro hijos de 4 a 9 años.

Viven en casa de la madre del esposo.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Sucesivos abandonos de la familia por parte de la esposa (E) en situaciones que generan tensión.

PRIMERA ENTREVISTA: efectuada por el marido con los 4 hijos derivado por el médico de la familia a causa de su depresión. Se le indica la inconveniencia de una terapia familiar, no estando la esposa presente y se le sugiere una terapia individual. Se le pide que vuelva dada la seriedad de la depresión.

No regresa para la 2da. entrevista fijada, pero luego de 5 semanas, manifiesta que la esposa acepta que ambos tengan una entrevista, y concurren juntos a evaluar la situación.

A continuación se resume la quinta entrevista de la pareja que se grabó en video-tape.

La entrevista comienza con el comentario de ambos cónyuges acerca de una pelea que tuvieron la noche anterior, durante la cual el esposo golpeó a su mujer, en momentos en que ambos volvían de la calle juntos.

Regresaban del barrio a donde ella se iba a vivir cuando abandona su familia. Lo había propuesto ella para intentar ayudar a disipar los celos de él.

La esposa alude a Eddie, una pareja que tuvo mientras vivió allí, diciendo que durante un tiempo temió que la viniese a buscar a su domicilio actual, pero ahora cree que podría manejar la situación sola, llamando a la policía.

M: ante pregunta del T. manifiesta ser celoso.

E: le responde que no tiene motivos actuales para estarlo. Ambos se manifiestan contentos de que E esté en la casa ahora y se dedique a sus tareas allí.

M: expresa pesar por haber peleado así.

A continuación recuerda que anoche mismo se le cayó un diente y fueron juntos al dentista (con E).

Siguen comentando la pelea. Aparecen en la memoria de E episodios similares ocurridos desde que se casaron: en cierta oportunidad M le rompió 2 costillas cuando eran recién casados.

Motivos de discusiones violentas M se queja de que su esposa habla poco. Por ejemplo al salir de estas entrevistas "a veces parece muda".

E se queja de que M habla horas de la misma cosa y dice no querer hacer comentarios en la casa porque no desea ser escuchada por su suegra (en cuya casa viven) ni por sus hijas a quienes deben cuidar.

NOTA: M: Marido - E: Esposa - T: Terapeuta.

Pasan a comentar el deseo de tener una casa propia, como cada uno de los hermanos de ella y dicen que les va a llevar años poder adquirir una.

E: habla de la confirmación de su actual embarazo (suceso del día lunes) martes: dentista - martes: gran pelea - miércoles: la presente entrevista.

M: comenta el excesivo agotamiento luego de varias jornadas de trabajo con escaso descanso (van sumándose así los coadyuvantes a la "explosión" del martes).

M: afirma que no le gusta pelear, pero E le dice que si se repite la pelea "lo va a golpear con una sartén hirviendo".

También afirma E, que está en su casa y no se va a ir porque se siente segura en ella. No quiere que M vuelva a pensar en la posibilidad de que ella se vaya.

El terapeuta indica que eso es lo que M teme, precisamente, de eso quiere asegurarse. El lo asegura y llora.

M: dice que también se siente mal, y lamenta lo que pasó anoche.

Ambos se refieren a que la conversación que tuvieron posterior a la pelea les sirvió para que él la comprendiera más a E.

E: recuerda entre lágrimas los 2 años pasados con Eddie, quien la golpeaba duramente. Piensa haber recibido suficiente. "No me gusta pelear".

M: dice que no desea que ella se sienta como entonces.

E: habla de su preocupación por su próximo bebé. Dice que ahora la misma va a durar 7 meses. Ayer deseó no tenerlo directamente si es que va a crear tantos problemas.

Las niñas le dijeron al padre anoche, que si él echaba a la madre, ellas se iban con E. Vieron todo.

El terapeuta indica en ello un cambio: que las hijas se hayan puesto del lado de la madre. (Rescata lo bueno que pudo tener la pelea, sin ensalzarla por eso).

Luego señala que se trataba de uno de esos días en que las tensiones se hacía incontenibles y los *cerca* a los pacientes: "ustedes ayudaron a las circunstancias" a E: "Ud. no fue un corderito indefenso, sino que contribuyó a que todo ocurriera como ocurrió y debe compartir la responsabilidad.

Alguno de Uds. necesitaba de ese ataque o lo que fuere que

haya estado involucrado acá".

El T. compara su función con la de un árbitro.

E: compara con lo que ocurre cuando hay 2 suegras y cada uno le va a dar peso a los argumentos de su propio hijo y eso no es actuar como árbitro.

T: reafirma su posición de árbitro por ser un extraño para ambos y no deberle lealtad a ninguno.

DISCUSION

Lic. Elzufan: Bueno, es lamentable que yo sólo pudiera hacer una apurada lectura de este informe y que no viera el video cassette. Yo también estoy de acuerdo que viendo la comunicación no verbal ayuda mucho más a la comprensión de una familia. A través de la lectura sentí como un ambiente sórdido, una familia muy difícil que me hizo acordar de los barrios pobres de Philadelphia. Es una atmósfera muy especial Philadelphia, transmite algo así como pobreza y la gente un poco me dió la impresión como de que tenía las mismas características de su ciudad, creo que eso es algo que ocurre en general, que la gente adquiere hasta el colorido del paisaje. La lectura de este caso me dió esa sensación. En general yo trabajo en terapias de objetivo limitado. Leyendo el caso, encontré que había tantos objetivos, que era un caso tan difícil, que había una historia de alcoholismo, de malos tratos, que era una familia que además debía superar urgente el momento de crisis, necesitando una reeducación como familia y entonces me pareció que hacían falta tantos elementos y ahí pensé bastante en Haley

cuando él dice que todas las técnicas son útiles para distintas familias y ahí habría que implementar montones de cosas. En cuanto al resultado que obtuvo el Dr. Zuk a mí me parece positivo, aunque no ideal. Me satisface su falta de omnipotencia. Esa sería un poco la vivencia mía . . .

Dr. Canevaro: Por ejemplo, vos tendrías alguna opinión acerca de la situación de esta gente, el problema general por el que ellos están atravesando ¿cómo te los imaginás si fueran a tu consultorio? ¿Cuál es el drama vital que ellos están pasando? ¿Esto te inspiraría algún tipo de diagnóstico o no te manejas con diagnósticos?

Lic. Elzufan: Yo no me manejo con diagnósticos, pero siento que están atrapados en un juego sin fin. Esa es mi sensación al ver éso. Descubrir el nudo, digamos, en el que ellos están atrapados daría la posibilidad de hacer un tratamiento con resultados positivos.

Dr. Canevaro: Descubrir el nudo . . . ¿Qué entendés precisamente por el nudo?

Lic. Elzufan: La secuencia en la que están enganchados. ¿Para qué cuando él le pega ella se va y él luego le ruega que vuelva? Es una conducta repetitiva; en el intento de solución que trata de dar él que es el consultante, se repite y repite y repite en las distintas oportunidades en las que ella se aleja.

Dr. Canevaro: O sea, vos lo entenderías como una pauta secuencial reiterativa, que explica algo del por qué se produce éso . . . ¿tenés alguna idea especial?

Lic. Elzufan: Es que yo no pienso en por qué, sino que pienso para qué, no? ¿Para qué? Y es lo que es difícil de detectar. Yo lo haría de una forma más directiva tal vez, y con mucha timidez podría encontrar respuestas más concretas para poder implementar estrategias, probablemente que podrían ser o no exitosas. ¿Para qué ella tiene que actuar en esa forma, para qué él tiene que actuar de esa forma? ¿Qué tratan de obtener? Es ése el modo de perturbar la relación? Me planteo un monton de interrogantes y muchos baches por no haber visto incluso las expresiones de ellos.

Dr. García Badaracco: Lo primero que se me ocurre pensar con respecto a esta pareja es que se trata de gente que está sufriendo mucho más de lo que parece. Pienso que es una pareja en la que cada uno trae una carga en su historia personal demasiado grande. Cuando yo percibo ese tipo de problemática me planteo cuál es el papel que voy a poder jugar y cómo ubicarme dentro de la situación. No me refiero necesariamente a aspectos técnicos de los que quizás después podremos hablar un poco más. Se trata más bien de que la actitud profunda que voy a tratar de desarrollar frente a ellos depende desde el vamos, desde el principio, de como me ubique dentro de la posibilidad del trabajo a realizar. Es decir, si voy a tener tiempo para poder ayudarlos, si vale la pena, si me van a dar la oportunidad. Se presentan una cantidad de problemas y en ese sentido creo que es una pareja difícil para poder ayudar. Me pregunté algunas cosas parecidas a lo que dijo recién la doctora Elzufán. Pienso que no puedo tal vez ubicarme fácilmente en relación a una pareja que se encuadra en un tipo de estructura social que no conozco bien. Se trata de un país que conozco, pero no mucho y viven en una zona de Philadelphia en donde no me ubico muy bien tampoco. Es decir, que se presentan características sociales que podrían configurar alguna dificultad para ubicarme como terapeuta en un primer momento. Pienso que, entonces, como terapeuta, haría un diagnóstico individual de cada uno de ellos desde un punto de vista psiquiátrico en términos de personalidades de acción por no llamarlas personalidades psicopáticas. La adicción al alcohol y otros antecedentes evidencian una estructura psicopática. Creo que podemos hablar de personalidad psicopática como estructura de personalidad de cada uno de ellos. En la relación de pareja, evidentemente, cada uno actúa con respecto al otro una dependencia patológica recíproca en donde uno busca en el otro lo que el otro no le puede dar y se angustia mucho o se enoja mucho, Lo golpea por ese mismo fracaso cuando el otro está esperando del primero la misma cosa y por éso se hace compulsiva e interminable la lucha que se desencadena en función de esta problemática básica muy difícil de abordar. En ese sentido pienso que tal vez como idea primera de un posible proceso terapéutico entiendo que el terapeuta tendría que poder hacerse cargo de la inmadurez de

ambos para poder ver si se los puede ayudar desde esa función. Porque si no, evidentemente, la ayuda que se les puede brindar es limitada y creo que el Dr. Zuk lo vió así y lo trabajó así desde el primer momento. Es decir que el trabajo terapéutico se puede visualizar en dos niveles posibles: O se aborda en el nivel en que trabajó el Dr. Zuk o si no hay que pensar en un trabajo mucho más profundo. Nada más por el momento.

Dr. Sicardi: Bueno, yo estoy muy de acuerdo con lo que se dijo antes, especialmente en este aspecto que señaló el Dr. García Badaracco, de que ésta es una pareja que sufre más de lo que aparenta, yo veo la otra cara de la moneda también, es que no solo sufre más de lo que aparenta, sino que se agreden también más de lo que ahora aparenta; es decir, hay una pelea anterior, donde el marido le rompe dos costillas a la mujer. Yo me pregunto hasta qué punto no habría que considerar la criminalidad que puede surgir. Creo que hay un buen manejo de todo el proceso que se da en tan pocas entrevistas. Especialmente me refiero al tratamiento que se le da a la pelea por parte del Dr. Zuk; es decir, hay una verdadera catarsis, cuando esta gente puede hablar de todo ese episodio de tanta violencia, además, se toma lo positivo y lo negativo de la pelea. También se señala el cambio (cosa que hace habitualmente el Dr. Zuk, señalar los cambios) que se produce en las chicas, que en ese momento pasan a estar de parte de la mujer. Creo que uno de los logros terapéuticos, es también el resultado de que la madre se vaya por primera vez con las chicas, es decir, ya que estas también aparecen al principio, en la primera entrevista, con una gran depresión. Pienso que para los terapeutas muchas veces es muy difícil el manejo de la violencia en los pacientes, especialmente si hay fantasías criminosas y sobre todo si son en la transferencia, porque cuando se trata de acting sexual o ese tipo de cosas, el terapeuta lo puede manejar, pero la idea de la violencia muchas veces uno la resuelve con una internación, por ejemplo.

Dr. Canevaro: ¿Ahora, vos cómo entenderías, por ejemplo, el sentido de criminalidad en esta pareja? ¿Tendría alguna explicación dentro de tu concepción?

Dr. Sicardi: Y yo pienso que como le rompió dos costillas, le puede romper la cabeza . . .

Lic. Elzufan: Con la sartén caliente.

Dr. Sicardi: Sí, con la sartén.

Dr. Canevaro: La pregunta sería ¿qué sentido encontrás vos a esa criminalidad o esa violencia en esa pareja? ¿Te lo preguntás como Terapeuta o lo dejás correr?

Dr. Sicardi: No, no, no. Yo creo que tiene que ver con un problema de aspectos homosexuales que hay en los dos, que yo creo que está relacionado con el nudo que planteaba la Dra. Elzufan, es decir, que hay un montón de elementos para pensar en una inversión de los roles sexuales de ellos. Es ella la que se va sola, por lo general como habitualmente hacen los hombres y le mete los cuernos a él. El está con las chicas. Ella dice que fue la batalla del bulto en el follow up. Ahora la que tiene el bulto, es ella, porque tiene el embarazo. El le arranca los pelos a ella y a él le bajan los dientes. Es decir, hay una serie de elementos. Además, aparece ella, peleándolo a través de Eddie, yo he visto muchas parejas que se separan y la mujer se busca un matón después como pareja, como un desplazamiento homosexual de ella para pelearlo al marido. Eso se ve bien en el enfrentamiento cuando lo quiere llevar al barrio, parece el barrio de los guapos, a que de una vez, dirima el pleito con Eddie.

