

TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA: aspectos teóricos y prácticos

IVAN BOSZORMENYI-NAGY y
JAMES L. FRAMO



Titulo de esta obra en inglés:
Intensive Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects

Versión autorizada en español de la primera edición publicada en **inglés por 1965**, Harper
& Row, Publishers, Inc. Hagerstown, Maryland, EUA

Primera **edición en español**, junio **1976**
Editorial Trillas, S. A.
Impreso en México

Prólogo

Los capítulos de este libro fueron escritos con el objeto de analizar el campo de la terapia familiar intensiva. La obra no constituye una compilación de artículos publicados anteriormente; todos los capítulos son contribuciones originales, escritas a petición de los directores de la edición. La estructura del volumen fue determinada por la experiencia de éstos en el área de la terapia familiar y por el intercambio continuo con otros especialistas en la materia, a través de simposios, discusiones y, en la mayoría de los casos, la observación directa de su trabajo. Al buscar colaboradores, acudimos primero a los investigadores por cuya labor clínica sentíamos respeto, y les asignamos problemas en los cuales, a nuestro juicio, eran expertos, y que presentaban mayor interés para ellos. En esta obra están representados casi todos los principales especialistas en terapia familiar que trabajan con orientación psicoanalítica, fundada en principios psicodinámicos y que tiene como meta el cambio reconstructivo profundo, tanto en el grupo familiar como en los individuos miembros del mismo.

Elegimos la expresión "terapia familiar intensiva" con el objeto de caracterizar la cualidad distintiva que comparten las diversas escuelas de terapia familiar representadas en esta obra. En la opinión de quienes prepararon la edición, es preciso distinguir dos clases de terapia familiar: la intensiva y la de apoyo. Al clasificar otras terapias familiares diciendo que son de apoyo, no pretendemos rebajar la importancia de la contribución de un enfoque que tiene como finalidad aclarar la comunicación, modificar patrones de interacción y ayudar a la familia a enfrentar situaciones concretas de tensión; estos enfoques de apoyo tienen indicaciones válidas. Sin embargo, con mucha frecuencia hemos oído a psicoterapeutas profesionales calificar toda terapia familiar como un tipo de procedimiento de apoyo y consejo (por ejemplo, aquellas que ayudan a la familia a comprender y tratar al paciente). La terapia familiar intensiva, descrita en esta obra, pretende la comprensión de las deformaciones de transferencias inconscientes que afectan las relaciones familiares estrechas. La terapia individual intensiva y la terapia familiar intensiva comparten metas profundas, pero contrariamente a la opinión de que el cambio intrapsíquico profundo sólo puede producirse en la situación psicoterapéutica individual, los terapeutas que han escrito esta obra sostienen que algunos problemas de transferencia pueden explorarse y abordarse con mayor eficacia en sesiones familiares conjuntas. En la terapia familiar intensiva, los miembros de la familia se ayudan entre sí a superar las deformaciones de sus transferencias, tan bien como lo harían los terapeutas.

Hemos dado a los autores un margen considerable para la presentación de sus propios puntos de vista y hemos limitado nuestro trabajo, en la edición, a cuestiones claras, en vez de tocar aspectos en los que pudiésemos estar en desacuerdo. La obra está orientada hacia las dimensiones tradicionales de la psicoterapia, aunque también incluimos algunas consideraciones significativas, propias de la terapia familiar. Nos hemos propuesto un libro que, por una parte, trasmite experiencias clínicas y, por otra, proyecte un punto de vista conceptual. Cada uno de los autores, por derecho propio, es un teórico concienzudo y penetrante y, según creemos, ha logrado integrar lo práctico y lo teórico, lo abstracto y lo concreto.

En el capítulo 1, los doctores Gerald H. Zuk y David Rubinstein nos ofrecen una revisión de la bibliografía que condujo al desarrollo de la terapia familiar y tratan de elucidar, con espíritu crítico, algunos de los problemas y conceptos fundamentales de la materia. El doctor Zuk ha publicado artículos acerca de las relaciones familiares de los niños retrasados, y las observaciones en materia de terapia familiar. El doctor Rubinstein ha hecho aportaciones a la bibliografía de la terapia familiar, como terapeuta, investigador y articulista; se ha interesado desde hace mucho tiempo en la psicoterapia intensiva de esquizofrénicos.

El capítulo 2 es un ensayo teórico del doctor Ivan Boszormenyi-Nagy, que trata de situar los conceptos del proceso familiar en un amplio marco de referencia, con la finalidad de integrar los puntos de vista psicoanalíticos-psiquiátricos y humanístico-existencial. El doctor Boszormenyi-Nagy ha publicado obras sobre diversos aspectos de la investigación en materia de esquizofrenia y, en años más recientes, en el campo de la terapia familiar. Sus publicaciones van desde el tema de los problemas conceptuales y terapéuticos que se presentan en la terapia familiar, hasta los problemas de "transferencias familiares" entre el paciente y el personal de los programas psiquiátricos. Su gran interés en la psicopatología y la psicoterapia de la esquizofrenia lo llevó a establecer, en 1957, el programa de terapia familiar del Departamento de Investigación Clínica, del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute.

En el capítulo 3, el doctor Boszormenyi-Nagy utiliza conceptos teóricos del capítulo anterior a éste, para el estudio de algunas situaciones fundamentales de la terapia familiar y ejemplifica sus conceptos del sistema y el proceso familiares, con extractos de sesiones con una familia en tratamiento. En este capítulo, tiene importancia especial la demostración de cómo el cambio estructural intrapsíquico en los individuos fue paralelo a un cambio decisivo en el sistema de la familia.

En el capítulo 4, el doctor James L. Framo describe un amplio espectro de cuestiones conceptuales y técnicas, tal como le surgieron a lo largo de sus años de experiencia terapéutica en el programa de terapia familiar del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute. Siendo uno de los pocos autores que han escrito sobre técnica de la terapia familiar, se esfuerza por delinear los fundamentos y etapas del proceso terapéutico, así como problemas especiales tales como la resistencia, las relaciones matrimoniales, el hermano "sano", la transferencia contratransferencia, las relaciones en un equipo de coterapia, los problemas de la terminación y una evaluación clínica de la terapia familiar. Sus publicaciones van desde la investigación sistemática en los campos de la percepción, los sueños y las escalas de calificación psicopatológica, hasta artículos de clínica sobre esquizofrenia, organización hospitalaria orientada a la familia, dinámica familiar y terapia familiar.

En el capítulo 5, el doctor Murray Bowen integra su conocimiento de la teoría de la dinámica familiar con su experiencia en materia de hospitalización de familias enteras y de tratamiento de familias en la práctica privada. Nos señala cómo la sociedad, la práctica médica, la estructura hospitalaria y las leyes que gobiernan la enfermedad mental, basadas todas en el concepto del individuo enfermo, pueden encajar en el "proceso de proyección familiar". Este punto de vista es muy importante y puede tener grandes consecuencias. El doctor Bowen, psicoanalista, es ampliamente conocido por su estudio del tratamiento de familias de esquizofrénicos hospitalizadas llevado a cabo en el National Institute for Mental Health. Es el forjador de algunos conceptos importantes en materia de patología familiar. En el capítulo 5 se indica cómo la sociedad, la práctica en el hospital, la estructura médica y las leyes que gobiernan la enfermedad mental "encajan en el proceso de proyección familiar".

El capítulo 6 demuestra la interpretación intuitiva e imaginativa del tratamiento de una familia; en una transcripción literal de toda una sesión de terapia familiar, los doctores Nathan W. Ackerman y Paul F. Franklin, nos demuestran en el capítulo 6, su interpretación intuitiva e imaginativa del tratamiento de una familia. El lector advertirá en esta transcripción la importancia que tiene la sensibilidad del terapeuta a la interacción no verbal, elemento mucho más importante en la terapia familiar que en la individual o de grupo. Complemento interesante de este capítulo es la película intitulada "Dentro y fuera de la psicosis", basada en el tratamiento de esta misma familia. En este estudio los autores nos muestran cómo una enfermedad aparentemente maligna puede ser tratada eficazmente, cuando se le toma por enfermedad enraizada en las relaciones familiares.

El doctor Ackerman, psicoanalista, es uno de los pioneros de la terapia familiar y quizá la persona más identificada con este campo. Sus publicaciones abarcan desde la psiquiatría infantil, pasando por las investigaciones psicosomáticas y el prejuicio social, hasta las relaciones internacionales. Es autor de *The Psychodynamics of Family Life* y *Exploring the Base for Family Therapy* (dir.), de otras obras y numerosos artículos. El doctor Franklin es psicoanalista y psiquiatra, interesado desde hace muchos años en la dinámica familiar, con interés especial en las familias de "esquizofrénicos".

El capítulo 7 especifica la cuestión práctica de las indicaciones y las contraindicaciones de la terapia familiar, y el 8 desarrolla un enfoque verdadero basado en experiencias del proceso terapéutico, tanto individual como familiar. Aquí se demuestra además la compleja relación recíproca entre los aspectos personales y profesionales de la terapia. En el capítulo 7, el doctor Lyman C. Wynne aborda la cuestión práctica de las indicaciones y las contraindicaciones de la terapia familiar. Aunque muchos terapeutas consideren tal vez que el intento de señalar las indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar como tratamiento de elección puede ser prematuro, porque se carece de un conocimiento plenamente desarrollado, no es posible menospreciar las valientes opiniones de uno de los terapeutas familiares más experimentados de su país. Además de ser psiquiatra y psicoanalista, el doctor Wynne es doctorado en psicología social; es forjador de varios de los conceptos teóricos fundamentales de la dinámica familiar transaccional. Sus fundamentos conceptuales, amplios y profundos, le permiten ser uno de los científicos más concienzudos en el campo de la dinámica familiar, de la dinámica de la personalidad, de los trastornos del pensamiento y de los estudios familiares interculturales.

Los doctores Carl A. Whitaker, Richard F. Felder y John Warkentin están notablemente capacitados para escribir el capítulo 8, relativo a la contratransferencia en la terapia familiar. Han desarrollado un enfoque verdaderamente basado en experiencias del proceso terapéutico, tanto individual como familiar. Este capítulo demuestra también la compleja relación recíproca entre los aspectos personales y profesionales de la terapia, que tanto prestigio han dado a los autores. El doctor Whitaker, ha hecho aportaciones bien conocidas al campo de la psicoterapia intensiva. Es autor (juntamente con Thomas P. Malone) de la obra intitulada *Roots of Psychotherapy*, director de la edición de *Psychotherapy of Chronic Schizophrenia* y autor de muchos artículos y capítulos de libros. Se ha interesado en la relación terapeuta-paciente y, con sus colegas de la Atlanta

Psychiatric Clinic ha desarrollado el método de "terapia múltiple". El doctor Felder, psiquiatra, ha colaborado con sus colegas de la clínica mencionada en la redacción de trabajos sobre psicoterapia experiencial. El doctor Warkentin, psiquiatra doctorado en psicología, es famoso por sus notables aportaciones a la comprensión de los aspectos prácticos de la psicoterapia, y ha manifestado constante interés por los avances de la terapia familiar.

El capítulo 9 introduce el concepto "mistificación" en el estudio de los patrones de comunicación patógena en las familias; señala cómo los miembros de una familia manipulan, confunden y ejercen poder, unos sobre otros, a través de comunicaciones mistificadoras. En el capítulo 9, el doctor Ronald D. Laing, psicoanalista inglés, introduce el concepto "mistificación", en el estudio de los patrones de comunicación patógena en las familias. Nos hace ver cómo los miembros de la familia manipulan, confunden y ejercen poder, unos sobre otros, a través de comunicaciones mistificadoras. Se conoce al doctor Laing por su amplio interés en las orientaciones existencial y psicoanalítica. Es autor de *The Divided Self*, *The Self and Others*, y de *Sanity, Madness, and the Family*. Recientemente ha estudiado familias "normales".

El capítulo 10 explica lo que es "lucha por la identidad"; integra los conceptos psicoanalítico-psiquiátrico y antropológico de identidad, y destaca las implicaciones culturales de la lucha por la identidad. En el capítulo 10, los doctores Anthony F. C. Wallace y Raymond D. Fogelson, antropólogos, utilizan su observación sistemática del trabajo en el programa de terapia familiar del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, para la explicación de lo que llaman "lucha por la identidad". Tratan de integrar los conceptos psicoanalítico-psiquiátricos y antropológicos de identidad, y de poner de relieve las ubicuas implicaciones culturales de la lucha por la identidad. El doctor Wallace es autor de *Culture and Personality*, y de muchas publicaciones sobre aspectos culturales de la psiquiatría. El doctor Fogelson se ha interesado, desde hace mucho tiempo, en los aspectos antropológicos de la psiquiatría social.

El capítulo 11 ausculta aquellos problemas, que ofrece la investigación sistemática de la dinámica familiar y revisa la contribución de la disciplina del grupo pequeño; evalúa críticamente los estudios sistemáticos de la unidad familiar y concentra la atención en los problemas metodológicos de la medición en la interacción familiar. En el capítulo 11, el doctor Framo aborda el examen de algunos problemas que presenta la investigación sistemática de la dinámica familiar, y revisa la contribución

de la disciplina del grupo pequeño, evaluando críticamente los estudios sistemáticos de la unidad familiar interactuante, concentrando su atención en los problemas metodológicos que presenta la medición de la interacción familiar y, por último, establece un punto de vista acerca de la investigación en materia de dinámica familiar, que tiene como propósito orientar al investigador en la dirección de las variables más significativas.

El capítulo 12 analiza la distinción entre los procesos intrapsíquicos y los interpersonales y remarca lo que es la cuestión teórica fundamental de la Terapia familiar intensiva representa el trabajo de eminentes especialistas en el área respectiva. Ivan Boszormenyi-Nagy y James L. Framo son los directores y colaboradores; los artículos de diversos autores, constituyen lo más selecto dentro de la especialidad. La intención de los directores es que este volumen transmita experiencias clínicas y proyecte puntos de vista conceptuales de la terapia familiar intensiva. Problemas como la resistencia, las relaciones matrimoniales, las relaciones de un equipo de terapia, la lucha por la identidad, etcétera, se analizan aquí concienzudamente.

El autor del capítulo 12, el doctor Harold F. Searles, uno de los más destacados autores en materia de psicoterapia intensiva, especialmente en materia de esquizofrenia, está especialmente capacitado para elaborar el último capítulo de este volumen. La distinción que establece, entre los procesos intrapsíquicos y los interpersonales, destacada lo que probablemente habrá de ser, durante mucho tiempo aún, la cuestión teórica fundamental de la psicopatología. La integración de estos dos aspectos importantes es indispensable para el desarrollo de una teoría completa de la personalidad y del tratamiento. El doctor Searles, analista e instructor, asociado anteriormente a Chestnut Lodge, ha destacado por sus aportaciones originales acerca de la experiencia subjetiva del terapeuta, como parte del proceso de psicoterapia. La International Universities Press ha publicado recientemente una colección de artículos suyos. Es también autor de *The Nonhuman Environment, in Normal Development and in Schizophrenia*.