Dr. Canevaro: Vos dirías como una identificación homosexual de ella con ese matón, o ese Eddie, como para poder aumentar su posibilidad de agresión a él?

Dr. Sicardi: Eso es, sí, sí. La sartén también tiene el mango, no?

Yo creo que es patología. Incluso, hay otro elemento; cuando ella está embarazada, él dice: "ella ahora es una campanilla". La campanilla da bien la noción de una pollera con un pene adentro: el badajo.

Dr. Canevaro: Ahora, la pregunta mía es la siguiente: vos decís: ella se va y generalmente son los hombres los que se van. Eso po-

dría estar vinculado con una situación socio-cultural que está cambiando, por ejemplo, lo que se plantea es Kramer vs. Kramer, o vos lo vinculás más bien a un síntoma de esta pareja, como indicio de patología mayor.

Dr. Sicardi: Yo lo pienso como un indicio de patología mayor. Bueno, se podría hacer una incursión en el tema éste, con respecto a lo social, pero pienso que nos iríamos un poco del trabajo, ¿no?

Dr. Canevaro: Por éso entonces la presunta detección de una pareja de componentes homosexuales latentes importantes los vinculás más a la patología que a un problema díganos de influencia sociocultural?

Dr. Sicardi: Eso, eso, sí.

Dr. García Badaracco: Con respecto a la potencialidad criminosa, creo que es un aspecto bastante importante. Pero no lo relacionaría con una homosexualidad latente ni con problemas de patología sexual. Esa sería la fachada de una problemática más compleja. La mujer puede actuar un rol de macho porque no sabe qué hacer en una situación muy difícil; ella en realidad se va porque no encuentra apoyo en el marido. Más bien hay falta de apoyo o agresión cuando ella lo necesita. El, por otra parte, la deja ir porque tampoco sabe cómo manejar la situación. Después siente que la necesita entonces la busca. Y la reclama. Yo creo que la compulsión a repetir la situación se da en los dos, pero alimentada desde el otro también. A mi entender, es una pareja simbiótica patológica, donde se producen situaciones de sado-masquismo típicas de la estructura patológica de la pareja. La homosexualidad sería más bien como una fachada, como una pantalla. Para entrar un poco más en aspectos técnicos desearía decir que no introduciría interpretaciones psicoanalíticas de ese tipo porque creo que podrían inclusive desviarnos mucho del núcleo fundamental. La Dra. Elzufan habló algo de descubrir el nudo. Yo no creo, porque descubrir el nudo sería algo así como llegar a una especie de interpretación del conflicto, o algo así. Yo creo que más que interpretación del conflicto se tiene que ver la incapacidad de ambos para enfrentar el conflicto.

Lic. Elzufan: Yo no me refería a interpretar el conflicto, tal vez fui poco explícita.

Dr. García Badaracco: Digamos que me adelanto entonces. Para mí interpretar el conflicto sin hacerse cargo, el terapeuta, de la gran dificultad de los pacientes de abordar el conflicto, es entrar en un terreno equivocado. Quiero decir, el conflicto homosexual por ejemplo. La homosexualidad como conflicto. Lo que yo veo es la estructura sado-masquista como situación simbiótica de no diferenciación entre uno y el otro. Un tipo de relación patológica narcisística donde se actúan situaciones trasferenciales permanentes entre el uno y el otro y recíprocamente. En estos casos es necesario hacerse primero cargo de toda esa dificultad y de todo ese sufrimiento para poder recién darles a ambos la posibilidad de empezar a pensar qué les está pasando.

Dr. Canevaro: Entonces ya como definición teórica tácita pareciera que la existencia de posibles conflictos homosexuales sería secundaria a un trastorno de personalidad más profundo de ambos. ¿Cómo lo definirías, por ejemplo?

Dr. García Badaracco: Para mí se trata de una estructura simbiótica patológica que se relaciona más con aspectos psicóticos que con aspectos neuróticos de la personalidad. Y la criminalidad potencial también se relaciona con esta patología. Esto para empezar a decir algo.

Lic. Elzufan: Yo pienso que de alguna manera siempre trasladamos los conceptos de la ps. individual a lo grupal, a lo familiar, pensando más en lo que pasa dentro de cada individuo por separado y no con lo que está pasando con la relación. Yo me focalizaría, no porque las otras cosas no existan, sino por el tipo de problema que trae esta gente a terapia, me focalizaría en tratar de producir un cambio en esta relación. Por éso, precisaría tener bien definido por ellos el problema. Por lo que yo recuerdo del trabajo, ellos fueron derivados a terapia por el médico. Es decir, no fue una decisión personal de hacer psicoterapia y es el marido el que va con los chicos porque la mujer no estaba en ese momento y él se encuentra deprimido. Tal vez desde el enfoque en el que yo me apoyo trataría de circunscribir cuál es el problema para ese señor

que consulta. Yo le preguntaría. Trataría de que me pueda explicar cuál es el problema y que hizo para solucionarlo hasta el presente.

Lo que hizo hasta el presente claro, para saber en primera instancia lo que no tengo que hacer, para saber qué intentos han hecho, porque cuando la gente viene a vernos a nosotros por lo general ya ha probado todo. Pienso que es una situación de crisis y entonces tenemos que tratar de concretar cuáles son los objetivos de ambos para tratar de resolver algo aunque sea, pensando que si se produce un pequeño cambio en lo que a ellos les perturba más la vida, esos cambios puedan luego producirse en otras áreas de su comportamiento y después por ahí hacer una terapia de crecimiento, pero en ese momento circunscribirnos a la crisis. Yo estoy muy de acuerdo con la redefinición del Dr. Zuk, con la que estaba Alejandro respecto de la pelea y a la utilidad de otro punto de vista que la que tiene el sujeto. Y me concentraría mucho en contar lo que el Grupo Palo Alto llama el lenguaje de la pareja o de la familia, del paciente, o sea, sus valores, sus intereses, su modo de actuar en la vida. Entonces yo tomaría casi como textual el hecho de que ella cada tanto se tiene que ir para poder seguir aguantando la situación y les propondría que teniendo en cuenta que ella cada dos o tres meses siente la necesidad de alejarse del hogar, que vamos a contar con que dentro de tres meses lo va a volver a hacer, pero que en el interín vamos a tratar de que disfruten de la vida de pareja, de la cual parece que nunca disfrutaron, nada más que, para cuando ella se vaya la próxima vez que conozca lo que puede pasar cuando una pareja tiene mejor tipo de relación. Y yo daría por sentado que ella se va a ir la próxima vez e incluso les diría que lo planifiquen juntos, éso tal vez podría, sin ninguna omnipotencia, producir un cambio. Sería un riesgo que podría correr.

Dr. Canevaro: Eso sería una maniobra paradójal.

Lic. Elzufan: Porque les diría que hagan más de lo que han hecho hasta el presente, pero con la diferencia de que en lugar de que se presente como algo compulsivo que ellos no saben cómo manejarlo, que sea planificado. Pienso que es una madeja muy

difícil y tal vez lo que logró el Dr. Zuk sea óptimo, pero ésto sería un intento diferente.

Dr. Sicardi: Bueno, yo no haría el pronóstico de que ella se volvería a ir, yo pienso que éso depende de que pueda haber un cambio en el sistema familiar, por el advenimiento del nuevo bebé, tal vez la muerte del bebé por haber incidido en la separación, tampoco quiero pensar que no se van a separar después. Yo pienso que esta es una pareja bastante grave, también estoy de acuerdo con éso y tal vez la forma en la que se resolvió pueda ser una de de las mejores, teniendo en cuenta a las chiquititas y a la situación stressante que vivían periódicamente, cosa que al final del follow-up se ve que, no del follow-up, sino después, se entera el Dr. Zuk de que las hicas están bien y van al colegio. Ahora yo me quería referir a algo que estuve investigando especialmente y que fué el factor desencadenante de la violencia del marido y específicamente es cuando la mujer dice que va a preparar la cena para las chicas. Pienso que por algo dijo así, a lo mejor él no podía comer porque estaba mal de los dientes, pero yo, creo que es un lenguaje en clave, y la mujer ya sabe que va a desencadenar la crisis de violencia. Creo que ella sabe qué botón tiene que apretar para que el marido estalle y me parece muy interesante como el Dr. Zuk pone en descubierto toda esta situación, cuando le dice que ella no fue un corderito durante la pelea, perdón, no fue un corderito indefenso. Creo que también hay que tener en cuenta, el antecedente de la visita al barrio y que él estaba molesto por estos dos dientes también. Bueno ¿cómo lo abordaría técnicamente? Yo creo que estuvo abordado mucho mejor de lo que lo haría yo, el tema de la pelea, como lo dije antes. Es decir, porque se tomó lo positivo, y la pareja pudo hacer una cosa evacuativa de catarsis también. Creo que hay situaciones triangulares en donde están metidas estas personas. Está la idea del tercero, es decir, el bebé por un lado que aparece doblemente como un tercero, porque el marido sospecha que es un bebé que no es de él, al futuro bebé me refiero. Además, él tiene a su vez otra situación triangular, que estaría constituída por la mujer, la madre y él. La suegra aparece como un tercero, que no la deja hablar a la mujer, dice que se mete en todas las conversaciones, pero, al mismo tiempo, apare-

ce enmascarando una dificultad en la comunicación de ella. El marido dice en una oportunidad: "nunca da respuestas definidas". Creo que también hay una dificultad de comunicación de parte de él, que da esas conferencias igual que la madre. Tal vez en cuanto a una indicación de tratamiento, yo me pregunto si esta pareja está en condiciones de vivir como pareja; sobre todo teniendo en cuenta el futuro mental de las chicas. En ese sentido, pienso si no podrían hacer un tratamiento individual . . . ambos, ambos . . . y creo que es algo que sugiere el Dr. Zuk al marido cuando lo llama por teléfono.

Lic. Elzufan: ¿Pero ahí ya están separados, no?

Dr. Sicardi: Sí. También es cierto lo que decías vos, Celia, de que tal vez esta pareja se separe, pero también podemos pensar, tomando en cuenta lo de la simbiosis que dijo el Dr. García Badaracco, que tal vez se pueden volver a juntar de nuevo. Porque esta mujer parece una paloma mensajera, siempre vuelve. En ese sentido, pienso si no podrían hacer un tratamiento individual con idea que en un futuro, puedan volver a constituirse como pareja, en mejor estado individual, con o sin terapia de pareja también.

Lic. Elzufan: Yo quería aclararte que yo no hice el pronóstico de que ella se iba a ir, lo hice con fines estratégicos, les pido que hagan más de lo que ya estaban diciendo.

Dr. Zuk: Ustedes han tenido oportunidad de escuchar una presentación excelente de dos puntos de vista bien diferentes. Estos dos puntos de vista todavía son muy importantes en el campo de la terapia familiar y lo han sido tal vez desde el comienzo. Lo importante es que se han expuesto en una actitud amistosa en este momento porque puede haber una tendencia a que se expongan con animosidad. Yo definiría el punto de vista de Alejandro, sería una simplificación, como el abordaje de la posición psicoanalítica traída a la terapia familiar. Celia es la exponente en el grupo, de la teoría de la comunicación cuyo representante más significativo es Jay Haley y la gente del grupo del Instituto de Investigaciones en Palo Alto. Estos dos puntos de vista fueron muy importantes y el de orientación psicoanalítica dominó la primera parte del desarrollo de la terapia familiar. Alcanzaron un nivel de importancia igual a medidos de la década del 60. Se me ocurrió este pensa-

miento ahora mismo como consecuencia del intercambio que ustedes han tenido acá. Recuerdo desde el punto de vista de la historia del movimiento de la terapia familiar en USA. Esta comenzó con el tratamiento de las familias de pacientes esquizofrénicos y este tipo de tratamiento que se llevaba a cabo con las familias tuvo una influencia recíproca muy grande en el enfoque de tipo psicoanalítico y de la teoría de la comunicación. Juzgo que ha sido más así, que este tratamiento ha influenciado la concepción de los psicoanalistas que hacían terapia familiar, y me pareció que lo hizo de una manera mayor que lo que influenció a los de la teoría de la comunicación. Pero ambas teorías se vieron influenciadas por el tratamiento de las familias con esquizofrénicos. La diferencia en la teoría que yo sigo con la teoría psicoanalítica es bastante clara y obvia. También existen diferencias con respecto a la teoría de la comunicación pero esas diferencias no son tan claras y precisas, aunque se han enfatizado muy bien en la presentación que se hizo acá. Aprecio mucho los aportes de los representantes de la teoría psicoanalítica. Usted doctor (al Dr. García Badaracco) hizo los aportes, puso el énfasis en la pareja viniendo de una clase social económica y educacional muy particular. Estos aportes van a traer limitaciones al tipo de terapia. Pero cuando se hizo una formulación del tratamiento que se iba a llevar a cabo con esta pareja esos detalles que se habían enfatizado en la descripción de la pareja no se tuvieron en cuenta. La colega que representa la parte de la teoría de la comunicación me pareció que hacía lo mismo, que dejaba de lado las características económico-sociales y educacionales de esta pareja cuando cuando se delineaba un tipo de tratamiento para ella.

Lic. Elzufan: Yo creo que al comienzo yo . . .