Cuando se va dando forma a un volumen como éste, se contraen muchas obligaciones con otras personas. Podríamos empezar con nuestras esposas y familias inmediatas, así como con nuestras familias de origen, que contribuyeron a proporcionarnos el contexto emocional y la experiencia familiar que dieron origen, probablemente, a nuestro interés en la familia. Hablando concretamente, diremos que nuestras esposas leyeron los manuscritos de la obra, y nos ayudaron en su papel de críticos benévolos.

Indudablemente, nos sentimos agradecidos a los colaboradores que soportaron todas las penas y fatigas que implica la redacción de un capítulo para un libro de este tipo. Cuando terminaron sus propios capítulos, nos ayudaron a vencer nuestras propias dificultades para la terminación del trabajo.

En cada uno de los capítulos está expresada la gratitud que sentimos por quienes trabajaron con nosotros en el programa de terapia familiar del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute.

Los directores de esta edición y sus diversos autores, dan las gracias a los editores y autores de libros y de artículos, que han permitido citar materiales suyos en esta obra.

Debemos señalar el aprecio que tenemos a Paul Hoeber, editor de esta obra, por la fe que nos tuvo y por su aliento. También queremos agradecer sus servicios a Claire Drullard y Mitsi Sundvall, miembros de la editorial.

En la fase inicial de la composición y previsión del alcance de esta obra los doctores Harold F. Searles, Norman Elrod y Lyman C. Wynne nos dieron útiles sugerencias en cuanto a colaboradores.

Asimismo, agradecemos a Rita M. Tocci no sólo por la transcripción a máquina de nuestros manuscritos y otras partes de este libro, sino también el haberse hecho cargo de muchos otros trabajos de oficina.

IVAN BOSZORMENYI-NAGY, M.D. Filadelfia
JAMES L. FRAMO, PH. D.

Introducción

La publicación de esta obra nos inicia en el enfoque transaccional familiar profundo de la psicopatología y el tratamiento. Nuestro deseo de comunicar las experiencias y descubrimientos que han ido acumulando los diversos precursores del campo relativamente nuevo de la terapia familiar, motivó esta edición. Dichos descubrimientos pueden tener importantes implicaciones en lo relativo a la naturaleza interaccional de la disfunción de la personalidad y su manejo terapéutico. Toda la gama de nuestros conceptos actuales, fundados en el individuo, tendrá que reexaminarse desde el punto de observación que nos permita ver al individuo en el contexto de sus relaciones más íntimas, el de la familia. Para la terapia de unidad familiar o conjunta, el paciente es toda la familia, y esta "mutación" de las maneras tradicionales de enfocar la psicopatología da lugar no sólo a una técnica terapéutica y a una manera de entender la enfermedad mental nuevas, sino a una novedosa perspectiva del hombre.

Inicialmente, la terapia familiar se llevó a cabo por razones tanto de investigación como prácticas del manejo terapéutico. Los que han trabajado en el campo de la terapia familiar intensiva estaban de acuerdo, al menos implícitamente, en que era necesario redefinir la enfermedad, es decir, que las relaciones dentro de la familia son constituyentes de la condición psiquiátrica de que se trate, en vez de ser tan solo factores ambientales que influyen en ella, o que la causan históricamente.

La mayoría de los innovadores de este singular enfoque provienen del área de la psicoterapia individual intensiva de pacientes esquizofrénicos; durante el tratamiento de estos graves trastornos del ego, descubrieron que estaban tratando a los pacientes en un vacío. El tratamiento progresaba únicamente hasta el punto en que la insight* tenía que traducirse en cambios perdurables de la conducta, y entonces toda la empresa se venía abajo, primordialmente a causa de una colusión regresiva inconsciente, entre la familia y el paciente. Pensaron que estas influencias externas, invisibles pero poderosas, sólo podrían palpase y volverse controlables si quedaban integradas en el programa de tratamiento. Pero la investigación psicológica y el tratamiento de la familia entera había sido durante largo tiempo un tabú cultural y profesional; la gente había considerado siempre, de manera casi instintiva, que las cuestiones familiares eran de carácter privado, personal y sacrosanto. Aunque el genio de Freud nos llevó hasta una comprensión profunda

** Auténtica comprensión profunda de la dinámica motivacional inconsciente y los elementos que participan en ella. (N. del R.)*

del mundo intrapsíquico del individuo, su renuencia a hacer participar a los miembros de la familia en el tratamiento de individuos y su concepción del individuo como sistema cerrado, establecieron la práctica de excluir a la familia de la mayoría de las formas de psicoterapia.

Así pues, se comprende que algunos de los primeros terapeutas familiares se mostrasen reacios a dar a la luz pública sus experiencias, y que sus experimentos con familias enteras se comunicasen casi en secreto a sus colegas. Desconcertantes fracasos en los tratamientos dieron lugar a una reconsideración del principio de exclusión, a medida que otros terapeutas comenzaron a advertir que, cuando trataban a un solo individuo, no se hacía visible una parte del problema total, que el tratamiento era a menudo minado por la familia, que era el paciente excepcional el que hacía progresos perdurables cuando su familia no cambiaba y que la terapia individual a menudo naufragaba, porque las inversiones emocionales primordiales quedaban fuera de la situación de tratamiento.

El pensamiento de los terapeutas familiares pasó de considerar la enfermedad en el paciente, a localizarla en la relación entre el paciente y la madre; a advertir que el padre y los hermanos "sanos" tenían que ver con la psicopatología compartida y que el paciente no era tanto víctima, sino agente que ayudaba a mantener la patología familiar; por último, los terapeutas pensaron que la familia, además de ser considerada como el agente nocivo, contenía el potencial que podría aprovecharse para un cambio. Durante muchos años, los terapeutas han tenido que valerse de los informes de los pacientes acerca de sus familias, o de las entrevistas con miembros de éstas, separadamente; sólo cuando se observó a la familia interactuar, comenzaron a surgir nuevos e inesperados descubrimientos. La terapia familiar ofreció a los miembros de las familias la oportunidad de expresar sentimientos contenidos, que hasta entonces habían sido expresados indirecta o simbólicamente, a menudo de manera hiriente. La presencia real, física, de los miembros de la familia dentro del medio terapéutico, en el que los terapeutas hacían explícito lo que había estado oculto, facilitó los intercambios emocionales; se ayudó a todos los miembros de la familia a decirse, unos a otros, cosas que nunca habían sido capaces de decirse antes. Sin embargo, lo que empezó siendo una consideración práctica de tratamiento produjo dividendos extraordinarios.

Cuando se estudió intensivamente a la familia, se descubrió que tenía sus propias y singulares reglas, su mundo subyacente, mitos, redes de comunicación, alianzas, amores y odios secretos.

Se descubrió que, por maduras que algunas personas pudiesen parecer en las relaciones sociales comunes, algunos rasgos infantiles de su personalidad salían a luz únicamente cuando se encontraban en presencia de miembros de su familia. No sólo los síntomas más incomprensibles del paciente parecían comenzar a cobrar sentido, al vérselos encajados en el seno familiar, sino que motivaciones de mala adaptación parecían estar presentes no solamente en el citado paciente sino, subclínicamente, en todos los miembros de la familia. Un miembro de ésta manejaba su propia irracionalidad mediante la proyección, y luego manipulaba la "enfermedad" en otro miembro de la familia. Se llegó a un punto crítico del pensamiento psiquiátrico cuando se advirtió que los síntomas servían para equilibrar fuerzas dentro de la familia, lo mismo que fuerzas intrapsíquicas. Se descubrió que existía en cada familia una estructura motivacional profunda, inconsciente y multipersonal. Se advirtió que la conducta, en vez de estar determinada exclusivamente por las fuerzas psíquicas propias de un individuo, estaba determinada, en parte, por los sistemas de motivos de otras figuras significativas que podían frustrar o satisfacer necesidades. Se advirtió que hay siempre complicidad recíproca en lo que unas personas hacen a otras, y que el dar, recibir y rehusar es recíproco.

Los terapeutas familiares comenzaron a entrever parte del sistema interconectado, homeostático de la familia y cómo, de manera extremadamente intrincada, las luchas intrapsíquicas se fundían en una totalidad transaccional. Si un miembro de la familia mejoraba, otro tenía que equilibrar el sistema y enfermarse. La realidad de las relaciones familiares no contravino, como se había temido, el trato con la transferencia; por el contrario, se encontró que lo esencial del sistema familiar consistía en fuerzas interpersonales unitarias ocultas, derivadas en parte de pasados conflictos intrapsíquicos de sus miembros, "sacadas" en el presente. Además, se descubrió que la terapia de la familia conjunta despierta los fantasmas de las propias expectativas relacionales internas del terapeuta, de una manera que no se encuentra en la psicoterapia individual o de grupo, común y corriente.

Utilizando los insights obtenidos mediante el tratamiento de familias de esquizofrénicos, los terapeutas comenzaron a aplicar los principios del sistema de familia, a aquellas que mostraban una amplia variedad de trastornos emocionales en su vida; lo cual refleja la transición de esta obra en el transcurso de su desarrollo, al pasar del campo de la esquizofrenia, hasta toda la gama de condiciones psiquiátricas.

Podríamos haber relacionado el libro con conceptos de condiciones psiquiátricas individuales, tales como la esquizofrenia, pero creemos que ha llegado el momento de sustituir el pensamiento del diagnóstico individual por el pensamiento del diagnóstico transaccional.

Cuando se hace la publicidad de volúmenes como éste, se suele expresar el clisé que dice "este libro está destinado a psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales____ , , etc.". A nuestro juicio, será más útil que pongamos algunos ejemplos de los tipos de situaciones concretas en los que el concepto de familia podrá utilizarse provechosamente. No se conoce aún, y estamos lejos de poder hacerlo, la totalidad de aplicaciones posibles de este enfoque. La exploración directa de relaciones íntimas, estrechas, puede ser la clave para la comprensión de muchos problemas psicoterapéuticos escurridizos. El enfoque tradicional de la orientación infantil que consiste en tratar al niño y hablar con los padres por separado tendrá que criticarse a la luz del enfoque familiar. Los centros de salud mental de las municipalidades, que ahora se están estableciendo en todo Estados Unidos, tal vez se orienten a crear centros de salud mental familiar. Los funcionarios encargados de vigilar a quienes gozan de libertad condicional y que tienen que lidiar con problemas de delincuencia, así como los centros para la prevención del suicidio, los organismos de servicio social para las familias, los consejeros matrimoniales, los profesionistas dedicados a la práctica privada, los hospitales psiquiátricos, los centros de rehabilitación para ancianos e incapacitados, quienes se encargan de los problemas de los desertores escolares y del desempleo, etc., son algunos de los grupos para quienes la entrevista introductoria al diagnóstico de la familia resultará especialmente útil para determinar el significado del problema que se les presente, aun cuando en la práctica nunca llegue a emprenderse una terapia familiar formal.

Quienes han llevado a cabo programas de entrenamiento para estudiantes de medicina y psicología han sentido, desde hace mucho tiempo, la preocupación de cómo contrarrestar la manera intelectual, deshumanizada de ver al hombre común en los cursos académicos; la observación de sesiones de terapia familiar proporcionaría una vía directa a la apreciación de las dificultades emotivas reales de la vida.

Los estudiantes de psicoanálisis, al familiarizarse con la terapia familiar, se percatarán de toda una nueva dimensión de los trastornos de la personalidad y podrán llevar mejor a cabo el análisis individual. Una vez que se ha visto al paciente, y se ha observado dónde vive, cómo se desenvuelve en la trama de sus relaciones más íntimas, ya no puede uno volver a entender la psicopatología o incluso las propias relaciones familiares de la misma manera.

El exponer a observación directa y escrutinio terapéutico intensivo las relaciones familiares íntimas, nos habrá de conducir a la formulación de hipótesis nuevas acerca de la psicopatología, la personalidad, las relaciones humanas y la sociedad. Sin embargo, convendrá hacer una advertencia. En el momento actual, nadie está

en situación de demostrar científicamente que el método transaccional familiar de tratamiento sea preferible a otras maneras de abordar un determinado problema psiquiátrico, incluso en aquellos casos en que es factible. Apenas empezamos a explorar las indicaciones, los límites y las precauciones de esta forma de tratamiento. El movimiento que llamamos terapia familiar está conquistando cada vez más adeptos y se está desarrollando, de manera casi insólita, en las profesiones del campo de la salud mental. Sin embargo, consideramos necesario prevenir contra los usos equivocados a que pueden dar lugar un excesivo entusiasmo y la falta de conocimientos. Además, la resistencia a la terapia familiar puede cobrar la forma de una estimación negativa del método, con fundamento en los experimentos del principiante. Los lectores de esta obra reconocerán que la competencia y la experiencia, en materia de terapia individual y de grupo, no es suficiente para llevar a cabo terapia familiar; es necesario un entrenamiento especializado. Sólo el tiempo nos dirá si la terapia familiar constituye o no un hito o un gran avance en el pensamiento y el método psiquiátrico. Todo lo implícito en el concepto de terapia familiar no ha sido siquiera totalmente desarrollado, y nos daremos por satisfechos al comprobar que nuestra obra ha adelantado, por lo menos un paso decisivo en esa dirección.

Indice general

Prólogo 3

Introducción 10

Cap. 1 REVISIÓN DE CONCEPTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE FAMILIAS DE ESQUIZOFRÉNICOS 23

GERALD H. ZUK, DAVID RUBINSTEIN

Estudios de patología familiar en las décadas de 1940 y 1950: la madre "patógena" y el padre "inadecuado", 25. Patología de la familia y su tratamiento, en la década de 1950 y principios de la del 60: la familia "patógena", 31. Discusión, 48.

Referencias bibliográficas, 50.

Ca p. 2 UNA TEORÍA DE RELACIONES: EXPERIENCIA Y TRANSACCIÓN 56

IVAN BOSZORMENYI-NAGY

Teoría dialéctica de la personalidad y la racionalidad analogías entre la psicología del ego y la fenomenología existencial, 58. Modos de relacionarse, 65. Sistemas relacionales en la familia, 85. El proceso relacional fásico, 101. Observaciones finales, 112. Referencias bibliográficas, 113

Ca p. 3 LA TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA COMO PROCESO 116

IVAN BOSZORMENYI-NAGY

Marco de la acción, 117. Conceptos de patología individual y patología basada en el sistema, 122. El contrato terapéutico, 127. Descripción de un casa, 129. Metas y fundamentación, 162. Problemas de la terapia y los terapeutas, 169. Observaciones finales y perspectivas, 174. Referencias bibliográficas, 177.

**Cap. 7 ALGUNAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE
LA TERAPIA FAMILIAR EXPLORATORIA 338**

LYMAN C. WYNNE

Características de la terapia familiar exploratoria, 339. Terapia familiar exploratoria en el NIMH (National Institute of Mental Health), 341. Indicaciones generales para la aplicación de la terapia familiar exploratoria, 343. Algunas sugerencias para el entrenamiento y la orientación de terapeutas familiares potenciales, 372.

Referencias bibliográficas, 374.