Dr. Zuk: Sí, ustedes los mencionaron, pero yo considero que no los tuvieron en cuenta para la delineación del tratamiento. A pesar de que los exponentes de la terapia de la comunicación dicen que ellos desarrollan estrategias para ocuparse de situaciones específicas de la pareja en crisis y además, no lo puedo creer porque no lo veo así cuando desarrollan o cuando explican las técnicas que van a desarrollar. ¿Cómo es que esta técnica está específica-

mente delineada teniendo en cuenta las características? La mejor prueba de lo que yo señalo que están ignorando las características sociales, económicas de la pareja es cuando explico mi formulación de la estrategia. Tengo dificultad para entender si Uds. realmente consideraron las características culturales y educacionales de esta pareja, la situación especial en la que estaban los hijos y la pareja en convivencia con la suegra; y quiero señalar que el hecho de que exista abuso físico en este tipo particular de clase social de la pareja no es una cosa para ser considerada sólo como psicopatología, ya que es un hecho muy común, que se da particularmente en clase baja y por comparación es mucho más frecuente en éstas que en las de clase media. Si esos elementos de background de la pareja realmente hubieran sido tenidos en consideración, la prescripción que se hace de la próxima run away (huída) y la limitación de las entrevistas a diez serían inconsistentes.

Yo veo una inconsistencia de articulación desde el punto de vista teórico entre la prescripción que se le va a hacer a la pareja y las características particulares de esta pareja con su educación y clase social . . . Yo como terapeuta considero que la prescripción de la próxima huída de la esposa es un punto muy cuestionable, estoy de acuerdo con Alejandro que es cierto que dada la historia de la pareja el terapeuta sabe como terapeuta que hay un gran porcentaje de posibilidades de que ésto se vuelva a repetir pero una cosa es el hecho de saber que esto se puede repetir y otro es el prescribir la repetición del hecho, que es una situación muy difícil para un terapeuta, porque evidentemente el terapeuta no puede estar de acuerdo y es una cosa de cierto riesgo. supongan que en esta pareja se va la mujer otra vez y vuelven a posteriori al tratamiento y le pueden echar en cara al terapeuta "usted nos prescribió eso, usted es el responsable". Yo estoy de acuerdo con que el terapeuta puede pensar que probablemente se dé este hecho, pero aun con la certeza del terapeuta de que el hecho se dé, hacer una prescripción utilizando un juicio de certeza, es una actitud omnipotente del terapeuta. Yo entiendo que se la hace con una intención paradójica, que se aplica una comunicación de doble vínculo, pero es una actitud omnipotente del terapeuta, es decir: sí, yo sé que va a suceder y por lo tanto como yo sé qué va a suceder les digo ésto.

Por el otro lado el hecho de fijar las entrevistas en 10 es un poco presuntuoso de parte del terapeuta. Sí, yo estoy de acuerdo que la familia, no hay duda, va a ponerle límite a la cantidad de entrevistas y que especialmente teniendo en cuenta las características socio-económicas y de educación de esta pareja el contacto no hay duda de que va a ser breve pero que pueden ser dos, pudieran ser cinco, pudieran ser ocho. No se sabe. Pero que el terapeuta lo fije él, en un número de diez, es una actitud que yo considero nuevamente un poco presuntuosa. Esta es la mitad de las respuestas. Me gustaría ser un poco más corto en la otra mitad, pero es casi como 50 y 50. Primero quiero hacerle entender a Celia que no existe ningún tipo de cosa personal sino que entiendo que estoy hablando con una cantidad de energía y entusiasmo en lo que digo porque son hechos que considero muy importantes.

Dr. Canevaro: ¿Puede ser que influya en usted el recuerdo de esta polémica en el campo de la terapia familiar estadounidense?

Dr. Zuk: Puede ser que sí. Puede que no, pero quiero hacer hincapié en lo que es para mí. Estos hechos que estoy señalando son de extrema importancia y considero que se han sobrepasado en una forma demasiado ligera y ésto es lo que no puedo perdonar. Se dice que se van a tomar en cuenta una serie de factores y cuando se hace la prescripción en el tratamiento se olvidan. Eso para mí es de suma importancia. En la exposición de estos dos puntos de vista, las diferencias que ustedes expusieron me van a permitir transmitirles o sintetizarles mi propio punto de vista. Yo considero que la teoría de la comunicación está imbuída muy intensamente de valores de continuidad. Esto es nuevo, es algo que yo no había pensado. Esta discusión ha sido estimulada. La exposición que ustedes han hecho de estos dos puntos de vista es muy buena, excelente. El punto de vista psicoanalítico está inhuído muy intensamente de valores de discontinuidad. Celia no quiso hacer diagnóstico. No estaba interesada antes o después en el tratamiento de la terapia familiar, en hacer un indicación o una referencia o referir los miembros de la pareja para el tratamiento individual. Celia estaba interesada en que en ese límite de tiempo de

diez sesiones la pareja pudiera experimentar una situación distinta de cambio que fuera beneficiosa para los miembros de la familia. Jorge y Alejandro, por el contrario, estaban interesados en hacer el diagnóstico de los miembros individuales y de la pareja. Estaban interesados en hacer una formulación para comprender el componente de odio en esta pareja. Hubo una acentuación en la presentación de Jorge y Alejandro de sentimientos negativos en contraste con la presentación de Celia que hacía énfasis en la posibilidad y en la existencia de sentimientos positivos. Jorge y Alejandro enfocaron la agresión, y dieron una explicación criminal de las conductas de la pareja. Celia, por el contrario, estaba interesada en los sentimientos positivos y minimizó el componente agresivo. Yo utilicé con esta pareja principalmente el rol de celebrante. ¿Qué es el rol de celebrante? Fuí asignado por la pareja para celebrar la reunión de estos dos esposos. Yo utilicé este rol con esta pareja conociendo que por el tipo de pareja iba a haber un tipo de contacto corto, y que evidentemente la pareja me lo había asignado cuando vienen juntos a hablar conmigo. Hay una incompatibilidad cuando el terapeuta asume el rol de celebrante con la tarea de prescribir tanto una tarea específica o un número de entrevistas.

Dr. Canevaro: ¿Considera usted que es posible delinear una estrategia terapéutica y un abordaje técnico sin tomar en cuenta algunos de los factores tales como por ejemplo el nivel educacional y el nivel socioeconómico? Si es posible delinear algo así como la generalización de una técnica. Porque tampoco el psicoanálisis se ocupó demasiado de definir esto. Por eso la pregunta es específica, si es posible para usted delinear algún tipo de estrategia o de abordaje técnico que prescindiera de determinados factores: el nivel de educación, socioeconómico, así a grosso modo.

Dr. Zuk. Con respecto a si puede crearse una teoría en terapia familiar que no tenga en consideración el background social, educacional y económico de la pareja, yo creo que no. Es cierto que el psicoanálisis se creó sin tener en cuenta esto suficientemente, pero eso no es así en este preciso momento. El psicoanálisis en este momento en USA, a través de la teoría del narcisismo empieza a integrar todos los factores económicos, sociales, educacionales y

los de clase de familia, los de clase de pareja, para exponer toda la teoría de la personalidad. Es interesante que a pesar de que yo tengo una posición que difiere de la posición de la teoría de la comunicación y la psicoanalítica encuentro que en la práctica tomo cosas de ambas. Por ejemplo, en cuanto a la teoría de la comunicación ciertamente me adhiero al señalamiento de Celia de hacer énfasis en la parte positiva, de los sentimientos positivos y minimizar la parte en los sentimientos negativos. Asimismo tratar de promover y alentar todas las posibilidades que yo considere posibles en lo que se refiere a mejorar la calidad de los sentimientos y el tipo de relación. Yo creo que lo he hecho utilizando con esta pareja el rol de celebrante o de intermediario o del de tomar posición. Por el otro lado estoy de acuerdo con Alejandro cuando dijo que no estaba de acuerdo con la prescripción de una tercera huída de la mujer. Quiero hacer énfasis en el asunto de prescribir una tercera huída. En eso directamente estoy en desacuerdo. Las familias son unidad conservadoras y el uso de la prescripción paradójica tiene que hacerse con mucho cuidado porque las familias, primero pueden hacer responsable al terapeuta de un hecho que se ha prescrito y lo pueden juzgar responsable de los efectos negativos de eso, segundo, pueden considerar absurda la intención paradójica del terapeuta porque las familias son unidades de tipo conservador . . .

Estoy de acuerdo con Jorge en el sentido de que él hizo énfasis en las limitaciones que esta pareja parecía traer al tratamiento por las características individuales y que yo estoy perfectamente de acuerdo. Y eso me iba a servir para darme cuenta de que la posibilidad de compromiso en la terapia iba a ser limitada y la duración del tratamiento también estaba limitada. Sin embargo, a pesar de mi percepción como terapeuta no hubiera hecho una comunicación de la cantidad de límites que se iban a establecer. Lo hubiera dejado abierto. Por supuesto, le doy a las familias la prerrogativa de decir cuántas sesiones. Es una prerrogativa de la familia . . .

Lic. Elzufan: Yo no creo que los autores de este enfoque precisen mi defensa. No lo hago con esa intención. Pero estoy de acuerdo en que el hecho de poner límites de tiempo y objetivos dan sobre

todo al terapeuta una idea concreta de éxito terapéutico. Para la familia también el hecho de sentir que cada sesión que va transcurriendo se van acercando más a la meta, digamos, en términos ideales. Eso diría que sería lo más importante para mí respecto al usar límites de tiempo. También yo mencioné antes la implementación de esas técnicas para salir de la crisis y que luego se podía hacer entonces una terapia de maduración. Yo creo que lo había dado como propuesta de tratamiento. Evidentemente, pienso que el modelo de 10 sesiones y nunca más, puede ser ineficiente, pero de 10 sesiones con objetivo, sí pueden ser muy útiles. Otra cosa, el pronóstico que yo hice que ella se podría ir y entonces podríamos aprovechar este tiempo para que en la pareja ocurrieran cosas que no han ocurrido antes, cosas positivas, no solo lo ví como implementación de la paradoja, sino también como posibilidad de que conozcan un modelo diferente de actuar entre ellos. Yo no les prescribo que ella se vaya, doy la posibilidad de que ella se vaya, pero que aprovechemos el tiempo para que, en ese interín, creo, no recuerdo bien el texto, si era más o menos cada tres meses, ella huía, verdad? entonces, bueno, es probable que dentro de tres meses usted se vaya, en el interín vamos a probar de tener una relación positiva, como no la tuvimos antes. Como una posibilidad de aprendizaje. Cuando en comunicación hablamos del lenguaje del paciente, de la interacción, nos referimos a la clase social, a sus valores, a su estilo de vida, a todo. Es probable que, debido al escaso tiempo que yo tuve para poder leer el trabajo y pensar un poco en cómo yo lo manejaría, algunas cosas las obvié o las pasé muy por arriba, pero no creo que de ninguna manera los teóricos de la técnica lo pasen por alto. La mayor parte del trabajo, de todos esos hechos, fue hecho con gente de clase social baja. Minuchin, en Philadelphia nunca trabajó con otra cosa.

Dr. Zuk: Yo tampoco entiendo cómo puede ser que ellos lo dejen de lado.

Lic. Elzufan: Yo no estoy diciendo que lo dejen de lado. Pienso que lo toman en cuenta

Dr. García Badaracco: Considero que es una lástima que no ten-

gamos más tiempo para un intercambio más profundo porque tengo la impresión que podría empezar recién en este momento. Creo que el Dr. Zuk tomó bien algunos emergentes del diálogo anterior pero tal vez no pudo percibir que detrás de esos emergentes aparentes podía haber problemáticas más profundas, digamos cosas que hay que desarrollar.

Dr. Zuk: ¿Los emergentes de la pareja?

Dr. García Badaracco: No, los emergentes de nuestra conversación anterior. El Dr. Zuk estuvo, a mi parecer, demasiado influido por la problemática en USA, que no es la problemática nuestra, por lo menos en el grupo que trabaja conmigo. La problemática que desarrolló es muy interesante, una especie de oposición entre el psicoanálisis y la terapia familiar.

Dra. Zuk: La teoría de la comunicación . . .

Dr. García Badaracco: Sí, la teoría de la comunicación. Se trata de una problemática que acá en la Argentina la hemos trabajado mucho. Hemos recorrido mucho camino en ese aspecto. En mi trabajo con psicóticos desde hace casi 30 años me he visto obligado a modificar muchos aspectos de la teoría psicoanalítica para poder abordarlos. Por otro lado, viendo que la teoría de la comunicación es limitada y en algunos aspectos formalizante de aspectos de la relación entre los miembros del grupo familiar, sin tomar en cuenta aspectos dinámicos muy importantes, que sí puede aportar una visión psicoanalítica, fui desarrollando una forma de ver tanto el psicoanálisis como la teoría de la comunicación que me permitió integrar mejor ambos enfoques. Pienso que se pueden superar estas aparentes controversias y oposiciones.

Me interesó mucho la exposición del Dr. Zuk. Por eso me apasiono yo también. Hizo una apreciación que me pareció útil. Dijo que tanto Alejandro como yo pusimos el acento en el peligro de la agresión, hicimos sugerencias sobre problemas diagnósticos: psicopatías, posibilidad de criminalidad, etc. y que Celia hizo un poco lo opuesto: minimizó la importancia del comportamiento agresivo. Creo que esta apreciación es un poco superficial y creo que es fruto de una imposibilidad de un intercambio más profundo. Yo mismo dije al principio que, dado el hecho de no conocer sufi-

cientemente los aspectos culturales de esta familia, no podía apreciar por ejemplo si algunos aspectos, entre los cuales incluía la agresión podían ser más culturales que psicopatológicos. Mi actitud sería distinta según el caso y considero que el terapeuta debe tomar en cuenta estos aspectos para poder evaluar. Yo entiendo que estas apreciaciones pueden ser muy decisivas porque si uno aprecia que hay una criminalidad potencial tiene que actuar de una manera completamente distinta que si lo toma como una manifestación cultural. En este último caso puede simplemente ayudar para que no se produzcan las actuaciones o para facilitar un comportamiento más adecuado. Con respecto a que Celia enfatizó la parte positiva del comportamiento yo diría que coincido totalmente con Celia en la actitud y con la apreciación del Dr. Zuk de que hablar del diagnóstico psicopatológico o de agresión en ese momento no era de ninguna manera trasladable al tratamiento de la pareja. Pero como psicoterapeuta puedo pensar en aspectos del diagnóstico, de la agresión, o en conflictos profundos, sin emplear estos conocimientos de una manera directa en la psicoterapia.

Dr. Zuk: Usted hace su evaluación de los individuos de la familia y de la pareja, pero eso no necesariamente . . .

Dr. García Badaracco: El apuntar más bien a los aspectos positivos y a los cambios positivos durante las sesiones o como consecuencia de las sesiones es una característica de mi propio estilo de trabajo como algo muy importante.

Dr. Zuk: No solamente es un aspecto de estilo, sino que tiene que ver con la concepción de valores. Usted es percibido por la pareja como que va a actuar, como el que . . .

Dr. García Badaracco: Considero que es muy importante no solamente en terapia familiar sino también en terapia individual. A diferencia de la actitud psicoanalítica muy prescindente o muy distante como pantalla de proyecciones del paciente, mi manera de trabajar en terapia individual también es ofrecerme como una persona que puede, en determinados momentos, apoyar al paciente. Siempre es importante tomar en cuenta las dificultades y no interpretar solamente en términos de transferencia negativa o

agresión o instinto de muerte. Con respecto a las prescripciones considero que no me gustan. A mi entender, en casos muy particulares, pueden ser aplicadas, siempre que haya un compromiso emocional previo que haga que esa prescripción sea como acompañada por el terapeuta. Se trata de hacer posible que sea un experimento positivo o que la pareja haga eso como experiencia nueva. No como una prescripción, porque entonces el terapeuta asume un rol que desvirtúa el rol que creo que estamos tratando de delinear como fundamental en este tipo de terapias. Es en este punto donde quizás me hubiera gustado poder desarrollar más el tema (con un intercambio con el Dr. Zuk) sobre el rol del terapeuta. El Dr. Zuk desarrolla el concepto de rol del celebrante, que yo comparto en la medida en que creo comprenderlo. En la medida en que puedo comprenderlo el rol de celebrante permite hacer que la pareja pueda hacer experiencias positivas bajo el apoyo terapéutico. Pero es allí donde empiezan algunas dudas de mi parte en el sentido de que ese rol de celebrante sea suficiente para abordar la profundidad de las dificultades de la relación de pareja y las dificultades de cada uno de ellos como individuos. A mi entender, habría que ver si esas personas pueden hacer una pareja realmente. Esto me llevó a pensar que, tal vez, el quedar en un rol de celebrante podría ser insuficiente como aporte de parte del terapeuta.

Dr. Zuk: Es un rol entre tres que el terapeuta utiliza, no es el único.

Dr. García Badaracco: De todas maneras pienso que tiene que ver, lamentablemente me apuro un poco por falta de tiempo, con el hecho de que esta pareja no pudo continuar este tratamiento.

Dr. Zuk: Usted cuestiona si el rol de celebrante hizo que esta pareja se limitara?

Dr. García Badaracco: No, yo no cuestiono el rol de celebrante, creo entender lo que usted dijo queriendo hablar del rol de celebrante.

Dr. Zuk: Ud. piensa si eso fue lo que limitó el intercambio terapéutico.

Dr. García Badaracco: Creo que ese rol, que Ud. tomó, de alguna

manera influyó en el hecho de la interrupción del tratamiento. Eso es lo que propongo. Ese sería el punto que me gustaría discutir. Pienso que la psicoterapia requiere, muchas veces, que el terapeuta pueda evaluar hasta qué punto tiene que hacerse cargo de las dificultades de los pacientes, llámese carga patológica o historia personal, cargada de dificultades, de las personas en juego. ¿Hasta qué punto tiene que hacerse cargo?

Hacerse cargo es un concepto que requeriría un desarrollo más amplio desde el punto de vista técnico.

Dr. García Badaracco: Para dar una idea: un psicoanalista un poco ortodoxo considera que debe interpretar lo que ve a través del material que el paciente trae. Interpretar el significado inconsciente que él puede percibir. Hacerse cargo significa darse cuenta hasta qué punto el paciente es capaz de comprender y elaborar en ese momento, lo que uno comprendió del material. Hacerse cargo significa, en este caso, evaluar y tomar en cuenta la dificultad del paciente para poder utilizar la interpretación.

Dr. Zuk: Una vez que usted hace este tipo de consideración está todavía dentro del terreno psicoanalítico?

Dr. García Badaracco: Yo considero que sí. Es una respuesta que tengo elaborada. Trabajando o intentando trabajar psicoanalíticamente con pacientes con dificultades severas, se llega a la conclusión de que no se puede trabajar de otra manera. Es decir que por ejemplo, en vez de pensar que el paciente ofrece una resistencia que es el concepto freudiano, hay que pensar que tiene una dificultad. Entonces, "el hacerse cargo" es diferente. Finalmente para terminar me gustaría decir algo sobre lo que dijo el Dr. Zuk, de que el psicoanálisis en USA parece estar incorporando la dimensión del estudio del narcisismo para poder abordar estos problemas. Yo creo que es un paso adelante muy grande que eso se esté dando así, si es que se está dando en forma amplia. Creo que durante muchos años no fue así, incorporar cosas que antes no podían incorporar. Ahora que el psicoanalista que trabaja además con terapia familiar con pacientes severos, psicóticos, se ve obligado a revisar las carencias del psicoanálisis ortodoxo frente a estos problemas

para desarrollar aspectos que no están por lo menos suficientemente incluídos en la enseñanza psicoanalítica habitual o en el desarrollo que hizo el psicoanálisis en USA y también en otros países, digamos aspectos muy parciales que no toman en cuenta todo lo que la terapia familiar puede enseñar. Ahora para terminar como consideraciones que surgen un poco de estos aspectos que yo he tratado de desarrollar muy rápidamente sería lo siguiente: yo creo que en esta pareja, para volver a la clínica, que en esta pareja si uno pudiera intentar algún desarrollo más amplio de una terapia, creo que no sería por ejemplo a través de derivar o sugerir a cada uno que se analice individualmente porque pienso que son personas que tendrían mucha dificultad para analizarse individualmente, pero que el proceso terapéutico por el cual tendrían que pasar a través de una terapia familiar sería poder ver dentro de la terapia de pareja aspectos más profundamente —éso yo no lo digo como revisión del trabajo del Dr. Zuk, sino como posibilidad de un desarrollo ulterior, de una terapia más profunda o más amplia, con más tiempo— la terapia de pareja podría ser el lugar, como posibilidad, de una terapia para cada uno de ellos.

Dr. Sicardi: Bueno, yo estoy muy de acuerdo con todo lo que dijo Jorge recién, así que me adscribo. Especialmente a algunos de los puntos que él dijo y que yo dije cuando me refería a que tener en cuenta los aspectos homosexuales no significa necesariamente tener que interpretarlos. En cuanto a lo positivo, pienso que también yo trabajo interpretando, o mostrando los cambios positivos e incluso analizándolos. Estaba pensando especialmente en la segunda entrevista de follow-up. Yo ahí, también hubiera tratado de ver qué pasaba con lo positivo. Por ejemplo, se me ocurrió pensar, que esta mujer hace cuatro fugas del hogar y tiene cuatro chicas. Si no estarán relacionados los embarazos, en el cual aparentemente entran en un clima de sesgo marital y no de cisma marital. Si los embarazos no están produciendo un ritmo en las separaciones y reuniones de esta pareja, es decir, sería una línea a investigar dentro de esta situación positiva aparentemente que se da en la segunda entrevista. Sí, porque es indudable que esta pareja está pasando por un momento en donde se van de vacaciones y lo pasan muy bien con las chicas. Claro, el Dr. Zuk dice que

él prefiere no revolver ahí, que no tiene muchas ganas de decirles cosas, incluso a veces plantea la idea de verse con menos frecuencia. Yo investigaría un poco toda esa situación, que se está dando durante el aparente bienestar de la pareja, no en el sentido de escarbar y buscar cosas negativas, sino entender por ejemplo qué relación puede haber entre las idas y venidas de esta mujer, las fugas y regresos y los embarazos.

Dr. Canevaro: Para terminar, entonces, además de agradecerles mucho, creo que fue un intercambio fructífero. Me hizo surgir un paralelo adentro mío de que la terapia familiar de alguna manera forzosamente debe ser una disciplina científica o una ciencia integradora, así como una familia también es integradora y no es disociadora. Cuando una familia cumple bien sus funciones, ayuda a discriminar a sus miembros, a crecer, a autonomizarse, así como la terapia familiar debe tratar de integrar los distintos modelos teóricos y técnicos para poder discriminar las maneras de abordar las facetas múltiples que nos traen diferentes familias, cada una, única e intransferible. Se me ocurrió que puede ser un buen modelo de comparación cómo hoy cada uno de todos ustedes o cada uno de todos nosotros pudimos de alguna manera hablar integrándonos y a la vez diferenciándonos representando distintas escuelas, distintas maneras de pensamiento, pero con el respeto mutuo de haber aprovechado esta experiencia para el enriquecimiento de cada uno de nosotros y de la disciplina que nos convoca. Muchísimas gracias de nuevo.

“CAMBIO”

FORMACION Y SOLUCION DE LOS PROBLEMAS HUMANOS

PAUL WATZLAWICK - JOHN H. WEAKLAND - RICHARD FISH

(Biblioteca de psicología)

Prefacio de Milton H. Erickson, Barcelona, Berder, 1976

Al escribir este comentario, nos encontramos con un texto cuyos postulados teórico-prácticos, están presentes en la clínica diaria de todo aquél que se ocupa del tratamiento del paciente designado psicótico y su grupo familiar, como así también en toda interacción humana, aunque más no sea como mero efecto de comunicación. Vemos, por otro lado, que la ideología que sustenta dichos postulados, podría convertirlos en obstáculos epistemológicos que atentan contra el progreso del conocimiento, en tanto su divergencia con una teoría (teoría psicoanalítica) que se propone como herramienta de investigación (no contradiciendo esto el objetivo terapéutico).

Para dar algunos elementos más que ayuden a pensar esto último, rescataremos dos citas: una de Francois Perrier (Fundamentos Teóricos de una psicoterapia de la esquizofrenia). “Desde el lugar que ocupamos, el esquizofrénico tiene una historia pero ésta no le pertenece. No es más que la de sus progenitores, de la misma manera que éstos no son más que niños mal estructurados bajo disfra-

ces parentales. Dícese que a veces se cura a un esquizofrénico tratando a su madre y a su padre. Es en efecto la novela familiar de cada uno de sus padres lo que predestina la psicosis que hace del menor de sus hijos el resultado aberrante de una colisión inconsecuente, el éxito biológico de un malentendido”.

La otra cita está tomada de los ejemplos del libro comentado: Trátase aquí de la epicrisis de una intervención sobre un paciente internado a causa de un estado psicótico agudo que presentaba ideas utópicas con respecto a su carrera musical”....En una entrevista celebrada cuatro meses más tarde, afirmó que en lugar de haber iniciado su carrera musical, se había matriculado en un “college” estatal y estaba trabajando para obtener el título en filosofía. Afir-
mó que esto le proporcionaba una base más racional y concreta para estudiar música, Continuaba teniendo alucinaciones, pero ahora no le prestaba atención: para él “no tenían sentido y eran triviales”.

Ambas citas nos ejemplifican distintas maneras de aprehender un fenómeno y sólo desde un óptica integradora, que busque líneas de convergencia, se podrá evitar el peligro arriba mencionado.

Realizar esta tarea excedería el propósito de este comentario. Nos contentaremos, en esta ocasión con dar panorama de las ideas vertidas en este libro, señalando qué nos plantea, y rozando apenas algunos de los problemas mencionados.

Los autores han volcado en la obra los hallazgos efectuados al examinar sus premisas de trabajo, en el centro de psicoterapias breves del Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto.

El texto, introduce al lector, en un juego entre coordenadas regidas por dos teorías pertenecientes al campo lógico - matemático (teorías de los grupos y teoría de los tipos lógicos). Herramientas conceptuales valiosas que permiten ubicar y pensar las distintas posibilidades de cambio o persistencia de un sistema (individuo, familia, sociedad). Así también se propone como un método de estudio de los problemas humanos en general.

El libro contiene numerosos ejemplos tomados de distintos campos, que a la par de hacer amena y clara su lectura, contribuyen a aumentar el valor práctico del mismo.

La obra dividida en tres partes se ocupa de delinear desde una

perspectiva teórico-práctica el problema de la persistencia y del cambio, de puntualizar las causas que impiden el cambio, y de proponer una técnica para promover los mismos.