**Cap. 8 CONTRATRANSFERENCIA EN EL TRATAMIENTO FAMILIAR
DE LA ESQUIZOFRENIA 376**

CARL A. WHITAKER, RICHARD F. FELDER, JOHN WARKENTIN

Enfoque del ambiente y del tratamiento, 377. Dinámica del proceso, 380. Patrones de la contratransferencia, 381. Resolución de los problemas de contratransferencia, 390. Observaciones finales, 394. Referencias bibliográficas, 395.

Cap. 9 MISTIFICACIÓN, CONFUSIÓN Y CONFLICTO 397

RONALD D. LAING

El concepto de mistificación, 398. La función de la mistificación y algunos conceptos afines, 405. Descripción de casos, 408. Referencias bibliográficas, 417.

Cap. 10 LA LUCHA POR LA IDENTIDAD 420

ANTHONY F. G. WALLACE, RAYMOND D. FOGELSON

Material de caso, 421. Primer extracto, 424. Segundo extracto, 427. Formulaciones teóricas, 434. La lucha por la identidad en la terapia familiar de la esquizofrenia, 454. Referencias bibliográficas, 460.

Cap. 11 INVESTIGACIÓN SISTEMÁTICA DE LA DINÁMICA FAMILIAR

JAMES L. FRAMO

La contribución de las investigaciones con grupos pequeños, 468. Repaso y evaluación de los estudios sistemáticos de interacción familiar, 479. Problemas metodológicos de la investigación de la interacción familiar, 490. Un punto de vista acerca de la investigación de la dinámica familiar, 504. Referencias bibliográficas, 517.

Cap. 12 LAS CONTRIBUCIONES DEL TRATAMIENTO FAMILIAR A LA PSICOTERAPIA DE LA ESQUIZOFRENIA

HAROLD F. SEARLES

Procesos intrapsíquicos y procesos interpersonales en la psicoterapia, 526. Sentimientos positivos, 542. Pérdida o amenaza de pérdida de membresía en la familia, 545. Contratransferencia, 547. Observaciones finales, 553. Referencias bibliográficas, 557.

Índice de autores

Índice temático

NATHAN W. ACKERMAN, M.D.

Profesor de psiquiatría clínica de la Columbia University; Director del Programa Profesional del Instituto de la Familia de Nueva York; Psiquiatra Supervisor de la Clínica, de la Salud Mental Familiar, del Jewish Family Service, Nueva York, N. Y.

IVAN BOSZORMENYI-NAGY, M.D.

Director del Programa de terapia familiar del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute; Profesor asociado de psiquiatría en el Jefferson Medical College, Psiquiatra del Philadelphia Psychiatric Center.

MURRAY BOWEN, M.D.

Profesor asociado de psiquiatría clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown, Washington, D.C.; consultor de psicoterapia familiar de la Escuela de Medicina de la University of Maryland, Baltimore; consultor de psicoterapia familiar del Medical College of Virginia, Richmond.

RICHARD F. FELDER, M.D.

Psiquiatra de la Atlanta Psychiatric Clinic, Atlanta, Georgia.

RAYMOND D. FOGELSON, PH.D.

Profesor asistente de antropología de la University of Washington, Seattle.

JAMES L. FRAMO, PI-1.D.

Investigador médico del Departamento de investigación clínica del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute; Profesor de psiquiatría del Jefferson Medical College de Filadelfia; consultor del Delaware County juvenile Court, Media, Pennsylvania.

PAUL F. FRANKLIN, M.D.

Psicoanalista del American Institute for Psychoanalysis, y de la Karen Horney Clinic; psiquiatra del Jewish Family Service, Nueva York, N. Y.

RONALD D. LAING, M.B., CH.B.

Jefe de investigación de la Schizophrenia and Family Research Unit, Tavistock Institute of Human Relations; director de la Langham Clinic de Londres.

Revisión de conceptos utilizados en el estadio y tratamiento de familias de esquizofrénicos

DAVID RUBINSTEIN, M.D.

Profesor asistente de psiquiatría y psiquiatra del Institute for Psychotherapy, Temple University Medical School; Investigador médico del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Filadelfia.

HAROLD F. SEARLES, M.D.

Analista supervisory maestro del Washington Psychoanalytic Institute Washington, D.C.: consultor de psicoterapia del Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland; profesor de clínica psiquiátrica, Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown, Washington, D.C.

Gerald H. Zuk David Rubinstein

ANTHONY F. C. WALLACE, PH.D.

Investigador médico del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute; profesor y director del Departamento de Antropología, University of Pennsylvania. Filadelfia.

JOHN WARKENTIN, M. D., PH.D.

Psiquiatra de la Atlanta Psychiatric Clinic, Atlanta, Georgia.

CARL A. WHITAKER, M.D.

Profesor de psiquiatría del University of Wisconsin College of Medicine, Madison.

LYMAN C. WYNNE, M.D., PH.D.

Jefe de la División de psiquiatría de adultos y de la Sección de estudios de la familia, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland; profesor del Washington Psychoanalytic Institute y de la Washington School of Psychiatry, Washington, D.C.

GERALD H. ZUK, PH.D.

Investigador médico del Departamento de investigación clínica del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Filadelfia.

Cap. 1 REVISIÓN DE CONCEPTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE FAMILIAS DE ESQUIZOFRÉNICOS

GERALD H. ZUK, DAVID RUBINSTEIN

Estudios de patología familiar en las décadas de 1940 y 1950: la madre "patógena" y el padre "inadecuado", 25.

Patología de la familia y su tratamiento, en la década de 1950 y principios de la del 60: la familia "patógena", 31.

Discusión, 48.

Referencias bibliográficas, 50.

CASI UNA DÉCADA DE EXPERIENCIAS se ha acumulado en lo relativo a la realización de psicoterapia conjunta con familias. El objeto de este capítulo es establecer algún orden en el desarrollo histórico del trabajo, con atención especial al problema de la esquizofrenia. Como tiene el propósito de servir de orientación en este campo relativamente nuevo, y no tanto el de constituir una revisión completa de la bibliografía del tema, está dividido en tres partes

- a) una revisión de los conceptos utilizados en estudios selectos, que han tratado primordialmente el tema de las relaciones familiares diádicas, y en los que no se empleó la psicoterapia familiar propiamente dicha como técnica de investigación y de terapia;
- b) una revisión con mayor profundidad de los conceptos aparecidos en estudios selectos, en los cuales el sistema familiar fue precisamente el objeto de la atención terapéutica; y
- c) un resumen de algunos de los supuestos y de las características generales de los estudios acerca de los sistemas familiares. A lo largo de todo el capítulo, se hará hincapié en el establecimiento de tendencias conceptuales, más que en una estimación crítica de dichas tendencias o en una crítica metodológica, pues tal vez ambas serían prematuras, en esta etapa del estudio de los sistemas familiares.

Estudios de patología familiar en las décadas de 1940 y 1950.

La experiencia clínica y la investigación en torno al sistema familiar, no han alcanzado todavía un punto de madurez que les permita ofrecer teorías bien integradas y que abarquen suficientemente el campo. Sin embargo, podemos decir que actualmente se está llevando a cabo una amplia y activa labor de teorización, que con el tiempo habrá de producir la deseada integración de los conocimientos. Hasta la fecha, el psicoanálisis ha sido la más rica de las fuentes para la teoría, aunque en fechas recientes la teoría existencial ha ido desempeñando un papel cada vez más importante (véase, por ejemplo, el estudio de Whitaker, Felder, Malone y Warkentin, 1962). En la formulación del proceso familiar se observan cuatro enfoques o maneras distintas de tratar el tema, originados por: a) teóricos de la comunicación, interesados especialmente en las relaciones y los niveles de significados de las conductas verbal y no verbal; b) teóricos del papel social, que han explorado el efecto del desarrollo del papel y de la asignación de funciones en la formación de la identidad; c) teóricos del ego orientados a lo intrapsíquico, que han investigado los niveles emocionales más primitivos y han tratado de definir conceptos, tales como los de los límites entre el yo y el no yo, así como la individualización, mediante la comparación con la simbiosis, y d) teóricos de los juegos o estrategias (véase Haley, 1963), que se han abocado a la tarea de definir las redes de relaciones en que se sitúan a sí mismos los seres humanos, y la conducta de reciprocidad en dichas redes.

Recientemente, han aparecido tres revisiones en las que se describen las etapas que han conducido al desarrollo de la psicoterapia familiar como método de tratamiento y estudio psicológico. Una de ellas, la de Parloff (1961), describe las etapas históricas.

La primera etapa apareció en el momento cumbre de la ortodoxia en materia de pensamiento psicoanalítico: se desalentó el contacto entre el terapeuta y la familia, porque se consideró que no era una buena técnica traer a cuenta esta última, pues los trastornos en la transferencia y contratransferencia pacienteterapeuta seran contraterapéuticos.

En la segunda etapa, se consideraron dignos de estudio algunos efectos negativos de las personas encargadas del cuidado (por ejemplo, de las madres).

La tercera etapa está constituida por el desarrollo de los puntos de vista de orientación psicoanalítica de Sullivan, Horney, Fromm, Erikson y otros más, que reconocieron un valor creciente en la influencia de la cultura y las tensiones de la vida cotidiana sobre la personalidad. Durante la última parte de la segunda etapa y durante la tercera, se ensayaron nuevas técnicas terapéuticas: Slavson preparó el camino de la psicoterapia de grupo, y Moreno el del psicodrama. Las buenas experiencias obtenidas con estas técnicas propendieron a reducir algo la ansiedad que despertaban los posibles efectos sobre la transferencia y la contratransferencia de la presencia de más de dos personas, a saber, del paciente y del terapeuta en la situación psicoterapéutica.

Una revisión de Jackson y Satir (1961) cita algunos de los factores supuestamente determinantes del interés actual en el tratamiento de la esquizofrenia a través de la familia. Entre éstos hay que contar la influencia ejercida por los estudios psicológicos y sociológicos, que mostraron la existencia de tasas diferenciales de esquizofrenia entre grupos sociales, étnicos y subculturales en general en Estados Unidos; la práctica establecida en las clínicas de orientación infantil, consistente en tratar conjuntamente a los miembros de la familia y al niño, y el desarrollo de teorías interpersonales, tales como la de Sullivan, que asignaron una mayor influencia a los problemas concurrentes en las vidas de los pacientes.

Haley (1959) ha llevado a cabo un resumen del fondo histórico del tratamiento familiar. Nos dice que "se advertiría una transición en el estudio de la esquizofrenia; desde la antigua concepción en que el problema en estas familias era causado por el miembro esquizofrénico, pasando por la idea de que contenían una madre patógena, luego por el descubrimiento de que el padre era inadecuado, hasta el énfasis actual que se da al hecho de que los tres miembros de la familia están implicados en un sistema patológico de acción recíproca" (pág. 358)

ESTUDIOS DE PATOLOGÍA FAMILIAR EN LAS DÉCADAS DE 1940 Y 1950: LA MADRE "PATÓGENA" Y EL PADRE "INADECUADO"

David Levy fue uno de los primeros en establecer claramente la relación que existe entre un rasgo supuestamente patógeno de la madre y la conducta perturbada de los hijos.

Como han señalado acertadamente Spiegel y Bell (1959), el estudio de Levy (1943), relativo a la sobreprotección materna, es un clásico de la década de 1940. Mostró la correlación existente entre una actitud excesivamente protectora en la madre y la falta de amor en la infancia de ésta. La privación a que estuvo sujeta la madre, aparentemente estableció un patrón de conducta a través del cual trató de obtener de sus hijos lo que no había obtenido de su madre. Levy distinguió varios tipos de sobreprotección: un tipo de madre era predominantemente sobreprotectora y otro lo era indulgentemente. Los hijos de madres de la primera clase se mostraban sumisos en el hogar, pero les era difícil hacer amigos en la escuela y en la vecindad; asimismo, estos niños mostraron problemas de alimentación y una carencia relativa de trastornos en relación con el sueño o las evacuaciones. Los niños de madres de la segunda clase eran desobedientes en el hogar, pero se comportaban bien en la escuela y obtenían buenas calificaciones.

Los estudios exploratorios de la relación patógena padres-hijo comenzaron desde mediados de la década de 1930 (véase, por ejemplo, el estudio de Kasanin, Knight y Sage, 1934), pero los resultados no cobraron forma definida, hasta que no fueron terminados los estudios iniciados a mediados de la década de 1940. Se describió a la llamada madre "esquizofrenogénica" (término que, al parecer, usaron por primera vez Fromm y Reichmann en 1948), agresiva, dominante, insegura y rechazante; por comparación al padre se le describió como inadecuado, pasivo y más bien indiferente. Un estudio (Reichard y Tillman, 1950) clasificó a los padres de dos maneras: madre esquizofrenogénica de tipo abiertamente rechazante; madre esquizofrenogénica de tipo encubiertamente rechazante; y padre esquizofrenogénico de tipo dominante y sádico. Un estudio realizado en 25 madres (Tietze, 1949) de niños esquizofrénicos, proporcionó una amplia descripción de ellas, que resultaron ser rígidas y rechazantes. En un estudio de Gerard y Siegel (1950), se encontró apego exclusivo a la madre en más del 90% de los casos observados. Thomas (1955) estudió las relaciones madre-hija en 18 esquizofrénicas negras, y llegó a la conclusión de que las madres no soportaban la expresión verbal de la hostilidad. Las madres se mostraron excesivamente punitivas con las pacientes después de la pubertad. Es interesante señalar que la mayoría de los padres de estas familias habían muerto, o bien se habían separado de la madre, o

la habían abandonado. Galvin (1956) encontró que el excesivo control materno, cosa que no reconocen fácilmente las madres de pacientes esquizofrénicos, se ejerce a través de incitaciones a la conmiseración, la vergüenza y la culpa.

Algunos estudios realizados a mediados y finales de la década de 1940, y principios de la de 1950, versaron sobre la adecuación de las familias que tenían un miembro esquizofrénico. Lidz y Lidz (1949) descubrieron sólo cinco pacientes, en una muestra hospitalizada de 50, a los que pudiese considerarse que habían tenido una vida hogareña adecuada. En el 4007 de estos pacientes, uno o ambos padres habían muerto antes que el paciente cumpliera 19 años de edad. Rosenzweig y Bray (1943), en un estudio basado en una muestra de 356 esquizofrénicas de sexo masculino hospitalizados, descubrieron que el 39070 había sido afectado por la muerte de un hermano. Los autores consideraron que los intensos sentimientos de hostilidad hacia el hermano que murió pudieron haber sido la causa de un sentimiento de culpa muy acentuado que constituyó el punto de partida de un episodio psicótico.

Ellison y Hamilton (1949) encontraron que en más del 30070 de una muestra de cien casos, la estabilidad de la familia había sido alterada por la muerte precoz de un miembro de ella, o por un divorcio o separación. Se encontró que tres quintas partes de las madres de la muestra eran excesivamente sobreprotectoras, y también que un tercio de los padres eran excesivamente agresivos. Johnson, Griffin, Watson y Beckett (1956) observaron casos frecuentes de ataque físico o psicológico de los padres contra los niños, que más tarde se volvieron esquizofrénicos. Los estudios de Wahl (1954, 1956), dan fundamento a la idea de que la pérdida de un padre en la infancia o la adolescencia, puede ser un factor que precipite la esquizofrenia. En un estudio que a menudo se considera fundamental en el establecimiento del concepto de transmisión de la psicopatología de padres a hijos, Johnson y Azurek (1954) señalaron que la conducta antisocial de los niños se basaba en un defecto del superego, que coincidía con defectos similares en sus padres.

Varios autores han llamado la atención sobre las deficiencias observadas en el control experimental de los estudios efectuados en las décadas de 1940 y 1950. En su revisión, Sanua (1961) señala la necesidad de mostrarse cautelosos al deducir conclusiones firmes de estos estudios. A menudo no se controlaron variables importantes; por ejemplo, la clase social, el nivel educativo, y el origen étnico y religioso. Algunos investigadores describieron cuidadosamente las limitaciones de

su trabajo. Kohn y Clausen (1956), en su estudio de experiencias de la primera adolescencia recordadas por pacientes esquizofrénicos, se tomaron el trabajo de presentar sus resultados, no firmemente establecidos, sino como sugerentes. Señalaron que sus resultados se habían basado en un reducido número de pacientes, y que la clase social no había sido controlada rigurosamente. Sin embargo, fue un detalle positivo de su diseño experimental el formar un grupo de control integrado por sujetos que habían asistido a las mismas escuelas que los pacientes esquizofrénicos de la investigación. Su descubrimiento principal fue que los pacientes esquizofrénicos, con mayor frecuencia que los controles normales de procedencia equiparable, dijeron que sus madres habían desempeñado un papel de autoridad comparativamente fuerte en la familia.

También a fines de la década de 1940 y principios de la de 1950, se llevaron a cabo algunos nuevos experimentos interesantes en materia de técnica terapéutica. Entre otros, Ross (1948), Bauer y Gurevitch (1952) y Kirby y Priestman (1957) utilizaron la técnica de psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos y sus padres. Abrahams y Varen (1953) estudiaron la relación entre madres e hijas esquizofrénicas en psicoterapia de grupo conjunta. En las sesiones se puso de manifiesto la gran dependencia emocional de las madres respecto de las hijas. La necesidad de las madres de sentirse superiores se mantuvo a costa de que las hijas se sintiesen despreciadas. Se provocó una ansiedad materna aguda cuando las hijas se negaron a plegarse a las expectativas. En estas ocasiones, algunas de las madres dijeron haber perdido la sensación de estar vivas, o de ser personas aisladas de otras. En 1956, Szurek y Berlin informaron haber obtenido resultados positivos gracias a la psicoterapia simultánea en más de 100 niños esquizofrénicos y sus padres.

Más o menos hacia aquellas fechas, se utilizaron técnicas terapéuticas novedosas con parejas matrimoniales que tenían un neurótico o un psicótica en ellas. Oberndorf (1938) y más tarde Mittelman (1956), describieron numerosos patrones de interacción neurótica entre los miembros de la pareja conyugal, incluida la descripción A por Mittelman, del tipo de pareja en la cual un miembro se muestra emocionalmente apartado, en tanto que el otro tiene gran necesidad de afecto. Bychowski (1956), ha descrito la interacción en matrimonios cuyos miembros son psicóticos o prepsicóticos. Se mostró pesimista acerca de un buen desenlace terapéutico en el caso de parejas esquizofrénicas, pues consideró que la elección de cónyuge se había basado, ante todo, en motivos patológicos. Neubeck (1954), Wolf (1950), Moreno (1954) y Whitaker (1958) han trabajado también con los cónyuges conjuntamente.

En el libro cuya edición preparó Eisenstein (1956) hay algunos estudios interesantes de la psicoterapia de cónyuges. (En esta sección, hacemos referencia a los autores de varios de los capítulos del libro de Eisenstein.) Uno de los conceptos fundamentales del trabajo con matrimonios de neuróticos y psicóticas fue que el matrimonio estaba fundado en necesidades y expectativas patológicas y que incluso la elección de un cónyuge estuvo determinada, en gran parte, por una patología previa, originada en una situación del núcleo familiar.

El concepto "lazo simbiótico", para designar especialmente una relación patógena entre madre e hijo, comenzó a circular en la década de 1950. Fue una de las frases que contribuyeron al surgimiento de un nuevo periodo de mayor atención a los patrones de relaciones patógenas dentro de las familias, en vez de la preocupación exclusiva por el aislamiento de todo un conjunto de rasgos negativos de cada uno de los miembros de la familia. Mahler (1952) describió el "síndrome simbiótico" en niños. Dijo que este estado tenía como objeto restablecer la fantasía simbiótico-parasitaria de unidad con la madre. En el síndrome de "autismo, infantil", Kanner (1949) vio que el niño era incapaz de utilizar la relación simbiótica con la madre para orientarse hacia el mundo interior o al exterior.

Limentani (1956), estudió el lazo simbiótico entre adultos esquizofrénicos y sus madres y encontró vigorosos deseos inconscientes de regresar a estados infantiles, de permanecer vinculados a la madre o al terapeuta, tal como niños. La pasividad expresada por los pacientes los protegía del peligro representado por la oposición a las exigencias de sus madres y por el reconocimiento de sus propios sentimientos de falta de valor. Limentani creyó que si el paciente podía aceptar al terapeuta como una persona con la cual podría establecer una relación semejante a la mantenida con la madre, se recuperaría de la parte manifiesta de la psicosis.

Hill (1955), prestó considerable atención a la simbiosis entre la madre y el hijo en casos de esquizofrenia. Sostuvo que la madre era una presencia viva, internalizada en el yo del paciente. Señaló que la madre del esquizofrénico da amor en exceso, pero condicionalmente. El paciente cree que si se alivia, su madre enfermará. Manteniéndose enfermo, preserva el sentimiento de bienestar, mental y físico de su madre. Pero, al aceptar sus condiciones, el paciente renuncia al desarrollo de una personalidad independiente. La descripción que hace Hill del lazo simbiótico va más allá, en algunos aspectos, de la interpretación común de dicho concepto, al postular una dependencia recíproca, de doble sentido, entre madre e hijo. Su formulación está más acorde con el interés actual en la gestalt de las relaciones entre los

miembros de la familia, es decir, en la interconexión y reciprocidad de las necesidades mutuas.

Para resumir brevemente esta sección, diremos que en las décadas de 1940 y 1950 apareció un número considerable de estudios acerca de las interacciones familiares patológicas. Unos subrayaron conceptos teóricos; otros informaron de experiencias, observaciones y estadísticas. Se hizo un gran esfuerzo por relacionar algunos rasgos anormales en los padres, con esos mismos u otros rasgos anormales en los vástagos; se hizo hincapié en relaciones diádicas. Se estaban llevando a cabo desarrollos paralelos de técnicas terapéuticas que permitieron considerar la posibilidad de un enfoque mediante el cual el sistema familiar patológico se convertiría en objeto principal de atención, en vez de la patología del individuo, miembro de la familia, o de la relación diádica entre miembros de la misma.

PATOLOGÍA DE LA FAMILIA Y SU TRATAMIENTO, EN LA DÉCADA DE 1950 Y PRINCIPIOS DE LA DEL 60: LA FAMILIA "PATÓGENA"

Spiegel y Bell (1959) han comentado la aparición, relativamente tardía, del interés en el funcionamiento de la familia como unidad biosocial, en relación con la enfermedad mental. Señalan que "aspectos aislados del cuadro total (rasgos selectos de la relación entre los padres y el hijo, o entre hermanos, factores situacionales o psicodinámicos selectos) han sido investigados ampliamente, pero casi siempre estas relaciones han sido estudiadas fuera de contexto, como si no existiese la familia como una totalidad" (pág. 114). Sin embargo, los autores señalan que en la década pasada ha venido ganando adeptos una nueva manera de abordar el problema, enfoque basado todavía grandemente en la teoría psicoanalítica, pero que trata de eludir los aspectos de la teoría que la experiencia ha comprobado que no son satisfactorios. Este modo de abordar el problema procura evitar el establecimiento de una dicotomía rígida entre organismo y ambiente, para poner en su lugar al paciente en la familia. Uno de los supuestos de este enfoque es que el paciente es un síntoma de la patología de la familia. Por consiguiente, el trabajar con el paciente aislado de la familia no da buenos resultados. La familia debe tratarse como unidad biosocial, a fin de establecer un equilibrio nuevo en el cual el paciente, lo mismo que otros miembros de la familia, puedan mejorar su funcionamiento psicológico. La obra de Richardson (1948) lo mismo que un artículo de Josselyn (1953), fue una de las primeras contribuciones al desarrollo del concepto de familia como unidad biosocial de estudio y tratamiento.

Midelfort (1957) fue uno de los primeros en tratar el problema de la esquizofrenia trabajando sobre la familia, al aseverar que "la terapia familiar es un ejemplo de la terapia de grupo y utiliza los «activos» existentes en el grupo familiar, para convertir en reales y externas, u objetivas aquellas actividades que satisfacen las necesidades sociales y culturales de la persona" (pág. 12). (Hay que hacer notar que Handlon y parloff [1962] han señalado varias de las diferencias principales entre la terapia familiar y la psicoterapia de grupo regular.) Midelfort cree que la unidad familiar se fortalece cuando se convoca a los diversos miembros y recomienda que los parientes asistan constantemente a las sesiones de terapia. Cree que se obtienen resultados terapéuticos benéficos cuando los miembros de la familia ejercen acciones recíprocas con el paciente, de manera afectuosa y amorosa, y ofrece datos que parecen corroborar su impresión de que los pacientes cuyas familias proporcionan esta clase de apoyo evolucionan mejor que aquellos que tienen familias que no lo hacen.

Midelfort subraya la importancia que tiene la existencia de una comunidad de factores culturales en el paciente y el terapeuta, pues cree que una procedencia

étnica y religiosa semejante aumenta la posibilidad del éxito en el tratamiento. El terapeuta procedente de un grupo étnico o religioso diferente, podría ser considerado como un intruso que desea privar a la familia de sus normas y valores únicos.

Midelfort sugiere que el llamado miembro enfermo es aquel que ha sufrido presión excesiva para mantener la subcultura de la familia; o aquel que ha sufrido una crisis que amenaza su sensación de pertenecer a la familia. La persona podrá desear realmente seguir siendo miembro, pero se siente aislada e incapaz de relacionarse significativamente con otras personas. En opinión de Midelfort, un cambio en la conducta de los miembros de la familia aumentará la probabilidad de un cambio benéfico en el paciente. Éste, por supuesto, es el miembro sintomático de la familia, pero su conducta refleja la existencia de una patología familiar general. Al examinar de cerca su conducta, se encontrarán perturbaciones en otros miembros de la familia que parecen estar adaptados.

El trabajo de Midelfort, no obstante su carácter impresionista, estimuló la concentración de la atención en el problema de la patología familiar en la esquizofrenia. Fue uno de los primeros, en este campo, que pusieron de relieve las perspectivas del tratamiento familiar. Más o menos por las mismas fechas, otros iniciaron una exploración más metódica de las relaciones familiares en la terapia familiar, con el fin de estimar el valor de esta última, no solamente como método para tratar la esquizofrenia, sino también como manera de explorar múltiples niveles del funcionamiento de la personalidad.

Uno de éstos fue Bowen (1959, 1960), quien inició su estudio con la hipótesis de trabajo de que el trastorno fundamental del carácter, a partir del cual se desarrollaba la esquizofrenia, era una vinculación sim biótica no resuelta con la madre. Pero después de un año de trabajo con varias madres y sus hijas esquizofrénicas, en un programa de tratamiento ambiental, se vio obligado a revisar sus hipótesis. Pasó a considerar que la reacción esquizofrénica del paciente era síntoma de una patología más amplia, de la familia, y revisó su plan de tratamiento, para incluir en él al mayor número posible de miembros de la misma. Hizo que varias familias, integradas por el paciente, la madre y el padre, viviesen en una sala de hospital durante periodos hasta de dos años y medio. A los padres se les atribuyó la obligación principal en lo que respecta al cuidado de los pacientes, pero se encontró que aquellos pedían y aun exigían la intervención del personal cuando había problemas en la interacción familiar. Bowen observó que cada miembro de la familia tenía su propia idea de lo que ésta representaba. Asimismo, cada miembro exhibía conductas diferentes "dentro" y "fuera" del marco familiar. Estas familias eran presa de un grave trastorno

emocional. Comenta el carácter del tenso clima emocional de la siguiente manera: "un observador imparcial bien podrá aspirar a la objetividad científica, pero dada la tensión emocional que rodea a estas familias, comienza a participar emocionalmente en el drama familiar, tal como en su interior aclama al héroe y aborrece al villano cuando va al teatro" (pág. 351).

Bowen se interesó en la hipótesis de las tres generaciones para explicar el desarrollo de un proceso esquizofrénico. Esta hipótesis fue formulada originalmente por Hill (1955), quien escribió: "...Las madres de esquizofrénicas casi unánimemente mencionan el respeto que tuvieron a sus madres... a través de sus madres han llegado a idealizar la maternidad y creer en la divinidad de ésta" (pág. 113). Hill observó que las abuelas de los esquizofrénicos eran las que "llevaban los pantalones" en la casa y que las madres aprendieron de ellas la técnica de dominio; hábilmente, éstas crearon un sentimiento de culpa a sus hijos.

La versión que nos da Bowen de la hipótesis de las tres generaciones reza como sigue: "Los abuelos fueron relativamente maduros, pero sus inmadureces combinadas fueron adquiridas por el hijo más apegado a la madre. Cuando éste se unió a un cónyuge que poseía un grado igual de inmadurez, y cuando el mismo proceso se repitió en la tercera generación, dio como resultado un hijo (el paciente) con un elevado grado de inmadurez, mientras los demás alcanzaron una mayor." (1960, pág. 354). Quienes se interesen en los estudios actuales que guardan relación con la hipótesis de las tres generaciones, harían bien en consultar los informes de Mendell y Fisher (1958), Fisher y Mendell (1956) y Sivadon (1957).

Bowen utiliza el concepto "divorcio emocional" para explicar un rasgo importante de la vida matrimonial de los padres de esquizofrénicos. Este término abarca una amplia gama de conductas: puede significar una relación en la que los cónyuges parecen tener pocas diferencias patentes y llevar vidas ajustadas, pero en las que no se comparten sentimientos personales muy cargados; por otra parte, puede describir una relación matrimonial en la que los cónyuges parecen congeniar cuando se encuentran en medios sociales comunes y corrientes, pero no pueden tolerarse el uno al otro cuando se encuentran solos. Ambos padres son inmaduros, pero uno de ellos podrá negar su falta de madurez y funcionar mostrando una fachada de sobreadecuación, en tanto que el otro funcionará como la persona manifiestamente inadecuada. Ésta parece tomar las decisiones principales que afectan a la familia, pero en realidad es incapaz de hacerlo. Las circunstancias obligan a tomar decisiones, o se apela a la autoridad externa. Hay que señalar que el nivel de adecuación no es fijo, puede ser mayor o menor, entre los padres.