Para ello echa mano de la teoría de los grupos, que le permite observar la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema, que en sí permanece invariable, utilizando conceptos tales como invariancia, combinalidad, y miembro de identidad; y tomando de la teoría de los tipos lógicos conceptos tales como colección, miembro y clase, Y las siguientes conclusiones: a) Los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones. b) Pasar de un nivel al inmediato superior, supone una variación, modificación de gran importancia teórica ya que proporciona un cambio que conduce fuera del sistema.

Con esto, sientan las bases para ubicar dos niveles de cambio posibles:

El nivel de cambio 1, que se relaciona con modificaciones en los miembros de un sistema, nivel en el cual, mientras más cambios se introducen entre sus miembros, más se perpetúa el sistema, lo que lo lleva a dicho sistema a entraparse en un juego sin fin.

y **el nivel de cambio 2**, concerniente a cambios en cuanto a las reglas que gobiernan su estructura o su orden interno. El cambio 2 resulta introducido en el sistema desde el exterior y por tanto, no es algo familiar o inteligible en términos de las vicisitudes de cambio 1.

Los autores postulan una teoría centrada en la resolución del problema, proponen una psicoterapia limitada al alivio del sufrimiento, no constituyendo misión suya, la de promover la felicidad ni el desarrollo del paciente. Por ello, intentan el enfoque del problema planteándose qué factores contribuyen a la formación de los problemas y su persistencia, es decir, cuál es el factor de invariancia que impide a un sistema, generar dentro de sí mismo las condiciones para un cambio 2.

En algunas situaciones, las distintas “soluciones” que se implementan para combatir un determinado problema pueden incidir aumentando el problema, ya sea utilizando “más de la misma” solución errónea, o introduciendo su contraria.

La aplicación de lo contrario en cibernética (fenómeno de feed

back negativo) es utilizado para que un sistema recupere y mantenga su estabilidad interna. En la teoría de los grupos este proceso homeostático está representado por el miembro de identidad o cambio cero.

Esta forma de solucionar el problema puede ser a veces satisfactoria en tanto compensa la alteración, a la vez que deja inmodificada la estructura, y en otras no, cuando es la propia estructura del sistema la que ha de experimentar cambios.

En otras situaciones, la extrema simplificación o incluso negación del problema contribuye a mantenerlo.

El estudio de Lassègue y Falret sobre la "Folie á Deux", la obra de Lidz sobre transmisión de la irracionalidad, el concepto de pseudomutualidad de Wynne, los conceptos de colusión y de mistificación de Laing, el de dualidad terrible de Schefflen, el de los mitos familiares de Ferreira, citados por los autores, son estudios basados sobre la observación de aspectos particulares de negación de problemas en familias alteradas.

Otra forma de encarar erróneamente una dificultad, es denominada por los autores "Síndrome de utopía", donde el problema está representado por la premisa de que las cosas deben ser de cierto modo, y es esto lo que exige cambio y no el modo como las cosas son.

Así también las paradojas son tratadas como un tercer modo de abordar erróneamente dificultades o cambios necesarios.

El efecto de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana, es la creación de callejones sin salida, establecidos en el intercambio de mensajes estructurados precisamente como paradojas clásicas en la lógica formal. Este punto, así como gran parte de lo expuesto aparece como la continuación y ampliación de lo tratado en un excelente trabajo realizado por el primero de los autores (Teoría de la Comunicación Humana; Watzlawick, Beavin, Jackson), al cual remitimos.

Es en este segundo apartado, donde se torna más patente la dicotomía planteada a lo largo de la obra, entre el modelo propuesto, y las demás escuelas psicoterapéuticas, a las que responsabilizan de "haberse planteado objetivos utópicos y haber convertido a la psicoterapia en un proceso sin fin, quizás humanista, pero con ma-

yor facilidad inhumano por cuanto se refiere al sufrimiento concreto del paciente.

Desde su enfoque, critican las terapias basadas en el desarrollo del insight o comprensión como así también, las que postulan una experiencia de maduración tendientes a permitir o favorecer la desaparición de síntomas.

Así, proponen una terapia cuya técnica consiste en aplicar tácticas de cambio 2 a la "solución" propuesta que impide el cambio. Ello significa, abordar la situación en su "aquí y ahora", aplicando estas técnicas a los efectos y no a las causas y por ello la pregunta que importa es el "¿qué?" y no el "¿por qué?". Se preguntan por qué el pensamiento científico concibe la explicación de las causas, como la condición previa del cambio.

Los autores proponen la reestructuración como la técnica para realizar el cambio 2, entendiendo por reestructuración el cambio del propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación y su reubicación dentro de otra estructura, cambiando así por completo el sentido de la misma.

Desde la teoría de los tipos lógicos podemos conceptualizar lo mismo, diciendo que la reestructuración supone desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra.

El hecho de pertenecer a una clase, por parte de un objeto, se designa como su realidad.

Una vez que se percibe la pertenencia alternativa de un miembro a otra clase no se puede volver tan fácil a la trampa y a la angustia representadas por el previo punto de vista acerca de su realidad.

La reestructuración, parafraseando a Wittgenstein, no llama la atención hacia nada, no da lugar a introspección comprensiva, sino que enseña un juego diferente haciendo así obsoleto el anterior.

Para la aplicación práctica de los principios apuntados anteriormente, aconsejan un procedimiento en cuatro etapas:

- a) Una clara definición del problema.
- b) Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas.
- c) Una clara definición del cambio concreto a realizar.
- d) La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Dentro del último punto la contraparadoja prescripta por el terapeuta adquiere un valor muy importante.

Para concluir, podemos decir, que es una obra que merece ser leída con detenimiento.

Es polémica en tanto conlleva una crítica al aparato conceptual de la teoría psicoanalítica, que habrá que ubicar en el contexto socio-cultural de donde proviene.

Por otro lado la riqueza de situaciones expuestas en los ejemplos, como la rapidez e inteligencia con que son resueltas, provocan, deleite con su lectura, pero habrá que precaverse, del efectismo que irradia, que llega a lindar con lo mágico.

Levy Strauss en su artículo "La eficacia simbólica" nos habla de la particular relación que existe entre el Shamán y su paciente. ". . . El Shamán no toca el cuerpo de la enferma y no le administra remedio; pero, al mismo tiempo pone en discusión en forma directa y explícita el estado patológico y su localización. Diríamos gustosos que el canto constituye una manipulación psicológica del órgano enfermo, y que de esta manipulación se espera la cura".

Nos habla también del proceso de la cura: "La cura consistiría, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar".

. . . "En ello se trata también de suscitar una experiencia y , en la medida en que esta experiencia se organiza, ciertos mecanismos colocados fuera del control del sujeto se regulan espontáneamente para llegar a un funcionamiento ordenado".

Finalmente cada uno deberá hacer su propia síntesis, respondiéndose los interrogantes que seguramente la obra suscita, y plantéandose problemas como el de la demanda en psicoterapia, el proceso y dirección de la cura y la ética en psicoanálisis por nombrar algunos.

Dr. Alberto L. Grünfeld

LA OTRA ESCENA DE LO REAL —
TOPOLOGIA DEL SIGNIFICANTE Y ESPACIOS DEL SUJETO

GUILLERMO MACI

Ediciones Nueva Visión — Buenos Aires — 1979

Esta primera obra sistemática del profesor Maci en el campo del psicoanálisis que la Editorial Nueva Visión ha puesto en circulación es, sin duda, el producto de largos años de laboriosa lectura y meditación sobre la obra de Sigmund Freud y de la particular lectura que de ella realizara Jacques Lacan.

El bagaje de conocimientos que este texto lleva consigo se transparenta a lo largo de un discurso tan denso como rico: a través de la rigurosidad con que el evanescente tema de la psicosis ha sido tratado, en la meticulosa precisión puesta al servicio del esclarecimiento de conceptos e ideas, en la constante búsqueda de una coherencia teórica y conceptual que le permite articular sin sobresaltos ni fracturas visibles sus aportes personales al ya vasto campo del pensamiento psicoanalítico, en este controvertido espacio donde el fenómeno delirante ha podido ser inscripto.

Desde este panorama nuestra reseña —obligada a una urgencia que no hace cabal justicia a la complejidad de los planteos— podrá sólo dar cuenta de una lectura cuyo no magro saldo es la clara conciencia de la necesidad de repetirla.

Podré sin embargo apuntar al lector interesado algunas ideas capitales que el profesor Maci intenta articular en el presente texto.

Para comenzar es imprescindible hacerse cargo de que la realidad con la que el psicoanálisis se enfrenta no es la de los objetos sólidos y contundentes con los que a veces creemos tropezar, es la realidad de la representación que de ellos podemos forjar. Realidad por lo tanto no unívoca, sujeta a los avatares de una historia que no sólo por el hecho de haber sido vivida se supone pueda ser pensada.

Se trata de una realidad entretrejida por las redes del lenguaje. Un lenguaje que hace posible constituir una existencia en el seno de la relación con los otros. Es en esa relación con los otros y con lo real —en el engrama del lenguaje— donde el deseo se inserta. Sólo a través de su reconocimiento podrá el sujeto apropiarse de su verdad que, siendo propia, se le aparece como extraña.

Deberá poder reencontrarla en la insistencia con que ese deseo se obceca en formularla: en el sentido opaco de los síntomas, en la absurda transparencia de un sueño o en la delirante percepción que, desde una realidad enajenada, llama al psicótico sin que éste pueda escucharlo. Porque para ser escuchado el enunciado de esa verdad deberá ser articulado con el deseo inconsciente que impone ahora, no desde la trama de un discurso, sino que, excluido de él, en las manifestaciones que el “pasaje al acto” o la alucinación hacen posibles.

Esta apretada síntesis resume los conceptos introductorios que la reflexión del autor intenta precisar en una trama que permita la propuesta de una “nosografía psicoanalítica”: el sujeto y el objeto, lo real y su representación, el deseo y su destino, la temporalidad y la historia, la repetición y la atemporalidad donde la eternidad y la muerte se aúnan en la omnipotencia de la psicosis.

Allí, fuera de la protección imaginaria que el síntoma ofrece al neurótico, sólo queda como recurso póstumo ante la irrupción desgarrante de la angustia, la vía hacia la fantasía alucinatoria, el “pasaje al acto”, la restitución delirante de un orden que aparece como desafío a otra lógica, la que ordena ese diferente modo de alucinar con “escenario propio”: el modo de los sueños.

La reconstrucción de ese otro orden sólo podrá alcanzarse al

precio de la recuperación del trayecto que el deseo, capturado por una legalidad que constituye las condiciones de su circulación, ha debido recorrer.

Pero esta legalidad no pertenece al orden biológico. Cuando, desde la perspectiva psicoanalítica, se analiza el deseo, no hay dato natural que justifique los avatares de su trayectoria. Es una legalidad que se sostiene en el intercambio simbólico la que constituye las trayectorias posibles de su circulación. Es un orden que puede ser pensado desde la lengua.

Este modo de orden que opera a través del intercambio parental —restringido, generalizado o complejo— supone una interdicción y una norma que la regula y permite superar la idea de que nos encontramos frente a un fenómeno natural; ellas atestiguan el carácter simbólico del intercambio que funda el parentesco.

Citemos *in extenso* un pasaje del texto: “El análisis del parentesco permite reconocer que no hay madre, padre, hijo por naturaleza; el hecho del avunculado lo pone en evidencia. El análisis de la combinatoria parental con sus interdicciones descubre una distribución de funciones entre el padre afectivo y el hermano de la madre, el tío materno. Se demuestra así que no son hechos fortuitos los que fundan el parentesco, sino que esto presupone un sistema de relaciones que asigna a cada cual un lugar y una función definidos en la estructura” (pág. 446).

Es esta estructura la que “prepara y define la vía por la que el sujeto se introduce en la historia a través del deseo”.

He focalizado mi atención en este punto porque si bien muchos son los interrogantes que este libro puede suscitar al pensador psicoanalítico, nuestra mira para la reflexión pasa por las relaciones familiares. Es en este contexto que quisiera marcar algunas coincidencias. Desde hace algunos años y en diferentes trabajos publicados, el Dr. Isidoro Berenstein y quien esta reseña firma, hemos tratado de dar respuestas —desde una teoría psicoanalítico-estructural— a los interrogantes que las relaciones familiares suscitan, respuestas que desde su propia perspectiva pueden también encontrarse en algunas de las afirmaciones del texto del profesor Maci.

En primer lugar que la familia que ante nosotros tenemos en cada sesión y las historias que de sus vidas cuentan, poco tienen

que ver con una familia "real" o con una historia "real", que tanto la familia "real" como la historia "real" se definen como el producto de una representación simbólica: la teoría que las piensa,

En segundo término que en su constitución y desarrollo esa familia y esa historia no pueden ser pensadas desde un modelo evolucionista, desde las legalidades de un orden natural. La legalidad que determina sus relaciones pertenece a otro orden: un orden semiótico, el orden de la cultura.

Que este orden encuentra sus regularidades desde la existencia de una Regla: la interdicción del incesto, regla que organiza los intercambios matrimoniales y define por medio de la estructura elemental de las relaciones familiares el lugar y la función de cada uno de sus miembros. Ese lugar y esa función no pueden ser homologados a la de los protagonistas de las series biológicas ni pueden ser reducidos a los que por medio de un retrato de familia pueden ser representados.

Ese lugar y esa función están determinados desde un sistema formal de oposiciones que enfrenta las relaciones biológicas con las relaciones culturales, las relaciones de consanguinidad con las de alianza y las de filiación con las que, por medio de un representante, se establecen con la familia materna.