Bowen concibe que la proyección posee una importancia psicológica muy grande en la relación madre-hijo, que se da en la esquizofrenia. Entiende por ello, que la

madre proyecta sobre el hijo su propio sentimiento de inadecuación o impotencia y que el niño lo acepta. Entonces, la madre no cuida al niño por el niño mismo, sino por la imagen de sí misma que ha proyectado en él. Bowen ha observado casos en que " . . . el soma de una persona corresponde a la psique de otra persona" (1960, pág. 361). Interpreta esto como una transferencia de sentimientos y ansiedades fundamentales entre personas, por ejemplo, entre la madre y el hijo. En esta faceta de proyección, describe un proceso semejante al que anteriormente había descrito Harry Stack Sullivan (1948) con su término "inducción de ansiedad". Sullivan consideraba que era posible que la ansiedad se comunicase entre personas, sobre todo cuando había preexistido una relación de elevada carga emotiva.

La amenaza principal para la madre, en la simbiosis madre-hijo, según Bowen, es el crecimiento del niño. El paso de un nivel de desarrollo a otro puede llevar a la madre a incrementar las demandas y amenazas o aun a tomar represalias. El equilibrio emocional establecido en los primeros años de la vida del niño queda perturbado por el crecimiento del mismo. La adolescencia es una etapa especialmente crítica, a causa de los numerosos desarrollos fisiológicos, sociales y psicológicos de este periodo. En él, un acto del niño conducente a su independencia, provoca una violenta respuesta de parte de la madre, a fin de hacerlo retroceder hasta su posición de impotencia. Bowen nos informa de un paciente que se volvió psicótico a los quince años de edad, después de fracasar en sus esfuerzos por liberarse, hasta cierto punto, de una madre dominante. Otros lograron alcanzar alguna independencia al llegar a la adolescencia, para fracasar en una etapa posterior, tal vez como resultado de las tensiones que acompañan al ingreso en la universidad, al primer empleo o al matrimonio.

Bowen cree que se había producido un relajamiento de los patrones familiares fijos, en algunos de los casos tratados por él. Observó que el paciente solía mejorar cuando los padres comenzaban a mostrar una mayor sensibilidad emocional entre sí. Entonces, el paciente llegaba incluso a tolerar algunas críticas de los padres y a aceptar también que lo manejaran un poco. Si la relación entre los padres se deterioraba más tarde, el estado del paciente también empeoraba.

Brodey (1959) ha escrito acerca de las familias a las que se observó en el proyecto dirigido por Bowen. Describe el tipo de relación que vio en las familias, diciendo que es un sistema circular o de retroalimentación, en el cual " . . . lo producido por la causa afecta simultáneamente a la fuerza causal" (pág. 379). Hace comentarios acerca de las dificultades con que tropezaron el personal y las familias al trabajar en común. Los miembros del personal se convirtieron en figuras sustitutas de los padres y se produjeron choques entre éstos y los verdaderos padres, cuando un grupo trató de probar la vulnerabilidad del otro.

Brodey asevera que el niño potencialmente esquizofrénico es el campo de batalla donde los padres tratan de arreglar conflictos graves. Sin embargo, al concentrar su atención en sí mismo, más que en sus padres, el paciente hace que resulte más difícil para éstos resolver sus diferencias. Buscan una resolución a través de él y, de esta manera, la unidad de la familia nuclear queda sumida en una situación circular, en la que todas las partes tienen un elevado interés narcisista.

Aunque no investigaron el proceso de la psicoterapia familiar misma, Lidz, Cornelison, Fleck y Terry (1957a) estudiaron el ambiente intrafamiliar en 14 familias que tenían un miembro esquizofrénico. Se entrevistó a los miembros de aquéllas a lo largo de periodos que oscilaron entre seis meses y dos años. En este estudio, se pidió que la madre viviese y pudiese estar presente en entrevistas, lo mismo terapéuticas que generales, y también que viviese un hermano al que se le pudiese comparar con el paciente. Se llevaron registros de la integración familiar, y diversos miembros del personal hicieron visitas a los hogares. Se estudiaron diarios y otras pertenencias personales, además de llevar a cabo tests proyectivos.

El padre de la familia que tenía un miembro esquizofrénico, fue uno de los puntos principales del estudio de Lidz y colaboradores (1957a) antes mencionados. En un estudio anterior (Lidz y Lidz, 1949) se llegó a la conclusión de que la influencia del padre era tan nociva como la de la madre. Si algunos de los padres hubiesen sido más estables, dijese, el niño potencialmente esquizofrénico tal vez no se habría enredado tanto en la simbiosis patológica con la madre. En los estudios de HadjuGimes (1940), Ellison y Hamilton (1949) y Frazee (1953) se reveló que algunos de los padres de esquizofrénicos eran crueles y repulsivos.

En el estudio de seguimiento de los padres de esquizofrénicos, Lidz y colaboradores (1957a) examinaron cinco tipos de aquéllos. El primer grupo estuvo compuesto de padres de pacientes del sexo femenino, que tenían graves conflictos con sus esposas. Estos hombres habían tratado de socavar la autoridad de sus cónyuges, procurando poner de su parte a las hijas. Habiendo quedado decepcionados en sus matrimonios, trataron de moldear a sus hijas de manera que satisficieran sus necesidades. Tendieron a ser algo paranoicos, poco razonables en sus demandas y desconfiados en general. La hostilidad de los padres hacia sus esposas podía observarse en la patente seducción sexual, que a veces manifestaban con, sus hijas.

El segundo grupo de padres se caracterizaba por dirigir la hostilidad, hacia sus hijos, en vez de sus esposas. Este grupo estuvo constituido por padres de pacientes del sexo masculino. Se portaron como hermanos mayores celosos, y experimentaron un sentimiento de rivalidad con sus hijos para merecer la atención de sus esposas; rebajaron a sus hijos y minaron su confianza en sí mismos. Confundidas por las celosas demandas de los esposos, las esposas tendieron a

recurrir a los hijos en busca de afecto. Los hijos, a su vez, al advertir la ineptitud de los padres para cumplir su papel de esposos, procuraron llenar el vacío en las vidas de sus madres. Estos padres manifestaron narcisismo intenso, suspicacia e ideación de tipo paranoide y estuvieron sujetos a reacciones coléricas.

Un tercer grupo de padres se caracterizó por un exaltado concepto de sí mismos. Aunque algunos exhibieron capacidades y realizaciones reales, subestimaron éstas en comparación con su estimación grandiosa de sí mismos. Los padres se mantuvieron "despegados" y fríos con sus hijos. Los hijos, desde temprana edad, vivieron con la idea de que no podrían llegar a las alturas de sus padres. Las esposas apoyaron las fantasías de sus esposos en lo relativo a su omnipotencia y al mismo tiempo, privaron de atención a los niños. Los hijos tal vez reconocieron que la autoglorificación del padre existía solamente en su fantasía, lo cual, sin embargo, no hizo sino contribuir a la desconfianza de los niños respecto a las demás personas y a la defectuosa formación de su superego.

Un cuarto grupo de padres estuvo constituido por gente a la que se describió como fracasada; apenas se ocupaba del cuidado de los niños, puesto que los absorbía su convicción de carencia de valor personal.

Eran figuras patéticas, sin prestigio en la familia, despreciados por sus esposas. Un quinto grupo de padres estaba integrado por hombres muy pasivos, que aceptaban totalmente el papel dominante de sus esposas en el matrimonio. Prestaban apoyo pasivo a éstas, pero nunca tomaban decisiones importantes que afectasen a la familia. Eran figuras masculinas inadecuadas para la identificación con ellas, aunque en algunos casos eran agradables y afectuosos con los niños.

Recientemente, Lidz y Fleck (1960) revisaron críticamente su trabajo sobre el ambiente intrafamiliar en familias con miembros esquizofrénicos. En este trabajo, concentraron la atención sobre la patología observada en la relación matrimonial, al señalar que "las ansiedades transmitidas al niño por la madre pueden haber tenido que ver menos con sus preocupaciones por el niño que con sus preocupaciones por el esposo. La conducta de rechazo de un padre puede reflejar el deseo de deshacerse del matrimonio, al cual el niño lo ata" (pág. 335). Los autores subrayan que las familias esquizofrénicas no logran diferenciar claramente las dos generaciones que participan de manera más directa en las relaciones de la familia nuclear. Han empleado los términos cisma matrimonial y desviación matrimonial (véase el estudio de Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1957b) para caracterizar la relación perturbada. En estos dos procesos se observa un fracaso mutuo de los cónyuges, en lo que respecta a satisfacer las necesidades dinámicas profundas de cada uno de ellos; en el primer caso, las familias se mantienen unidas a pesar de las disputas patentes; en el segundo, una armonía manifiesta encubre un desacuerdo. Los cismas y las desviaciones matrimoniales preparan el camino para

una seducción del hijo por parte de alguno de los cónyuges, con el objeto de formar una alianza patológica.

Lyman Wynne se ha interesado en el desarrollo de conceptos que pudiesen explicar los procesos patogénicos subyacentes en las familias. Un artículo de Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch (1958) se refiere al trabajo realizado con familias de esquizofrénicos hospitalizados, iniciado como parte de un programa mayor de terapia familiar. Los pacientes recibieron psicoterapia intensiva en el hospital y al mismo tiempo se atendió a los padres en consulta externa, dos veces por semana. Se tomaron datos de otros miembros de la familia, del personal del hospital y del administrador de la sala. Este artículo se basa en una psicoterapia conjunta muy intensiva en las familias y los pacientes, aunque los autores también hicieron algunas experiencias de psicoterapia familiar conjunta.

Los autores describen algunas formas de relaciones interpersonales de grupo. Una de ellas es la de pseudomutualidad, forma de relación que se considera particularmente patógena. La pseudomutualidad es un tipo de relación en la que existe, en los miembros de la familia, la preocupación por encajar y armonizar juntos en el desempeño de papeles formales, a expensas de la identidad individual. Mientras en el caso de la verdadera mutualidad, los miembros de la familia pueden experimentar un sentimiento de identidad personal y de separatividad, en la pseudomutualidad está prohibida la divergencia. Los miembros de la familia se esfuerzan por mantener una apariencia externa de uniformidad. Los autores aseveran que "... la relación de pseudomutualidad encierra un dilema característico: se estima que la divergencia amenaza con deshacer la relación y, por consiguiente, debe evitarse; pero si se hace esto, entonces es imposible el crecimiento de la relación" (pág. 207).

Wynne y colaboradores (1958), sugieren que la organización característica de la familia en la que existe un miembro esquizofrénico, es aquella en la que hay un número limitado de papeles fijos, pero los miembros de la familia pueden cambiar de papel, e incluso puede haber competencia por algunos papeles. En uno de los casos descritos por los autores, dos hijas intercambiaron papeles durante la adolescencia: la que había sido la niña "buena" se volvió díscola, rebelde, y sufrió un episodio psicótico; la niña "mala" se volvió pusilánime, pasiva y obediente.

En las familias en las que existe un miembro esquizofrénico potencial, dicen los autores, la divergencia no solamente queda excluida de la toma de conciencia, sino que se aplican mecanismos en virtud de los cuales pueden abortar amenazas futuras a la uniformidad. No obstante esto, la divergencia es una amenaza omnipresente, aunque solamente lo sea por la razón de que casi todo lo que le ocurre a la familia puede interpretarse como fuente de posible divergencia. Cuando hablan de mecanismos para reducir ésta, los autores aclaran que no piensan

únicamente en un ocultamiento consciente de información, sino en un proceso fundamental e inconsciente: "el problema es más un fracaso primordial del yo, en lo que respecta a la articulación del sentido de la experiencia y de la participación, que una defensa del ego contra el reconocimiento consciente de significados particulares (Wynne y colaboradores, 1958, página 210).

En las familias que practican un grado elevado de pseudomutualidad, los miembros actúan como si se encontrasen verdaderamente en una unidad autosuficiente. La estructura pseudomutualista se apoya en toda una diversidad de medios, entre los que figuran los mitos y las ideologías acerca de la familia. A los hijos se les recompensa cuando se comportan con uniformidad y dependientemente respecto a la familia, pero son castigados cuando se comportan independientemente. En uno de los casos mencionados, los autores descubrieron que hasta el preciso momento en que fue necesario hospitalizar a un hijo, los padres no parecieron darse cuenta de los cambios que se estaban efectuando en él. Al parecer, no se percataron absolutamente del estado de turbación y ansiedad expresado en las cartas que había escrito. Su turbación se había agudizado a consecuencia de la ambivalencia que experimentaba respecto a los esfuerzos realizados por volverse más independiente de la familia. En otros casos, el secreto se utilizó para prevenir la divergencia. Al miembro potencialmente esquizofrénico se le privó de información importante; las actividades del paciente fueron investigadas en secreto por la familia, aunque decían sostener firmemente la opinión de que la vida del paciente era asunto de éste.

Wynne y colaboradores (1958) aseveran que la relación familiar patológica es uno de los más importantes factores causales de la esquizofrenia, en un párrafo afirman que: "la fragmentación de la experiencia, la difusión de la identidad, los modos alterados de apreciación y de comunicación, y algunas otras características de la estructura reactiva aguda del esquizofrénico se derivan, en grado considerable y a través de la internalización, de las características de la organización social de la familia" (pág. 215). En algunos casos, la estructura de papeles de la familia es internalizada por el paciente, como un superyó primitivo que determina la conducta directamente. El yo de la persona queda empotrado en el superego; su identidad está determinada en gran parte por sus acciones. Entonces, puede producirse un pánico esquizofrénico durante alguna fase crítica del desarrollo, cuando el yo trata de separarse del superego primitivo. Los autores señalan que la pseudomutualidad

es un fenómeno que puede observarse generalmente en las familias, aunque es especialmente intensa y duradera en las familias que tienen un miembro esquizofrénico. El episodio esquizofrénico agudo representa un rompimiento de la pseudomutualidad, un intento de restaurarla y un intento de individualización por parte del miembro perturbado de la familia, a través del cual solamente se alcanza una individualización parcial.

Wynne (1961) ha descrito, más recientemente, los conceptos alineamiento y escisión, en las familias de esquizofrénicos. El primero se define como la apreciación de que dos o más miembros de la familia están unidos por un lazo común y tienen sentimientos positivos, uno respecto del otro, en lo que se refiere a la realización de la finalidad de su vínculo. En la escisión hay una experiencia de oposición entre miembros de la familia, con la existencia de un componente emocional negativo. En grado considerable, el alineamiento y la escisión de las familias determinan el equilibrio emocional. En el mismo artículo, Wynne describe también un concepto de pseudohostilidad, diciendo que es una conducta en la que parece existir una escisión ". . . que puede ser sobremanera dudosa e intensa, pero quedar limitada a un nivel superficial de experiencia e interacción... La pseudohostilidad sirve para borrar y oscurecer el impacto, por una parte, del afecto y la intimidad productores de ansiedad, y por otra, de una hostilidad que se va ahondando y convirtiendo en destrucción, impotencia reconocida y separación perdurable" (pág. 110).

Un estudio de Ryckoff, Day y Wynne (1959), describe una estructura particular de papeles, observada en familias que tienen un miembro esquizofrénico, y en el cual los papeles en la familia estaban excesivamente simplificados, eran rígidos y estereotipados. Este patrón inhibitorio -impide una buena formación de la identidad y da lugar a una crisis grave. Un estudio todavía más reciente (Schaffer, Wynne, Day, Ryckoff y Halperin, 1962), averigua el interesante predicamento en que se cae cuando los sistemas de valor del terapeuta y de la familia chocan. Los autores lo resumen de la manera siguiente:

El psiquiatra, en sus esfuerzos tendientes a introducir la idea de relación y continuidad, viola la cultura de la familia; exactamente de la misma manera, las respuestas de la familia (la destrucción sistemática del significado y la negación de la autenticidad) son experimentadas por el psiquiatra como acto de violencia extrema. Estos intercambios (que tienen muy poco que ver con la conversación), tanto dentro de la familia como entre ésta y el psiquiatra, están caracterizados esencialmente por la incapacidad o el fracaso mutuo para comprender, tolerar o confirmar la experiencia del otro (pág. 44).

En 1956, Bateson, Jackson, Haley y Weakland publicaron un informe en el que trataron de formular una teoría extensa de la esquizofrenia. Este trabajo presentó los grandes rasgos de una teoría que concentraba su atención en el aspecto de la comunicación, tanto verbal como no verbal. El importante concepto de la doble ligadura apareció en este artículo. Lo que se requiere para que exista la situación de la doble ligadura es lo siguiente: dos personas, al menos, incluyendo una que podremos calificar de "víctima"; deben repetírsele temas o experiencias importantes a la víctima; deben existir mandamientos negativos, niveles conflictivos de mandamientos y amenaza de castigo en caso de desobediencia, así como otros mandamientos que impidan a la víctima escapar del campo de comunicación. La llamada "víctima" ve su vida como si estuviese fundada en un determinado número de interacciones fundamentales de doble ligadura con personajes importantes como los padres, por ejemplo. Más de dos personas pueden participar en una interacción de doble ligadura; por ejemplo, uno de los progenitores puede nulificar sutilmente en el hijo la comunicación con el otro.

Bateson y colaboradores (1956) describieron la situación patológica de doble ligadura, de la siguiente manera: una madre que se siente ansiosa y hostil, por la amenaza de excesiva intimidad con su hijo y que responde a su hostilidad, asumiendo una actitud demasiado amorosa para con el niño; y la falta de una figura fuerte, perspicaz (por ejemplo, el padre), que pueda apoyar al niño. El gran problema de la madre es el del control de su ansiedad en relación con el hijo. Trata de conseguir esto manipulando la comunicación, a fin de producir el grado de proximidad emocional que pueda tolerar. El niño tal vez no se dé cuenta de que la actitud demasiado amorosa de su madre encubre una hostilidad fundamental; pero si quiere conservar el amor que ella le puede dar, no debe permitirse a sí mismo comunicarle a ella este conocimiento. Reconoce que es peligroso para él interpretar con exactitud sus sentimientos y pensamientos más profundos. Como dice el autor: "se castiga al niño por apreciar con acierto lo que ella expresa y también por apreciarlo incorrectamente; se halla en una situación de doble ligadura".

La doble ligadura patológica produce toda una variedad de emociones perturbadoras: impotencia, miedo, exasperación y rabia, entre otras. La madre puede hacer caso omiso, por completo, de estas reacciones del niño. El padre podrá sentirse irritado por la conducta de la madre respecto al hijo, pero se mantendrá pasivo o causa de la peculiar relación que tiene con su esposa. La psicosis del hijo es una manera de enfrentar la situación de doble ligadura. Por una parte, tiene el efecto de alterar ésta; sin embargo, a menudo el paciente no hace sino recrear la misma situación o crear ligaduras nuevas, más patológicas aún.

Jackson (1957) es un vigoroso exponente del método del tratamiento familiar. Ha postulado el concepto de homeostasis familiar, estado hipotético en el que el cambio en un miembro de la familia, produce cambios en otros miembros de la misma. En uno de los casos que cita, un esposo llamó al psiquiatra para informarle que su esposa, que estaba sometida a psicoterapia a causa de una depresión recurrente, estaba planeando suicidarse. El psiquiatra le respondió que creía que la esposa había venido mejorando realmente. El esposo se pegó un tiro al día siguiente de haber hablado por teléfono. La conclusión de Jackson fue que existía una homeostasis patológica entre los cónyuges; el esposo se volvió autodestructivo cuando la esposa comenzó a renunciar a sus ideas de autodestrucción.

En otro trabajo, Jackson (1961) habla de algunas de las ventajas y desventajas de la psicoterapia familiar. Una de las ventajas es que el uso de la técnica aumenta las posibilidades de romper el "código" de comunicación del esquizofrénico. El terapeuta se encuentra presente mientras el paciente y los miembros de la familia tratan de matizar o de recusar los mensajes que se envían unos a otros y, de tal manera, puede reconstruir el proceso en virtud del cual la comunicación tiende a desplazarse a un nivel patológico. La desventaja primordial, mencionada por Jackson, es el peligro de que la psicoterapia familiar produzca una grave desarmonía familiar y tenga como consecuencia periodos de alcoholismo, trastornos psicósomáticos, separación y divorcio. En este trabajo, Jackson menciona también (y es una de las primeras referencias que se hacen de ello) los problemas inherentes a la relación entre los miembros del equipo terapéutico.

Haley (1959) ha pensado en las formas en que las tres personas de la familia nuclear pueden interactuar, en los casos de familias que—cuentan con un miembro esquizofrénico. Asevera que en éstas existe incongruencia entre lo que se dice y lo que se quiere conseguir. Se hacen declaraciones, luego se las matiza y se las contradice. Haley sugiere que al negarse a sí mismo la comunicación racional, el esquizofrénico gobierna realmente la comunicación de otros. Al excluir las relaciones sociales normales, impone una situación que requiere que se le hospitalice. Haley llega a la conclusión de que: "cuanto más intenta una persona evitar ser gobernada o gobernar a otros, tanto más impotente se vuelve y de tal manera, gobierna a otros al obligarlos a hacerse cargo de ella" ;('página 372).

Weakland (1960) dice que la situación de doble ligadura encierra un par de mensajes, de niveles diferentes "... los cuales están relacionados, pero son incongruentes entre sí" (pág. 376), y señala que algunos conceptos, como el de doble ligadura, pueden adaptarse a interacciones,

tanto entre tres personas como entre dos. Menciona los conceptos desarrollados por investigadores, como Lidz, Bowen y Wynne, y afirma que quedan comprendidos en el espectro de la teoría de la comunicación de Bateson y sus colaboradores. Por ejemplo, el concepto de pseudomutualidad de Wynne " . , implica la existencia de algunos mensajes que pretenden intimidad, mientras otros indican lo contrario" (pág. 382). Weakland hace referencia al descubrimiento de Stanton y de Schwartz (1954) de que los pacientes que se excitaban patológicamente daban lugar, a menudo, a desacuerdos entre el personal y frecuentemente se tranquilizaban cuando éstos se resolvían de manera mutuamente satisfactoria. Weakland utiliza su descubrimiento como ejemplo de la manera en que la comunicación contradictoria al paciente puede estar envuelta en las interacciones de grupo, muy complejas.

Sobre la base de experiencias de tratamiento individual y familiar, emprendidos simultáneamente, Boszormenyi-Nagy (1962) ha desarrollado el concepto de complementaridad patológica de necesidades. Se intentó establecer cómo las necesidades inconscientes de posesión en los padres, dan forma a la estructura psíquica del niño. Las necesidades, inconscientes se transmiten al niño como rígidas demandas del superego, que aquél acepta de manera pasiva. Al aceptar tales demandas, de satisfacer las necesidades de dependencia del niño. En esta situación, las, necesidades se satisfacen recíprocamente; los padres y el niño alimentan mutuamente sus respectivas demandas narcisistas. La repetición de esta recíproca satisfacción de necesidades se convierte en preocupación para el niño y no logra establecer una identidad que le permitiría una existencia independiente del resto de la familia.

Según Boszormenyi-Nagy, la complementaridad patológica de necesidades puede tener el valor de ayudar a vencer los sentimientos de soledad, impotencia o aislamiento. Los padres que se han visto privados de sus propios padres, por deceso o separación, inconscientemente podrán tratar de recuperar al padre perdido a través de una relación con el hijo, sobre todo si el otro cónyuge no logra dar satisfacción a esta necesidad. Entonces, el niño se transforma en una especie de figura paterna o materna. Boszormenyi-Nagy contrasta su concepto de complementaridad patológica de necesidades con el de pseudomutualidad de Wynne, al decir que: "mientras el concepto de pseudomutualidad connota un «sentimiento de relación», que se convierte en una «experiencia hueca y vacía», el concepto de complementaridad de necesidades hace hincapié en una experiencia de relación entre miembros de la familia que, aunque sea regresiva, tiene «sentido».

La complementariedad de las necesidades profundas entre diversos miembros de la familia, junto con otros factores, tales como los patrones específicos de comunicación o la interiorización de la «estructura de papeles de la familia», contribuyen -a establecer una «homeostasis». . . " (pág. 14).

Recientemente, Boszormenyi-Nagy y Framo (1962) han acuñado la expresión "transferencia familiar" para designar la tendencia de algunos pacientes a evocar una atmósfera familiar en el personal del hospital, el ambiente físico, los demás pacientes, etc. Los autores señalan una correspondencia entre el ambiente del hospital y la vida familiar, porque ambos "... conducen sobresalientemente a la estimulación de expresiones relativamente irrestrictas de hostilidad y de formas infantiles de sexualidad (manoseo físico, exhibición del cuerpo, compartir intimidades físicas, etc), con un mínimo de consecuencias sociales. Tentaciones y tabúes intensivos invaden tanto la vida en familia, como en el hospital" (pág. 3). En el ambiente del hospital, descrito por los autores, a los pacientes les era posible descubrir relaciones que sustituían o diluían las relaciones patológicas establecidas dentro de la familia. El medio terapéutico desarrolló relaciones semejantes a las que existen entre hermanos, y los pacientes mostraron también tendencia a recrear la relación padre-hijo con el personal. La transferencia y la contratransferencia se observaron en algunos miembros del personal, quienes necesitaron orientación para superar el resentimiento, cuando un paciente favorecido pareció rechazarlos o apartarse de sus intentos de proporcionar ayuda.

En una publicación reciente, Whitaker, Felder, Malone y Warkentin (1962) expresan su dedicación fundamental al tratamiento orientado a la familia: "ahora nos parece que la manera más eficaz de neutralizar las relaciones críticamente patógenas, consiste en tratar a toda la familia del esquizofrénico como una unidad" (pág. 157). Este enfoque constituye el tema del libro de cuya preparación editorial se encargó Whitaker (1958a). Éste y Malone describen, en el matrimonio de padres de hijos esquizofrénicos, un proceso semejante al descrito por Bowen y Lidz: la separación emocional de los padres. En su trabajo clínico encuentran la confirmación, en familias de esquizofrénicos, de una madre dominante y un padre inadecuado. Los padres tratan de satisfacer sus necesidades a través del niño, y no de ellos. Estos autores han realizado un uso interesante de la técnica terapéutica, que requiere el empleo de más de un psicoterapeuta por paciente. Utilizan una terapia de relación intensiva, a la que a veces han calificado de "experiential".

Un acontecimiento práctico sobresaliente, que afecta al trabajo en el campo de la psicoterapia familiar, es la publicación de una revista a cargo de Jay Haley, intitulada Family Process. Ésta hace hincapié en

la investigación sistemática de diversos aspectos en la vida familiar y, en número reciente, Haley (1962a) hizo un comentario de los diversos enfoques del estudio y tratamiento de la familia. El propio Haley describió la familia, diciendo que es un sistema homeostático, en el cual el cambio efectuado en una parte produce una reacción en otra. El cambio puede ser efectivo, si se produce en un punto clave. Haley (1962b) ha presentado también algunos de los problemas del diseño, el muestreo y la medición en las investigaciones de terapia familiar. Ha tratado de clasificar algunas transacciones que tienen lugar entre miembros de la familia y ha ideado un marco novedoso y un método para la medición de la conducta familiar. Los grupos familiares fueron observados por él, en lo que respecta al número y los tipos de coaliciones efectuadas.

Towne, Messinger y Sampson (1962) comentaron el concepto simbiosis en otro artículo aparecido en *Family Process*. Las relaciones simbióticas que se observan en la familia son más complicadas de lo que comúnmente se cree; envuelven siempre a una tercera persona que posee un valor esencial para el mantenimiento del sistema. Se describen tres patrones simbióticos: la fusión, la conversión y la oscilación.

En uno de los pocos artículos que se han escrito sobre teoría de la psicoterapia familiar, Framo (1962) ha examinado diferentes aspectos de la resistencia, la transferencia y el trabajo de equipo en la estructura de la terapia. Friedman (1962) ha descrito la terapia familiar llevada a cabo en el hogar del paciente (1962). Cree que este método tiene la ventaja de permitir la observación directa del habitat natural de la familia. Sonne, Speck y Jungreis (1962) estudiaron una forma particular de resistencia en las familias a la cual calificaron de "maniobra del miembro ausente". Ésta es considerada como una forma en que la familia hace resistencia a la maduración, y como una forma de defensa contra la ansiedad generada en el transcurso de la terapia. McGregor (1962) nos habla de una terapia de impacto múltiple en 55 familias, en las cuales había adolescentes-problema; en este tipo de terapia, la familia y otras personas relacionadas con ella se reunieron con los terapeutas, en sesiones intensivas que duraron de dos a tres días.

En otro artículo de *Family Process*, Zuk, Boszonny-Nagy y Heiman (1963) nos ofrecen testimonios de la existencia de un proceso de complementariedad, que afecta la conducta de risa en sesiones de psicoterapia familiar con tres miembros de la familia, uno de los cuales es esquizofrénico. En el momento de las sesiones, en que la risa se producía característicamente con mayor frecuencia en la hija esquizofrénica, era menos frecuente en los padres; en el momento en que era menos frecuente en la hija, lo era más en los padres. En una investigación en la que siguió estudiando el significado de la risa, Zuk (1964) nos ofrece testimonios que muestran cómo la risa puede utilizarse para disfrazar o matizar información; cómo se la puede usar para mantener una alianza

de los miembros de la familia contra extraños; y cómo se la puede utilizar para disuadir a los psicoterapeutas de llevar a cabo algunas clases de averiguaciones.

Titchener, D'Zmura, Golden y Emerson (1963) han realizado una útil aportación al definir dos términos frecuentemente utilizados para designar los sistemas familiares: patrón y estilo. Los autores aseveran que por "patrón" entendemos una sucesión de acciones en la que participan dos o más miembros de la familia, de carácter repetitivo, con algún grado de automatismo, y que es empleada como parte de la función adaptativa del sistema familiar... Cazando hablamos de estilo, nos referimos a la organización total y al acoplamiento de unos patrones, en otros, en una adaptación familiar" (pág. 103).

En un artículo de revista, Meissner (1964) describe algunos de los puntos fuertes y algunas limitaciones de las posiciones teóricas dominantes. Señala que la teoría de la comunicación no nos dice nada acerca del "hecho" del rompimiento psicótico, ni explica las diferencias entre la comunicación psicótica y la prepsicótica. La teoría de los papeles no explica por qué un niño de la familia "hereda" el papel psicótico, mientras que otro no.