Por último, que no es a partir de una teoría del deseo como podremos dar cuenta del modo de orden que hace a la constitución y transformaciones de las relaciones familiares, ya que —y creemos en esto coincidir también con el autor— la legalidad que rige la circulación del deseo se proyecta "más allá del anecdotario al que lo reduce la novela familiar . . . Conciérne a la cultura . . .".

Es desde esta perspectiva que puede sostenerse en el campo de los estudios familiares aquella afirmación de Levi-Strauss, dado que también en este terreno, "las pulsiones y las emociones no explican nada; son siempre resultado . . ." ("El totemismo hoy en día", F. C. E., 1971, pág. 107).

Juan Carlos Nocetti

INFORMACION GENERAL

GREGORY BATESON
1904 - 1980

Durante los primeros días de julio falleció este gran pensador a quien la terapia familiar debe mucho. Fue uno de los inspiradores de la corriente teórico-técnica más renovadora en este ámbito y según la Prof. Mara Selvini Palazzoli (de quien publicaremos una apología sobre Bateson en el próximo número) "pertenece a aquella categoría de genios innovadores para quienes el reconocimiento universal debe esperar largo tiempo". Nació en 1904, hijo de un gran biólogo inglés, William Bateson. Ya a los 22 años publicó un libro sobre genética escrito en colaboración con su padre. Luego se dedicó a la antropología participando en investigaciones etnográficas sobre el campo, que lo llevaron a publicar en 1936 su libro *NAVEN*, estudio innovador sobre una tribu de cazadores de cabezas de Nueva Guinea. A continuación siguió ocupándose como biólogo sobre los problemas de la teoría de la evolución y trabajó como etólogo. Desde 1942 se une a Wiener en los primerísimos desarrollos de la cibernética y la teoría de la información.

Los fundamentos de la Cibernética, reelaborados en una suerte

de epistemología de la comunicación se convierten en el núcleo inspirador de su pensamiento, que se dirige hacia una nueva concepción del mundo y de la ciencia en forma de filosofía de los sistemas. Su prospectiva sistémico-comunicacional le permite dar un giro absolutamente original a las investigaciones que de 1952 a 1962 conduce en Palo Alto con un grupo de colaboradores (Jackson, Weakland, Haley entre otros), sobre los problemas del comportamiento humano y en particular de la esquizofrenia. Estas investigaciones de Palo Alto constituyen la referencia teórica más inmediata de la terapia sistémica. En los últimos años su interés científico se continuó en investigaciones etológicas con delfines (oceanic Institute, Hawaii) y en estudios de ecología.

REFLEXIONES Y COMENTARIOS ACERCA
DE LA VENIDA DEL Dr. GERALD ZUK

(Terceras Jornadas de la Soc. Arg. de Ter. Fliar. - Abril 1980)

La visita del Dr. Gerald Zuk nos ha dejado aportes valiosos, que incluyen desde aspectos teóricos originales con derivaciones técnicas asimismo originales, hasta la necesidad de reformular hipótesis teóricas y esquemas referenciales propios, desde la perspectiva de la confrontación que se fue sucediendo a lo largo de la duración del seminario.

Sumamente positivo me ha parecido su énfasis en la necesidad de evaluar las teorías con que nos manejamos en el complejo campo de las terapias familiares. Esta evaluación debería hacerse desde la doble óptica que implica validar la teoría internamente como en lo referente a su posibilidad de ser confirmada o desconfirmada en la experiencia clínica. Esta necesidad de evaluación y validación teórico-técnica está unida firmemente a la exigencia de que las teorías sean eficaces en cuanto a la mejoría de las familias y personas sometidas a las mismas. Esta demanda de practicidad y resultados es un común denominador con el pensamiento de otros autores y terapeutas que trabajan en los EE.UU. como lo demuestran las

ideas de Haley, Minuchin y el mismo Dr. Zwering, quien estuvo hace poco entre nosotros.

Desde mi punto de vista, aquellos terapeutas con orientación más psicodinámica, no nos hemos preocupado aún suficientemente por encarar estos aspectos de validación teórica desde la teoría psicoanalítica, a la luz de los hallazgos clínicos, al tiempo que hemos descuidado el estudio de la correlación entre las técnicas que aplicamos, los resultados obtenidos, el tiempo necesario para obtener importantes modificaciones en las familias, la duración de estos cambios, etc.

Como el Dr. Zuk se ocupa de aclarar en uno de sus trabajos, su pensamiento teórico se define en pocas premisas definidas, claras y distintas con un doble objetivo. Permite por un lado la confrontación con otros modelos teóricos, y en segundo lugar favorece el aspecto docente, ya que en su sentir es muy importante poder enseñar fácilmente conceptos teóricos y técnicos a gran número de futuros terapeutas de familia que puedan instrumentar sus coocimientos en plazos relativamente breves.

Otro aspecto sobresaliente que nos deja su visita es su disponibilidad y apertura para ofrecer la demostración de su trabajo clínico, a fin de favorecer su discusión detallada. Nos parece éste un modelo científico altamente deseable en una comunidad científica como la nuestra en la cual es a veces muy difícil tener una percepción real del trabajo de los terapeutas de familia y asimismo del tipo de resultados obtenidos con tal o cual enfoque técnico. El Dr. Zuk se mostró en este sentido sumamente astuto y honesto en cuanto a los cambios obtenibles en los sistemas familiares en una actitud que podemos definir como la del investigador consciente de las dificultades con las que se enfrenta en el campo.

Desde el punto de vista técnico las definiciones y demostración de los roles de celebrante, el que toma partido (side-taker) intermedio aparecen como aportes útiles al arsenal terapéutico del terapeuta familiar siempre enfrentado a situaciones disímiles y complejas.

Los sistemas de valores continuos y discontinuos que el Dr. Zuk plantea facilitan la lectura y la operación sobre la estructura familiar desde una perspectiva sistémica.

La confrontación y exposición a lo largo del seminario, de los conceptos y enfoques hasta aquí expuestos se hicieron en un clima emocional por momentos tenso al intentarse por parte de la audiencia aproximaciones desde la teoría psicoanalítica que el Dr. Zuk descalificó por no significativa desde su interés y enfoque conceptual al mismo tiempo que inverificables desde el material clínico. No obstante creemos interesante señalar las diferenciaciones entre esquemas y modalidades teóricas encontrados en la confrontación directa con el enfoque sistemático centrado en el concepto de intermediación y manejo del poder terapéutico por parte del terapeuta que el Dr. Zuk propugna. Nos pareció que se dejaban de lado las características individuales de las personas implicadas en la vida familiar que quedaban como "recortadas" por un enfoque que aislaba otras situaciones vitales importantes además de aquellas en la que se centra la intermediación.

Al mismo tiempo, y en desacuerdo con la opinión del Dr. Zuk no nos sentimos inclinados a dejar de lado enfoques psicopatológicos individuales, que adecuadamente valorados, permiten operaciones terapéuticas específicas de acuerdo con predominancias conductuales propias de cada cuadro nosográfico, aunque aceptando por supuesto la extrema flexibilidad de éstos, sometidos a psicoterapias y sin pretender "fijar" a estos pacientes a ciertas "etiquetas".

Como puntos específicos de diferenciación teóricos respecto de un enfoque psicoanalítico no encontraríamos en un sistema teórico como el propugnado una necesidad abarcativa para la comprensión de la conducta humana en general, así como el requerimiento científico que hacemos desde el psicoanálisis de que las teorías den cuenta de todos los observables.

De este modo se recortan de la realidad clínica una cantidad de hechos o situaciones que son descartados al pensarse que no son relevantes a los fines terapéuticos, limitados desde el comienzo por una definición taxativa donde lo terapéutico es sólo resolución del síntoma o del conflicto namificado, este último resolubles en función del rol de los protagonistas o intervinientes.

Desde un enfoque terapéutico ubicable dentro de ciertas conceptualizaciones psicoanalíticas necesariamente una lectura de ese

tipo provoca una sensación de frustración y de pérdida de riqueza, tanto en lo referente a la operación clínica en sí misma ya que no puede tomar en cuenta la importante dinámica de aspectos interrelacionados entre sí, como el rol del terapeuta en lo que hace a los aspectos transferenciales - contratransferenciales, la discusión del tratamiento en función del tipo de cambios esperados, ya que estos deberán ser del sistema, más que de los individuos, optimismo y esperanza acerca de los distintos tipos de logros, diferentes maniobras terapéuticas que pueden variar desde la interpretación hasta la dramatización, etc.

Desde el punto de vista teórico, trabajar psicoanalíticamente con familias implica la necesidad de engarzar un teoría del psiquismo que da cuenta tanto del devenir del mismo en cuanto a su génesis, como de la dinámica interna del síntoma y del conflicto, con lo que sabemos acerca del funcionamiento de la familia como estructura compleja, mutitidinaria, definible también como sistema.

La necesidad de confrontación teórica - clínica más desarrollada se vio frustrada asimismo por el poco tiempo disponible para ese proceso. La vista del Dr. Zuk resultó no obstante estimulante y productiva tanto desde los aportes concretos presentados como desde el estímulo que significó para la puesta a punto y búsqueda de precisión en nuestras propias exposiciones y resultados.

Lic. Eduardo Mandelbaum

**PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN TERAPIA FAMILIAR
DEL INSTITUTO DE LA FAMILIA DE MEXICO**

El Instituto de la Familia es una organización privada sin fines de lucro que se dedica a la docencia y a la investigación en Terapia Familiar. Está compuesto por unos 15 miembros titulares y alrededor de 10 miembros asociados. Uno de sus fundadores, el Dr. RAIMUNDO MACIAS, explicó para nuestra revista, el funcionamiento del programa que dirige.

La formación abarca 4 semestres. No se requiere terapia familiar didáctica a los alumnos porque no consideran posible exigirla, sino experiencia terapéutica didáctica y participación en todos los roles en los Laboratorios de Autoimagen, donde se simulan familias de las que los alumnos forman parte alternativamente. Dos días por semana, con la participación del Jefe del Servicio donde se desarrolla el programa y del docente del Instituto de la Familia, tienen lugar las siguientes actividades:

1er. día: *Seminario Clínico*: con evaluación de familias (entrevistas diagnósticas).

Seminario Clínico con casos de control: seguimiento

de la evolución de tratamientos familiares.

2do. día: **Seminario Teórico;**

Seminario Técnico;

Laboratorio de Autoimagen: donde se recrean situaciones familiares mediante el roleplaying de los alumnos y luego se analizan los videos.

Además se realizan privadamente **Supervisiones de casos** con miembros del Instituto de la Familia en grupos de 4 alumnos con una duración de dos horas, permitiendo la presentación de otros tantos casos. Cada alumno tiene así la oportunidad de supervisar sus casos dos veces al mes.

Los alumnos rotan para su formación en Terapia Familiar por los tres Institutos Nacionales que abarca el programa. Debido a que éste dura cuatro semestres, repiten su rotación en uno de los servicios. Esos institutos son:

- a) el **Hospital Infantil**, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.);
- b) el **Hospital de Pediatría**, dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.);
- c) el **Instituto Nacional de Pediatría**, dependiente del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) que fue producto de la fusión que realizara la Sra. de López Portillo, esposa del actual presidente de ese país, del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (IMPI) y del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN). En cada Estado se crean similares de los que se ocupan las esposas de los gobernadores.

Esta revista tuvo oportunidad de conocer y hacer conocer esta labor por amabilidad del Dr. MACIAS, que nos invitó a visitar el Servicio de Adolescentes del Instituto Nacional de Pediatría, donde pudimos apreciar la existencia de una buena infraestructura hospitalaria (con modernos consultorios provistos de espejo unidireccional, sala de reuniones, equipo de videotape, etc.) y un buen funcionamiento de equipo al que se integran también los auxiliares del servicio.

Pudimos observar con el equipo una entrevista familiar de evaluación y una sesión de casos de control de un tratamiento familiar que llevaba de 12 a 13 meses de duración con seguimiento cada 15 días. Percibimos un criterio amplio y ecléctico en cuanto a la formación integrando principalmente psicopatología psicoanalítica y teoría de la comunicación. Pudimos notar la influencia de la cercana escuela americana, cuyos representantes más notables suelen dictar cursos y realizar supervisiones en México.

Stella Maris Molina

**CRONICA DE LAS ACTIVIDADES
DEL CENTRO DE ESTUDIO DE TERAPIA FAMILIAR
DE ROSARIO DE SANTA FE**

Como corolario de la preocupación permanente acerca de cómo concebir la enfermedad mental y las posibilidades de acceso terapéutico, surge, en algunos, como alternativa valedera, la noción sistémica del "todo" y su manifestación teórico-técnico-práctico: la terapia familiar.

Si bien, como es perfectamente conocido, esta concepción ha venido desarrollándose internacionalmente en los últimos treinta años y, en nuestro país, es mérito de algunos el haber sido pioneros en este campo, el Centro de Estudio de Terapia Familiar (C.E.-TE.FA.) es, en concreto, el resultado del esfuerzo por brindar, en nuestro medio, coherentemente, no sólo la concepción teórica, sino, y fundamentalmente, la posibilidad paralela de un acceso intensivo y sistemático a la práctica de la Terapia Familiar.

Todo esto en lo que atañe a la labor docente de la institución.