Meissner se pregunta si alguna teoría transaccional puede abarcar adecuadamente el complejo de acontecimientos del sistema de la familia. Sin embargo, sugiere que las variables realmente importantes pueden encontrarse en una teoría, aún no desarrollada, de un nivel emocional primitivo de existencia.

Sin duda alguna, son interesantes otras publicaciones que recientemente han aparecido, aparte de Family Process, sobre técnicas y teorías de la psicoterapia familiar, Rosenbaum (1961) nos habla de las semejanzas entre el paciente y su familia en la esquizofrenia. James Jackson (1962) describe cómo ha utilizado la terapia familiar para ayudarse a superar puntos muertos en psicoterapia individual. Carrol (1960) habla de su experiencia en sesiones de terapia familiar conjunta, con familias de niños perturbados. Reidy (1962), Goolihian (1962), Cutler y Hallowitz (1962) nos hablan también de sus "experiencias de terapia familiar" conjunta en el trabajo con niños perturbados. El informe de Goolishian describe el estudio y tratamiento llamado de "impacto múltiple" con familias, ideado por el grupo con que colaboró.

Investigadores europeos y de otras partes del mundo han publicado también trabajos sobre procesos familiares. Lyketsos (1959), Main (1958), Elles (1962), Howells (1961) y Schindler (1958), han aportado interesantes observaciones en materia de psicopatología familiar. Rubinstein (1960) ha propuesto un concepto de "esquizogenia", que afirma que el proceso patológico se produce en el genio, la familia, en patología de la familia y su tratamiento

En contraste con el concepto de esquizofrenia que pretende que la enfermedad reside en el individuo.

En las últimas décadas, varios investigadores, aunque no han concentrado su atención directamente en el problema de la esquizofrenia, han realizado valiosas aportaciones al estudio de la patología familiar en la enfermedad mental. Entre quienes tienen una formación primordialmente clínica figuran: Nathan Ackerman, John Spiegel, John Bell, y Martin Grotjahn.

Uno de los exponentes más destacados del tratamiento y el diagnóstico familiares es Ackerman (1957, 1958 y 1960), quien ha trabajado con grupos familiares desde hace tiempo; primordialmente con padres y niños perturbados. Su sistema de estimación diagnóstica hace hincapié en la participación de la familia, desde el principio tomada en su conjunto. Cree que examinando a la familia junta, desde la primera entrevista, obtiene una impresión más precisa de los problemas dinámicos que la que obtendría si entrevistase por separado a los miembros de la misma o recibiese la historia del caso, proporcionada por otros profesionales. La técnica de Ackerman consiste en concentrar la atención en lo que perturba inmediatamente a la familia, y no tanto en los problemas que podrían traer del pasado. Participa activamente tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, y a menudo ha desempeñado el papel de un pariente de mayor edad o de consejero en las sesiones de tratamiento.

Más recientemente, Ackerman (1962) ha señalado algunas diferencias esenciales entre el psicoanálisis y la psicoterapia familiar. El modelo psicoanalítico es un fenómeno de una persona y, aunque influya otra persona externa: el psicoanalista, este fenómeno es esencialmente no social, por lo cual, las personas y las situaciones que afectan la vida diaria del paciente no pasan a ocupar el primer plano de la terapia. El modelo de la psicoterapia familiar es un fenómeno en el que participan dos o más personas, y es plenamente social. En este tipo de terapia se consideran conjuntamente acontecimientos de origen intrapsíquico e interpersonal.

Aunque Spiegel (1957) no se haya interesado primordialmente en el proceso de tratamiento como tal, ha mostrado su interés en los problemas de transacción de papeles dentro de familias que tienen un miembro perturbado mentalmente. Señala que la familia es un sistema en pequeña escala, cuyo equilibrio está cambiando constantemente. Existe un elevado nivel de complementariedad de papeles en la familia, la toma de decisiones tiene lugar a un nivel bajo, los acontecimientos tienden a producirse de manera automática y existe considerable espontaneidad en los miembros que mantienen relaciones de acción recíproca.

Son estos rasgos los que tienden a caracterizar a todas las familias. Sin embargo, hay algunas fuentes especiales de roce o de tensión que dan origen al desequilibrio. Una de tales fuentes es el conflicto entre papeles. En su artículo, Spiegel describe diversas maneras de restablecer el equilibrio en la familia. La modificación de papeles puede ser resultado de-, un nuevo equilibrio; si lo es, entonces la nueva solución se absorbe en la rutina familiar normal. Así también, el conflicto entre papeles puede ser internalizado por miembros de la familia y producir dificultades interpersonales, tanto dentro como fuera de ella. Las situaciones de conflicto entre papeles dan origen, naturalmente, a estados de desequilibrio.

Bell (1961), uno de los primeros que trabajaron con el método de tratamiento familiar, ha descrito en una monografía reciente su manera de proceder en casos de conducta infantil perturbada. Considera que el terapeuta es una persona que ayuda a los padres a imponer restricciones graduales y razonables a la conducta del niño, en el transcurso de la terapia; ayuda a los padres a comunicarle al niño la necesidad de hablar acerca de problemas, e impide que aquellos ejerzan injustamente su autoridad en la situación de tratamiento. Se abstiene de competir con los padres, pero apoya las verbalizaciones del paciente. El carácter de apoyo de la terapia por la que aboga Bell, se pone de manifiesto en su observación de que "... por caótica que sea miento confirma que cada uno de los padres es parte integral y significativa del grupo que de la vida, la familia" (pág. 52).

Recientemente, Grotjahn (1960) ha descrito un método de tratamiento psicoanalítico de familias en las que el conjunto familiar podría calificarse de neurótico. Afirma que la finalidad primordial de la terapia familiar es la comprensión y el tratamiento de la neurosis familiar complementaria, y no la neurosis sintomática de un miembro de la misma. Al parecer, Grotjahn no ve familias regularmente en sesiones conjuntas, sino que prefiere investigar la neurosis familiar a través del análisis del paciente primordial y, a veces, a través de una psicoterapia simultánea por medio de la cual trata a miembros de una familia o matrimonios al mismo tiempo, pero por separado.

Varios científicos sociales han realizado valiosas aportaciones al estudio de la patología familiar, tomado como factor importantísimo del trastorno mental. Aunque en la mayoría de los casos no se han entregado al estudio de la esquizofrenia, vale la pena mencionar su trabajo. Teorías y métodos nacidos de éste han ejercido considerable influencia en personas que han trabajado más directamente en el tratamiento familiar de la esquizofrenia. Entre estos científicos, psicólogos y sociólogos por igual, figuran: Otto Pollak (1956), John Clausen y Melvin Kohn la vida familiar, el tratay cada- uno de los niños se encuentra en el centro (1959, 1960), Talcott Parsons y Robert Bales (1955), Marvin Opler (1956), Robert Hess y Gerald Handel (1959), Reuben Hill (1949),. Erika Chance (1959), Jerome Myers (1959, con Bertram Roberts), Rhona y Robert Rapaport (1961), Joseph Eaton (1955, con R. J. Weil), Florence Kluckhohn (1954, con John Spiegel), A. B. Hollings-head (1958, con

F. C. Redlich), y John y Elaine Cumming (1962). Varios estudios empíricos de organización de grandes grupos en hospitales para enfermos mentales, llevados a cabo por científicos sociales, parecen contener importantes consideraciones para la comprensión de la patología en grupos familiares más pequeños. Entre ellos están los, estudios de Dunham y Weinberg (1960), Goffman (1957) y Scheff (1961).

Varios psicoterapeutas destacados, aunque no hayan utilizado principalmente la técnica del tratamiento familiar, han hecho aportaciones valiosas a la comprensión de los aspectos de relación más profundos en el tratamiento familiar. Entre ellos figuran: Rosen (1953), Fairbairn (1954), Will (1958) Searles (1959), Hayward (1961), Laing (1960) y Guntrip (1960).

DISCUSION

Un concepto medular de la psicoterapia familiar es aquel que afirma, que la enfermedad mental de los miembros de la familia es síntoma de una patología mayor, interrelacionada, familiar; y tal vez, la contribución más notable, hasta la fecha, a la psicoterapia familiar, lo constituye el establecimiento de una patología inconsciente, de la que es partícipe toda la familia.

El énfasis en los estudios se ha desplazado del concepto de padre o. madre patógenos, hasta el de relación familiar patógena, que comúnmente abarca por lo menos al grupo de la familia nuclear. La psico terapia familiar ha comenzado a revelar los efectos de la patología acumulativa sobre una persona; se entiende por esto que entre las causas posibles de la esquizofrenia, se incluye ahora a una relación matrimonial perturbada, no solamente en los padres, sino también en los abuelos del paciente. Este punto de vista actual puede considerarse al menos parcialmente, como resultado del descubrimiento de que la simbiosis patológica madre-hijo se origina, en parte, en una serie anterior de relaciones. matrimoniales insatisfactorias: la de la madre con su esposo y la de la madre de la madre con su esposo. Este concepto de tres generaciones parece ser una importante aportación, proveniente del estudio de la, patología familiar.

Las deformaciones del pensamiento y del afecto que se observan en los pacientes se ponen en relación con el contexto de deformaciones que operan subclínicamente en sus familias. Tales deformaciones en el paciente no harán sino aliviarse cuando surja un destello de patología en otro miembro de la familia que anteriormente no hubiera manifestado síntomas. Así pues, se estima que la patología familiar cumple lo de la homeostasis.

El paciente esquizofrénico, considerado como víctima pasiva, ha sido modificado en el contexto de los estudios de terapia familiar. Se ha descrito el poder de esta persona para controlar el destino de la familia. Al menos hasta cierto punto, existe una buena disposición para adaptarse a un proceso familiar patológico. Se describen algunas recompensas que recibe el paciente por desempeñar el papel de miembro enfermo de la familia; puede creer, consciente o inconscientemente, que ningún otro en la vida le podría proporcionar igual satisfacción. Los principales conceptos desarrollados en este campo (por ejemplo, pseudomutualidad, doble ligadura, hipótesis de las tres generaciones, complementariedad patológica de necesidades) parecen ajustarse a lo que podríamos calificar de "principio de economía" en materia de psicopatología; es decir, sugieren que en un punto determinado, las tensiones generadas en un sistema familiar patológico se reducen mediante una proyección de la tensión sobre un determinado miembro de la familia.

El ego de éste se ve aplastado y ello trae como resultado una conducta psicótica, que puede cobrar la forma de esquizofrenia. Sin embargo, queda asegurada la continuación del sistema patológico familiar, sin un cambio esencial una vez que la tensión se ha reducido de esta manera. Sin duda, al miembro de la familia se le "sacrifica" con el objeto de mantener el sistema familiar. Pero, en cierto sentido, una fuente importante del poder de la llamada "víctima" consiste en haber desempeñado el papel de mártir.

Las técnicas de la psicoterapia familiar se encuentran todavía en una fase de desarrollo preliminar. Los criterios y los objetivos no han sido elaborados plenamente; el papel del terapeuta varía mucho. Por ejemplo, Midelfort aboga porque el terapeuta se comporte como miembro auxiliar de la familia en su opinión, es importante que el terapeuta tenga el mismo origen étnico y religioso que el paciente. Ackerman ha sugerido que el terapeuta desempeñe el papel de amigo y consejero prudente. Whitaker y otros miembros de la Atlanta Psychiatric Clinic describen un papel para el terapeuta, según el cual, éste invita al paciente a penetrar en su vida de fantasía, con lo cual dirige la corriente emocional en grado mayor, que si se concentrara la atención en la vida de fantasías del paciente.

El mismo concepto de sintomatología esquizofrénica ha cambiado aún cuando se le considera desde el punto de vista de la psicopatología familiar.

La prescripción del papel que ha de desempeñar el terapeuta depende, sin duda alguna de manera muy considerable, de la orientación conceptual. Hasta ahora, las orientaciones conceptuales carecen de validez comprobada y son incompletas, estado que se refleja en la gran variedad de papeles que se les han asignado a los terapeutas.

Se necesitan técnicas y métodos adecuados para evaluar las transacciones observadas en la psicoterapia familiar. Se encontró que el modelo diádico de uno a uno era inadecuado, y se renunció a él como medio para estimar las transacciones. Ahora se están utilizando modelos más amplios que pueden describir y estimar los complicados procesos observados, como las coaliciones, los cismas, las alianzas, las escisiones y diversas formas de mutualidad o complementariedad. Como ha señalado acertadamente Framo (1962), el estudio del tratamiento familiar se encuentra aún en la etapa de formación de hipótesis. Se están buscando métodos adecuados para describir procesos muy complejos. Todavía no se ha establecido un control adecuada del error. No obstante, estos y otros problemas comunes a la primera fase de desarrollo de cualquier empresa, la psicoterapia familiar ha recompensado a sus primeros exponentes, mediante la exploración de niveles no tocados de la psicopatología.

La próxima década de trabajo psiquiátrico con el tratamiento familiar nos dará un análisis más completo y profundo de métodos y conceptos. Es de esperar que en la década siguiente veamos también una estructura teórica más unitaria -dentro de la cual pueda llevarse a cabo la psicoterapia familiar- además de una expresión más clara de las técnicas y de sus efectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahams, J., y Varon, E. (1953). Maternal dependency and schizophrenia: mothers and daughters in a therapeutic group. Nueva York: Int. Univer. Press.
- Ackeruran, N. W. (1957). Interpersonal disturbances in the family: some unsolved problems in psychotherapy. *Psychiatry* 19, 68-74.
- Ackeruran, N. W. (1958). *Psychodynamics of family life*. Nueva York: Basic Books.
- Ackeruran, N. W. (1960). Family-focused therapy of schizophrenia. En S. C. Scher y H. R. Davis (dir.). *Out-patient treatment of schizophrenia*. Nueva York: Grune & Stratton, págs. 156-173.
- Ackeruran, N. W. (1962). Family psychotherapy and psychoanalysis: the implications of difference. *Family Process* 1, 30-43.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1, 251-264.
- Bauer, I. L., y Gurevitch, S. (1952). Group therapy with parents of schizophrenic children. *Int. J. grp. Psychater.* 2, 344-357.
- Bell, J. E. (1961). *Family group therapy*. Washington, D. C.: Public Health Monograph No. 64, Dept. of Health, Education and Welfare.
- Boszormenyi-Nagy, L. (1962). The concept of schizophrenia from

the perspective of family treatment. *Family Process* 1, 103-113. Boszormenyi-Nagy, I., y Framo, J. L. (1962). Family concept of hospital treatment of schizophrenia. En J. Masserman (dir.). *Current psychiatric therapies*, vol. II. Nueva York: Grune & Stratton, págs. 159-166. Bowen, M. (1959). Family relationship in schizophrenia. En A. Auerbach (dir.). *Schizophrenia*. Nueva York: Ronald, págs. 147-178.

Bowen, M. (1960). A family concept of schizophrenia. En D. D. Jackson (dir.). *Etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, págs. 346-372.

Brodey, W. M. (1959). Some family operations and schizophrenia. *A. M. A. Arch. gen. Psychiat.* 1, 379-402.

Bychowski, G. (1956). Interaction between psychotic partners: II. Schizophrenic partners. En V. W. Einsenstein (dir.). *Neurotic interaction in marriage*. Nueva York: Basic Books, págs. 135-147.