Porque, en efecto, el C.E.TE.FA., que funciona bajo la dirección del Dr. Fidel Lebensohn y la colaboración de la Dra. Elena K. de Lebensohn y el Dr. Rubén L. Makinistian, contempla un área

docente que abarca: 1) un curso estable de formación de terapeutas de familia, de tres años de duración, que dio comienzo en el mes de noviembre del año próximo pasado, con alumnos de diferentes extracciones (médicos psiquiatras, psicólogos, médicos pediatras, asistentes sociales y pedagogos) y 2) actividades varias tales como seminarios de introducción al tema, conferencias especiales y work-shops.

En abril de este año, el C.E.TE.PA. invitó a Rosario al Dr. Gerald Zuk, quién se hizo cargo de un work-shop de dos días de duración y, próximamente, ha de desarrollarse un segundo work-shop, en junio, a cargo del Dr. Israel Zwerling y la Dra. Ilda Fisher, también de dos días de trabajo. Esto, para posibilitar a los alumnos y otros profesionales de la ciudad el enriquecedor contacto con reconocidos profesionales del extranjero.

Y, a partir de julio de este mismo año, se ha planificado la presentación de seminarios clínicos mensuales de introducción y difusión del tema.

Respecto del curso de formación, se ha contemplado la evolución integrada de los tres aspectos que se consideran imprescindibles para la formación del terapeuta familiar:

- a) Teoría
- b) Técnica
- c) Estilo terapéutico

En lo que atañe a la *teoría*, se estudia, especialmente, Teoría de Sistemas y Teoría de la Comunicación aplicada a la patología de la comunicación. Aunque, no se descartan aspectos tomados de la Antropología, Psicología Social y Cibernética, en un intento de reflexión pluridisciplinaria orientado a elucidar el "para qué" de las conductas dentro del contexto familiar.

En lo que atañe a la *técnica*, se enseñan diferentes abordajes terapéuticos pero, siempre, guiados por la idea de la necesidad del "hacer y pensar" simultáneos y no por aquello de aprender a "pensar" para luego comenzará a "hacer".

En lo que atañe al *estilo terapéutico*, se estimula al estilo espontáneo del estudiante en su labor terapéutica. O sea, se propone al desarrollo de su modalidad personal y a la superación de la problemática familiar en la que pudiera estar inmerso para que su "hacer"

terapia familiar resulte una experiencia modificante y, su presencia, auténtica y comprometida.

Este ciclo de estudios tiene una duración de 311 horas, distribuidas en tres años, a razón de 110 para el primero, 105 para el segundo y 116 para el tercero.

Para primer año se planificó, y así se está llevando a cabo, un trabajo semanal de dos horas y dos week-ends a lo largo de 11 meses.

En segundo año se planificó trabajar dos horas semanales y tres week-ends de 11 horas cada uno, a lo largo de nueve meses. Y, para tercer año, en vez de tres, cuatro week-ends, además de las dos horas semanales de clase.

El aspecto teórico se cubre mediante clases con reelaboración grupal y el aspecto técnico se cubre mediante dramatizaciones, presentación de casos y supervisiones clínicas, empleándose para ello medios tales como el video y las grabaciones, sin que se descarte la posibilidad del trabajo con familias en vivo.

Para noviembre de este año se proyecta el comienzo, nuevamente, del primer año de este ciclo.

INSTITUTO DE TERAPIA FAMILIAR DE ROMA, ITALIA CURSOS DE VERANO PARA TERAPEUTAS DE FAMILIAS EXTRANJEROS

Práctica en terapia familiar desde el 1.º al 30 de junio de 1981, la cual abarcará 4 semanas, 4 días por semana.

Objetivo

Permitir a los terapeutas de familia extranjeros adquirir experiencia en nuestro modelo de terapia, supervisión y entrenamiento.

Organización

Los Dres. M. Andolfi y P. Menghi conducirán el curso en inglés y los Dres. Saccu y Nicoló en francés en grupos de 6 a 8 personas.

Actividades

Las actividades subrayarán los aspectos teóricos y técnicos más sobresalientes de los modelos de terapia y supervisión desarrollados en el instituto. Se incluirá además trabajo clínico, participación en grupos de entrenamiento, observación de supervisión directa, seminarios teóricos, estudio de videotapes clínicos, supervisión indirecta, simulaciones, enseñanza relacionada con la dirección de grupos de entrenamiento, un workshop de 2 días de duración.

Requisitos Previos

Un mínimo de 2 años de entrenamiento en terapia familiar y experiencia clínica como terapeuta de familia.

Costo

1.000 U\$S, incluye derechos a actividades educacionales, gastos de traducción, el uso de materiales educativos y científicos proporcionados por el instituto.

Solicitudes

Pueden enviarse hasta el 31 de enero de 1981 a:

DR. MAURIZIO ANDOLFI
INSTITUTO DI TERAPIA FAMILIARE
VIA RENO 30 - 00198 ROMA, ITALIA

Se ruega enviar un *curriculum vitae* con su solicitud indicando las actividades profesionales, calificaciones, lugar y tipo de trabajo.

DIALOGOS

Entrevista: Dra. Mara Selvini Palazzoli con el Cr. Canevaro

Milán — Enero 1980

C.— Doctora Selvini, quisiera saber como llegó Ud. a la terapia familiar.

S.P.— Es una larga historia . . . Mi vida siempre se caracterizó por cambios imprevistos de ruta. Después de recibirme de médica en la facultad de Milán, no tenía ninguna intención de dedicarme a la psiquiatría. Estaba ya terminando la especialización en Medicina Interna en la Clínica Universitaria de Milán cuando encontré los primeros casos de pacientes anoréxicos. Estos eran internados en las secciones de Medicina Interna con diagnósticos de insuficiencia hipofisiaria. Pero me dí cuenta en seguida a través de sus comportamientos (como el mentir, esconder comida, etc.) que se trataba de fenómenos psíquicos. ¿Porqué no comían? Fué entonces, en la esperanza de contestar a esta fascinante pregunta, que decidí ser psiquiatra y psicoanalista. No teniendo mucha confianza en la escuela psicoanalítica de Milán, elegí como maestro al Prof. Gaetano Benedetti de Basilea (Suiza) que es de origen siciliano. Con él hice el training psicoanalítico y escribí numerosos artículos y un libro

sobre casos de anorexia mental que había tenido en tratamiento. Con el Prof. Benedetti había empezado en el 1950. Mi primer libro —La Anorexia Mental— se publicó en Milán en el año 1963.

C.— Siempre psicoanálisis individual . . .

S. P.— Sí, individual. Hasta el año 1967. Pero mi crisis como psicoanalista se había manifestado en los años 1964/1965, cuando empecé a leer los trabajos de la escuela de Palo Alto y también las búsquedas de Lyman Wynne y Thaler Singer que estudiaban minuciosamente los disturbios de la comunicación en las familias con pacientes esquizofrénicos. Me convencían cada vez más de que el psicoanálisis era inadecuado como instrumento terapéutico, y además socialmente privilegiado. Sin embargo, a mi modo de ver, es bueno que se me haya considerado una buena psicoanalista y haber podido demostrar a través de mis escritos, conocer a fondo el psicoanálisis. Es bueno, en cuanto los terapeutas de familia son a menudo acusados de ser tales por haber fracasado como psicoanalistas y por no haber estudiado y comprendido suficientemente el pensamiento psicoanalítico.

Otro prejuicio muy difundido es que la terapia familiar es una terapia superficial con respecto a la terapia profunda, que es la psicoanalítica.

Este prejuicio puede ser fácilmente contradicho por nuestros follow-up. Yo pude rever muchos casos de pacientes anoréxicos curados en terapia familiar en el curso de pocas sesiones. Volví a ver ex pacientes a 6/7 años de terminada la terapia familiar. Bien, ellos presentan una evolución psico-social muy superior a la de los pacientes tratados con psicoanálisis individual. Estos últimos mantienen casi siempre una cierta obsesión por el peso, que yo denominé *peso mágico*, que de ninguna manera debe ser superado, y mantienen además muchas notas neuróticas. Con la terapia familiar, por lo contrario, que consiste esencialmente en la ruptura de un juego encarcelador y repetitivo, su desarrollo va en continuo ascenso.

Volviendo a mi historia, fue entonces en 1967 que resolví un nuevo cambio de ruta. Dejé de practicar el psicoanálisis individual para convertirme en terapeuta de familia. Fundé en Milán el Centro para el estudio de la familia y mi primer "équipe". Pero encon-

tre la grandísima dificultad de la elección del modelo conceptual. Desde 1967 a 1971 seguimos trabajando con un método en el cual predominaba nuestra formación psicoanalítica. Tuvimos muchos fracasos.

C. ¿Con las familias? . . . ¿Quiere decir que Ud. no pudo aplicar la teoría psicoanalítica a la terapia familiar?

S. P.— Precisamente. Fue un fracaso tras otro, tanto con parejas como con familias. En 1971 dije “Basta. Tenemos que adoptar la teoría general de los sistemas y la cibernética, y mantenernos a cualquier precio coherentes con el modelo preelegido”. Fue un período dramático; en el “equipo” hubo luchas que perturbaban ulteriormente nuestro trabajo con las familias. Finalmente, después de innumerables frustraciones y sufrimientos para todos nosotros, en 1972 disolví el primer equipo y formé el equipo actual, con los Dres. Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchín y Giuliana Prata. Nos habíamos unido con la decisión de aplicar rigurosamente el modelo sistémico. Pero fué muy difícil. Es realmente un enorme esfuerzo liberarse de los propios condicionamientos mentales para adquirir el modo de pensar sistémico. En 1972 y en 1973 llamamos al Dr. Paul Watzlawick para exponerle las dificultades de nuestro trabajo. Le estamos muy agradecidos porque nos ayudó y alentó mucho. En 1973 nos dijo que no lo necesitábamos más y que teníamos que seguir por nuestro camino, continuando la búsqueda de modos originales de intervención. Fue en esa época que empezamos a elegir los “rituales familiares” y las intervenciones sistémicas paradójales. Además del tratamiento de numerosas familias con pacientes anoréxicos, empezamos también el tratamiento de familias con pacientes esquizofrénicos agudos, niños y adolescentes. Establecimos también una disciplina de trabajo muy precisa. Tratábamos cuatro familias por semana, con un trabajo part-time, desde el lunes hasta el miércoles. Durante los otros días de la semana mis colaboradores tenían que trabajar como profesionales para ganarse el pan cotidiano.

Nuestro Centro, en efecto, es y será independiente y privado, para mantenerse libre de cualquier presión de tipo administrativo y político. Esta libertad nos permitió también no poner límites de tiempo a nuestras discusiones o a la revisión de tapes para la búsqueda

de errores. Esto último es un instrumento fundamental para progresar.

Otra contribución original nuestra fue el largo intervalo de tiempo (por lo menos un mes) que hemos decidido interponer entre una sesión y la otra. Este intervalo tiene una base precisa en la teoría sistémica: se necesita un lapso de tiempo bastante largo para que un sistema como la familia pueda elaborar un “input” terapéutico desarrollando cambios observables. Más recientemente, precisamente después de la publicación del volumen “Paradosso e Controparadosso” (1975), hemos disminuido nuestro esfuerzo de búsqueda centrado en las intervenciones para dedicarnos mayormente a refinar métodos apropiados de conducción de la sesión para obtener de las familias el máximo de informaciones útiles. Tales métodos están inspirados en la nueva epistemología propuesta en las ciencias humanas por Gregory Bateson, que es, a mi juicio, el mayor maestro en este modo de pensar radicalmente innovador.

Hemos publicado los resultados de esta nuestra más reciente búsqueda en un artículo que será publicado en la Revista *Family Process* (Título: Hypothesisation, Circularity, Neutrality; Three guidelines for the conduction of the session).

C. —¿Qué puede decirme ahora sobre su pasado de psicoanalista? ¿Cómo lo ve? Lo considera útil, inútil o dañino?

S.P. —Considero que fue útil, porque me acostumbró a no tenerle miedo a los pacientes, a estar siempre muy atenta a lo que está sucediendo en la relación conmigo, a conocer bien mis contradicciones, a relacionar siempre cuanto sucede en la sesión con lo que pasó en la sesión anterior, a buscar siempre mis errores en lugar de culpar del fracaso a la resistencia de las familias.

Mas es también cierto que el modo de pensar psicoanalítico volvió muy difícil la adquisición y la aplicación del método sistémico. La tentación de interpretar, de ser de alguna manera didácticos, es siempre fuerte. Pero estoy cada vez más convencida que hay que inducir las familias “a hacer” antes que “a entender”. El “insight” en sí, no sirve de nada, en todo caso puede ser útil después de una experiencia reveladora.

Entre el modelo psicoanalítico y el sistémico hay un enorme

salto conceptual. No puedo ahora prolongarme. Mas para mí la diferencia fundamental es la siguiente: el psicoanálisis estudia la relación en la díada mientras que el modelo sistémico empieza, como mínimo, en la tríada. Estudia la complejidad de una organización relacional que involucra *simultáneamente* varias personas. En esta organización relacional cada comunicación, aunque aparentemente intercambiada entre dos interlocutores, involucra significados diversos para todos los miembros de un grupo natural, en nuestro caso la familia, y es una comunicación directa del juego familiar.

C. —¿Qué piensa Ud. de la reciente expansión de la terapia familiar, del movimiento europeo de la terapia familiar?

S. P. El movimiento de la terapia familiar nació en los Estados Unidos en los años '50. En Europa en ese entonces no existía prácticamente nada. En USA, hubo grandes pioneros, Ackerman por ejemplo. Pero Ackerman era un terapeuta carismático que sin embargo no tenía una base conceptual precisa. Para mí, el principio de una conceptualización original y precisa nació en Palo Alto, con el equipo dirigido por Gregory Bateson. La gran idea de Bateson surgió de su interés por la cibernética en su encuentro con Wiener. ¿Y cual fue esta idea compartida también por sus valiosísimos colaboradores, desde Jay Haley a Don Jackson? En palabras simples, fue la siguiente: una familia disfuncional es una familia que puede ser parangonada a una calculadora electrónica rígidamente programada que repite y repite mecánicamente el mismo procedimiento. Si un terapeuta consigue entender cuál es el problema que vuelve disfuncional a esa familia o consiguiera encontrar el modo de cambiarlo, la familia inevitablemente cambiará, saliendo de los cepos que la ataban al juego repetitivo, pudiendo así evolucionar.

C. —¿Tenemos todavía un par de minutos? ¿Qué piensa Usted del movimiento actual de la terapia familiar?

S. P. —Pienso que, en sí, es el signo de una gran transformación, de un progreso cultural y social. Pero al mismo tiempo también veo un serio peligro paradójicamente ligado a su misma expansión. El peligro de que se convierta en una moda que atrae profesiona-

les sin curiosidad científica, sin un auténtico espíritu de investigación, en la ilusión de que sea algo fácil, más rápido y fácil que convertirse en psicoanalistas. Sin embargo es difícil, extremadamente difícil. Se necesitan años y años de duro aprendizaje y experiencia, relacionados siempre con el trabajo de investigación y de control riguroso de los casos tratados. Si se considera la terapia familiar como algo ya listo, terminado, de lo cual se debe solamente aprender la aplicación, se arriesga llegar al descrédito completo.

C. —¿Qué se podría hacer para impedirlo?

S. P. —Cada uno de nosotros es ciertamente impotente frente a los grandes fenómenos sistémicos. No se trata solamente de moda, sino también de frustración terapéutica, y de problemas económicos.

En lo que a mí se refiere, modestamente, pienso que el único medio que tengo es aquél de continuar investigando, inventando nuevos instrumentos para mejorar nuestro trabajo, no perdiendo ocasión de subrayar la extrema complejidad del tema y también los frecuentes errores que cometemos.

Quiero concluir con una anécdota. Mis compañeros de equipo que desde hace 3 años se ocupan del training, me dijeron un día: "se nos presentan numerosos candidatos que tienen enormes dificultades para pensar de una manera sistémica . . . Y no entienden que esto no es un taller para las reparaciones de una familia, sino una escuela que encara un nuevo modo de pensar. ¿qué te parece si inauguráramos un curso para descorazonar el aprendizaje de la profesión de terapeuta de familia? . . ."

C. —Doctora, le agradezco mucho. Ha sido Ud. muy amable.

S. P. —Yo le agradezco a Ud. esta simpática entrevista.

**FILADELFIA – USA
CURSO DE TERAPIA FAMILIAR
EN HABLA HISPANA**

–del 1º al 15 DE FEBRERO DE 1981–
LUNES A VIERNES DE 9 a 12 hs – 14 a 17 hs.

COORDINADORES:
Dr. ISRAEL ZWERLING – Dra. ILDA FICHER

CON LA PARTICIPACION ADEMÁS DE:
**JAMES FRAMO – IVAN BOSZORMENYI-NAGY – FED DUHL
JORGE COLAPINTO – BRAULIO MONTALVO**

**CLASES TEORICAS, SEMINARIOS,
ENTREVISTAS FAMILIARES "IN VIVO"
Y DISCUSION CLINICA DE VIDEO TAPES DE
SALVADOR MINUCHIN – MURRAY BOWEN
CARL WITHAKER – IVAN BOSZORMENYI-NAGY
JAMES FRAMO**

**ARANCELES DEL CURSOS: U\$S 250 por semana (no incluye
alojamiento)**

**INCRIPCION e INFORMES: Mandar Curriculum vitae básico
hasta el 31-12-1980 a:**

**Prof. ISRAEL ZWERLING
Department of Mental Health Sciences
Hahnemann College
U.S.A. 230 - Broad ST. - Philadelphia 19102**

AMERICAN ASSOCIATION FOR
MARRIAGE AND FAMILY THERAPY



**38th
Annual
AND 1st INTERNATIONAL
Conference**

Sheraton Centre
Toronto
November 6-9, 1980

"The Family and Health Care Delivery"

The AAMFT 1980 Annual Conference will present plenary sessions, institutes, workshops, papers and symposia by internationally recognized leaders in the field of marital and family therapy and health care delivery.

Featured Topics of the conference include:

- The Family and Health Maintenance
- The Family as a Source of Health Care Problems
- Training of Family-Oriented Health Care Providers
- The Family and the Aged
- Treatment of the Family
- Marital Treatment
- The Family and Chronic Mental Illness
- Systems Theory and the Family

The Conference will also feature:

- Exhibits and presentations from every major family therapy association throughout the world
- Journal Editors from throughout the world

For further information contact: AAMFT
924 W Ninth Street Upland CA 91786 USA

**SERVICIO DE PSICOPATOLOGIA
DEL "HOSPITAL ITALIANO"**

Integrado al Dto. de Medicina

Guardia médica psiquiátrica activa permanente: de un médico de planta y un médico residente

- **Consultorio Externo:** Sectores de Adolescentes, Adultos y Personas de Edad.
- **Internación:** Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Recreación, Integración Corporal.
- **Hospital de Día:** Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Recreación, Integración Corporal, Psicodrama.

Jefa int.: Prof. Dra. Lía Ricón de Tenconi

Gascón 450

Tel. 811 - 4149

1968 - 1979

**CLINICA PSIQUIATRICA
(Comunidad Terapéutica)**

**DIRECCION MEDICA Prof. Dr. Jorge E. García Badaracco
Dr. Norberto J. Proverbio
Dr. Alfredo A. Canevaro**

Pone a disposición de los colegas una larga trayectoria de experiencia institucional privada en los trastornos psíquicos graves que requieran internación total o parcial, incluyendo los más modernos recursos terapéuticos, desde los recientes avances de la investigación biológica hasta la experiencia clínica psicoterapéutica individual, grupal, familiar e institucional.

**O'Higgins 2328/48
1428 - CAPITAL FEDERAL**

**Radiollamada Código 9807
Teléfonos: 781 - 1306/0557/7825
31 - 0056/59 y 32 - 6383/87**

CENTRO
de

Docencia
Investigación y
Asistencia
Psicológica

Directores:

**Dr. Roberto P. Montanelli
Dr. Carlos N. Díaz Usandivaras**

**PSICOPATOLOGIA DE ADULTOS
PSICOPATOLOGIA INFANTO JUVENIL
PISCOPEGADOGIA Y CLINICA DEL APRENDIZAJE
PSICOTERAPIA DEL GRUPO FAMILIAR
DOCENCIA - INVESTIGACION**

ACASSUSO 907 - SAN ISIDRO - T.E. 743-8645 - Bs. AS.

**CLINICA
GRADIVA**



COORDINADORES:

**Dr. MIGUEL A. BIANUCCI
Dr. JUAN A. YARIA**

- **TRATAMIENTO PSIQUIATRICO INTEGRAL**
- **INTERNACION**
- **CLINICA DE DIA**
- **CONSULTORIOS EXTERNOS**
- **URGENCIAS DOMICILIARIAS**

Rivadavia 5840 Capital T.E.: 631-7581/632-5565

Radiomensaje: 46-5329/3701 • 45-9392/9549 • Código 4777

PRIMER CONGRESO ARGENTINO DE PSICOLOGIA
Y PSICOTERAPIA DE GRUPO

13 al 16 DE MAYO DE 1981 — PLAZA HOTEL — BUENOS AIRES

Organizado por:
ASOCIACION ARGENTINA DE PSICOLOGIA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO
Secretaría: Sarmiento 1562 - 4º "E" — 1042 Buenos Aires

* * * * *

COMITE ORGANIZADOR

Presidente
Dr. CARLOS ELINGER

Vice-Presidente
Dr. ALEJANDRO GALLO

Secretaría General
Lic. MIGNON ROUSSEAU
Lic. MARINA R. DE SELVATICI

Secretaría Científica
Prof. IDA BUTELMAN
Lic. JUANA G. DE KAUFMAN
Lic. RENEE SHIKLER

Secretaría de Prensa
y Relaciones Institucionales
LITA F. B. DE BRAUN

Secretaría de Finanzas
Dr. EMILIO FRANCHI
Lic. LUIS KARPF

* * * * *

PROGRAMA CIENTIFICO

Miércoles 13 de Mayo
09.30 a 18.00 hs.: Entrega de Documentación
19.00 a 20.00 hs.: Acto inaugural
20.00 a 21.30 hs.: Cocktail de Apertura

Jueves 14 de Mayo
09.00 a 09.30 hs.: Relato Oficial: "El Grupo Instrumento de conocimiento y desarrollo", a cargo de la A.A.P.P.G.

09.30 a 10.00 hs.: Intervalo
10.00 a 12.30 hs.: Trabajo en pequeños grupos sobre el tema del Relato Oficial.

Sábado 16 de Mayo
14.30 a 17.00 hs.: Síntesis Plenaria
Entrega del Premio, 1er. Congreso Argentino de Psicología y Psicoterapia de Grupo".
21.00 hs.: Cena de clausura.

JUEVES 14 DE MAYO: 14.30 a 18.00 Hs.

VIERNES 15 DE MAYO:
09.00 a 12.30 Hs. - 14.30 a 12.30 Hs.

SABADO 16 DE MAYO: 09.00 a 12.30 Hs.

- a) **Workshops:**
Grupos de trabajo sobre temas prefijados y coordinados por especialistas en la materia. Su metodología dependerá de la temática y la coordinación. Centrados en el intercambio. Funcionarán con un máximo de 25 personas.
- b) **Seminarios:**
Exposición temática a cargo de un especialista. La información recibida se trabajará en una discusión posterior. Centrados en la información. Máximo 25 personas.
- c) **Simposios:**
Presentación de un tema por un grupo de panelistas. El coordinador del simposio ordena la discusión.
- d) **Laboratorios:**
Pequeños grupos de una jornada entera de duración. Centrados en la experiencia vivencial.
- e) **Proyecciones:**
Durante el Congreso se proyectará video-tapes y films científicos, los que serán posteriormente discutidos por paneles especializados.
- f) **Representación teatral:**
Un elenco profesional representará una secuencia de una obra teatral que será luego analizada para el estudio de la dinámica grupal.

CONCURSO ANUAL DE TRABAJOS
SOBRE TERAPIA FAMILIAR

— 1981 —

La Revista TERAPIA FAMILIAR instituyó un CONCURSO de trabajos teóricos, clínicos o de investigación que signifiquen un aporte relevante al desarrollo del conocimiento y de la práctica de nuestra disciplina.

Recordamos que las condiciones son las siguientes:

— El concurso se realizará anualmente a partir de 1980.

— Los trabajos podrán ser presentados individual o grupalmente, pudiendo tratarse de terapeutas familiares o de equipos interdisciplinarios residentes en el país.

— El jurado estará compuesto por 6 (seis) personalidades reconocidas en nuestra disciplina y será designado por los responsables de la Revista Terapia Familiar. En caso de empate se requerirá el voto del Director de la Revista.

— El premio consistirá en un diploma y la publicación del trabajo en la Revista TERAPIA FAMILIAR: en el segundo número de cada año. Podrá ser compartido o declarado desierto. El jurado podrá otorgar menciones a otros trabajos que serían eventualmente publicados.

— Los trabajos, que deberán ser inéditos, serán presentados en 7 (siete) copias escritas a máquina, a doble espacio, tamaño carta con un resumen final de 1/2 página en castellano e inglés. Serán firmados con un seudónimo; que figurará conteniendo en su interior el nombre y domicilio del o los autores.

— La recepción de los trabajos quedará a cargo de los responsables de la Revista TERAPIA FAMILIAR. La recepción de los trabajos se hará hasta el 31 de Mayo de 1981 inclusive, por lo que el trabajo premiado y las menciones que hubiese resuelto el jurado serán publicados en el segundo número de la Revista de ese mismo año.

NOTA: El trabajo premiado en 1980 será publicado en el N° 6 (próximo número).

**Indicaciones sobre los trabajos que se envíen
como colaboraciones**

Aquellos trabajos originales o comunicaciones sobre Congresos, conferencias y seminarios que traten el tema específico de la terapia familiar, deben ser enviados a:

Alfredo A. Canevaro, Gorostiaga 1731 - Cap. Federal (1426) - Rep. Argentina.

Las colaboraciones deberán ser originales y en tres (3) copias mecanografiadas a doble espacio, con un resumen final en castellano e inglés. La propiedad literaria de los artículos enviados pertenece a la revista y ésta se reserva todos los derechos de reproducción y publicación

FICHA DE SUSCRIPCION

Sres. de Terapia Familiar:

Solicito ser suscripto por el término de un año a vuestra revista para lo que acompaño los siguientes datos:

Nombre y Apellido

Dirección

Código Postal Localidad

Profesión

Adjunto Cheque o Giro a nombre de: Editorial ACE S.R.L., No a la orden, por pesos

Gorostiaga 1731, Capital Federal (1426), R. Argentina

PRECIO DE LA SUSCRIPCION ANUAL **Argentina \$ 55.000.-**
Exterior u\$ 26.-