Carroll, E. J. (1960). Treatment of the family as a unit. *Penna. Med. J.* 63, 57-62.

Chance, E. (1959). Families in treatment. Nueva York: Basic Books. Clausen, J. A. y Kohn, M. L. (1959). The relation of schizophrenia to the social structure of a small city. En B. Pasamanick (dir.). *Epidemiology of mental disorder*. Washington, D. C.: AAAS, págs. 69-94. Clausen, J. A. y Kohn, M. L. (1960). Social relations and schizophrenia: a research report and perspective. En D. D. Jackson (dir.). *Etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, págs. 295-320.

Cumming, J. y Cumming, E. (1962). *Ego and milieu; theory and practice of environmental therapy*. Nueva York: Atherton Press.

Cutter, A. V. y Hallowitz, D. (1962). Different approaches to treatment of the child and the parents. *Amer. J. Orthopsychiat.* 32, 152-158. Dunham, H. W. y Weinberg, S. K. (1960). *The culture of the state mental hospital*. Detroit: Wayne State Univer. Press.

Eaton, J. W. y Weil, R. J. (1955). *Culture and mental disorder; a comparative study of the Hutterites and other populations*. Glencoe, Ill.: Free Press.

Eisenstein, V. W. (dir.) (1956). *Neurotic interaction in marriage*. Nueva York: Basic Books.

Elles, G. (1962). The mute sad-eyed child: collateral analysis in a disturbed family. *Int. J. Psycho-Anal.* 42, 40-49.

Ellison, E. A. y Hamilton, D. M. (1949). Hospital treatment of dementia praecox. *Amer. J. Psychiat.* 106, 454-461.

Fairbairn, IV. R. (1954). *An object-relations theory of PL-nonality*. Nueva York: Basic Books.

Fisher, S. y Mendell, D. (1956). The communication of over two and three generations. *Psychiatry* 19, 41-46. Framo, J. L. (1962). Theory of the technique of schizophrenia. *Family Process* 1, 119-131.

Frazee, H. E. (1953). Children who later College Stud. *Soc. Wrk.* 23, 125-149. Friedman, A. (1962). Family therapy as *Process* 1, 132-140.

Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 11, 267-277 Galvin, J. (1956). Mothers of schizophrenics. 568-570.

Gerard, D. L., y Siegel, J. (1950). The family nia. *Psychiat. Quart.* 24, 47-73.

Goffman, E. (1957). On some convergences *Psychiatry* 20, 199-203.

Goolishain, H. A. (1962). A brief psychotherapy program adolescents. *Amer. J. Orthopsychiat.* 32, 142-148. Grotjahn, M. (1960). *Psychoanalysis and family neurosis*. Norton.

Guntrip, H. (1960). Ego-weakness and the hard core of psychotherapy. *Brit. J. med. Psychol.* 33, 163-184. Hajdu-Gimes, L. (1940). Contribution to the etiology of Psychoanal. *Rev.* 27, 421-438.

Haley, J. (1959). Family of the schizophrenic: a model system. *J. nerv. ment. Dis.* 129, 357-374.

Haley, J. (1962a). Whither family therapy? *Family Process*, 1, 69-100. Haley, J. (1962b). Family experiments: a new type of experimentation. *Family Process* 1, 265-293.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton.

Handlon, J. H. y Parloff, M. B. (1962). Treatment of patient and family as a group: las it group therapy? *Int. J. grp. Psychother.* 12, 132-141. Hayward, M. L. (1961). Psychotherapy based on the primary process. *Amer. J. Psychother.* 15, 419-430.

Hess, R. D., y Handel, G. (1959). *Family worlds: a psychosocial approach to family life*. Chicago: Univer. Chicago Press.

Hill, L. B. (1955). *Psychotherapeutic intervention in schizophrenia*. Chicago: Univer. Chicago Press.

Hill, R. (1949). *Families under stress*. Nueva York: Harper.

Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness; a community study*. Nueva York. Wiley.

neurotic patterns of family treatment of schibecome schizophrenics. Smith conducted in the home. *Family of schizophrenia J. nerv. ment. Dis.* 123, background of schizophreof sociology and psychiatry. for disturbed Nueva York: the problem of schizophrenia.

Howells, J. G. (1961). *From child to family psychiatry*. En *Third world congress o f psychiatry proceedings*, vol. I. Toronto: Univer. Toronto Press, págs. 472-475.

Jackson, D. D. (1957). *The question of family homeostasis*. *Psychiat. Quart. Suppl.* 31, 79-90.

Jackson, D. D. (1961). *The monad, the dyad, and the family therapy of schizophrenics*. En A. Burton (dir.) *Psychotherapy of the psychoses*. Nueva York: Basic Books, págs. 318-328.

Jackson, D. D. y Satir, V. (196t). *A review of psychiatric development in family diagnosis and family therapy*. En N. W. Ackerman, F. Beatman y S. N. Sherman (dir.). *Exploring the base for family therapy*. Nueva York: Fam. Serv. Ass. of Amer.

Jackson, J. (1962). *A family group therapy technique for a stalemate in individual treatment*. *Int. J. grp. Psychother.* 12, 164-170.

Johnson, A. M., Griffin, M. E., Watson, E. J. y Beckett, P. G. S. (1956). *Studies in schizophrenia at the Mayo Clinic. II: observations on ego function in schizophrenia*. *Psychiatry* 19, 143-148.

Johnson, A. M. y Szurek, S. A. (1954). *Etiology of antisocial behavior in delinquents and psychopaths*. *J.A.M.A.* 154, 814-817.

Josselyn, I. M. (1953). *The family as a psychological unit*. *Soc. Casework* 34, 336-343.

Kanner, L. (1949). *Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism*. *Amer. J. Orthopsychiat.* 19, 416-426.

Kasanin, J., Knight, E., y Sage, P. (1934). *The parent-child relationships in schizophrenia*. *J. nerv. ment. Dis.* 79, 249-263.

Kirby, K. y Prietman, S. (1957). *Values of a daughter (schizophrenic) and mother therapy group*. *Int. J. grp. Psychother.* 7, 281-288.

Kluckhohn, F. y Spiegel, J. P. (1954). *Integration and conflict in family behavior*. Report. No. 27. Grp. for Advancement of Psychiat.

Kohn, M. y Clausen, J. A. (1956). *Parental authority behavior and schizophrenia*. *Amer. J. Orthosychiat.* 26, 297-313.

Laing, R. D. (1960). *The divided self: a study of sanity and madness*. Chicago, Quadrangle Books.

Levy, D. (1943). *Maternal overprotection*. N. Y.: Columbia Univer. Press.

Lidz, R. W. y Lidz, T. (1949). *The family enviroment of schizophrenic patients*. *Amer. J. Psychiat.* 106, 332-345.

Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S. y Terry, environment of the schizophrenic patient. 20, 329-342.

Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S. y Terry, D. (1957b). *Intrafamilial environment of schizophrenic patient. II: marital schism and marital skew*. *Amer. J. Psychiat.* 114, 241-248.

Lidz, T. y Fleck, S. (t960). *Schizophrenia, human integration, and the], role of the family*. En D. D. Jackson (dir.). *Etiology o f schizo ph-renia*Nueva York: Basic Books, págs. 323-345.

D. (1957a). *Intrafarnilial the father*. *Psychiatry*

Limentani, D. (1956). *Symbiotic identification in schizophrenia*. *Psychiatry* 19, 231-236.

Lyketsos, G. E. (1959). *On the formation of mother-daughter symbiotic relationship patterns in schizophrenia*. *Psychiatry* 22, 161-166.

Macgregor, R. (1962). *Multiple impact psychotherapy with families*. *Family Process* 1, 15-29.

Mahler, M. S. (1952). *On childhood psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis*. En R. S. Eissler, A. Freud y colaboradores (dir.). *The psychoanalytic study of the child*, vol. VII. Nueva York: Int. Univer. Press, págs. 286-305.

Main, T. F. (1958). *Mothers with children in a psychiatric hospital*. *Lancet* 2, 845-847.

Meissner, W. W. (1964). *Thinking about the family; psychiatric aspects*. *Family Process* 3, 1-40.

Mendell, D. y Fisher, S. A. (1958). A multi-generation approach to the treatment of psychopathology. *J. nerv. ment. Dis.* 126, 523-529. Midelfort, C. F. (1957). *The family in psychotherapy*. Nueva York: Me Graw-Hill.

Mittelman, B. (1956). Analysis of reciprocal neurotic problems in family relationships. En V. E. Eisenstein (dir.). *Neurotic interaction in marriage*. Nueva York: Basic Books, págs. 81-100.

Moreno, J. L. (1954). *Interpersonal therapy, group psychotherapy and the formation of the unconscious*. *Grp. Psychother.* 7, 191-204.

Myers, J. K., y Roberts, B. H. (1959). *Family and class dynamics in mental illness*. Nueva York: Wiley.

Neubeck, G. (1954). Factors affecting group psychotherapy with married couples. *Marr. & Fam. Liv.* 16, 216-220.

Oberndorf, C. P. (1938). Psychoanalysis of married couples. *Psychoanal. Rev.* 25, 453-475.

Opler, M. K. (1956). *Culture, psychiatry and human values*. Springfield, Ill.: Thomas.

Parloff, M. B. (1961). The family in psychotherapy. *A.M.A. Arch. gen. Psychiat.* 4, 445-451.

Parsons, T. y Bales, R. F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Glencoe, Ill.: Free Press.

Pollak, O. (1956). *Integrating sociological and psychological concepts: an exploration in child psychotherapy*. Nueva York: Russell Sage Found.

Rapaport, R. V. y Rapaport, R. lei. (1961). Patients' families; assets and liabilities. En M. Greenblatt, D. J. Levinson y colaboradores (dir.). *Mental patients in transition*. Springfield Ill.: Thomas, págs. 208-217.

Reithard, S. y Tillman, C. (1950). Patterns of parent-child relationships in schizophrenia. *Psychiatry* 13, 247-257.

Reidy, J. J. (1962). An approach to family-centered treatment in a state institution. *Amer. J. Orthopsychiat.* 32, 133-142.

Richardson, H. B. (1948). *Patients have- families*. Nueva York: Commonwealth Fund.

Rosen, J. N. (1953). *Direct analysis: selected papers*. Nueva York: Grune Stratton.

Rosenbaum, C. P. (1961). Patient-family similarities in schizophrenia. *A. M.A. Arch. gem. Psychiat.* 5, 120-126.

Rosenzweig, S., y Bray, D. (1943). Siblings' death in the anamnesis of schizophrenia. *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat.* 41, 71-92.

Ross, W. D. (1948). Group psychotherapy with patients' relatives. *Amer. J. Psychiat.* 104, 623-626.

Rubinstein, D. (1960). The family of the schizophrenic. Paper read at Second Cuban Congress of Neurol. y Psychiat., Havana, January.

Ryckoff, I., Day, J. y Wynne, L. C. (1959). Maintenance of stereotyped roles in the families of schizophrenics. *A.M.A. Arch. gem. Psychiat.* 1, 93-98.

Sanua, V. (1961). Family environment and schizophrenia. *Psychiatry.* 24, 246-265.

Schaffer, L., Wynne, L. C., Day, J., Ryckoff, I. M. y Halperin, A. (1962). On the nature and sources of the psychiatrists' experience with the family of the schizophrenic. *Psychiatry.* 25, 32-45.

Scheff, T. J. (1961). Control over policy by attendants in a state hospital. *J. Health Hum. Behav.* 2, 93-105.

Schindler, R. (1958). Bifocal group therapy. En J. H. Masserman y J. L. Moreno (dir.). *Progress in psychotherapy, vol. III: Techniques of psychoterapy*. Nueva York: Crime & Stratton, págs. 176-186.

Searles, H. F. (1959). Integration and differentiation in schizophrenia: an overall view. *Brit. J. med. Psychol.* 32, 261-281.

Sivadon, P. (1957). Du milieu familial año rmal au milieu familial pathogene. Paper read at World Fed. Ment. Health.

Sonne, J. C., Speck, R. V. y Jungreis, J. (1962). The absent-member maneuver as a resistance in family therapy of schizophrenia. *Family Process.* 1, 44-62.

Spiegel, J. P. (1957). The resolution of role conflict within the family. *Psychiatry.* 20, 1-16.

Spiegel, J. P. y Bell, N. W. (1959). The family of the psychiatric patient. En S. Arieti (dir.). *American handbook of psychiatry, vol. I*. Nueva York: Basic Books, págs. 114-149.

Stanton, A. H., y Schwartz, M. S. (1954). *The mental hospital*. Nueva York: Basic Books.

- Sullivan, H. S. (1948). The meaning of anxiety in psychiatry and in life. *Psychiatry*. 11, 1-13.
- Szurek, S. A., y Berlin, I. N. (1956). Elements of psychotherapeutics with the schizophrenic child and his parents. *Psychiatry*, 1, 1-10.
- Thomas, B. C. (1955). Mother-daughter relationship and social behavior. Unpublished doctoral dissertation, Catholic Univer.
- Tietze, T. (1949). A study of mothers of schizophrenic patients. *Psychiatry*. 12, 55-65.
- Titchener, J. L., D'Zmura, T., Golden, M. y Emerson, R. (1963). Family transaction and derivation of individuality. *Family Process* 2, 95-120.. Towne, R. D., Messinger, S. L., y Sampson, H. (1962). Schizophrenia and the marital family: accommodations to symbiosis. *Family Process* 1, 304-318.
- Wahl, C. V. (1954). Some antecedent factors in family histories of 392 schizophrenics. *Amer. J. Psychiat.* 110, 668-676.
- Walh, C. W. (1956). Some antecedent factors in family histories of 568 male schizophrenics of the U.S. Navy. *Amer. J. Psychiat.* 113, 201-210. Weakland, J. H. (1960). The "double bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. En D. D. Jackson (dir.). *Etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, págs. 373-388.
- Whitaker, C. A. (dir.) (1958a). *Psychotherapy of chronic schizophrenic patients*. Boston: Little, Brown.
- Whitaker, C. A. (1958b). *Psychotherapy with couples*. *Amer. J. Psychother.* 12, 18-23.
- Whitaker, C. A., Felder, R. F. Malone, T. P., y Warkentin, J. (1962). First stage techniques in the experimental psychotherapy of chronic schizophrenic patients. En J. Masserman (dir.). *Current psychiatric therapies*, vol. 11. Nueva York: Grime & Stratton, págs. 147-158.
- Will, O. A. (1958). Psychotherapeutics and the schizophrenic reaction. *J. nerv. ment. Dis.* 126, 109-140.
- Wolf, A. (1950). The psychoanalysis of groups. *Amer. J. Psychother.* 4, 16-50.
- Wynne, L. C. (1961). The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. En N. W. Ackerman, F. Beatman, y S. N. Sherman (dir.). *Exploring the base for family therapy*. Nueva York: Fam. Serv. Ass. of Amer., págs. 95-115.
- Wynne, L. C. Ryckoff, I. M., Day, J., y Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205-220.
- Zuk, G. H., Boszormenyi-Nagy, I., y Heiman, E. (1963). Some dynamics of laughter during family therapy. *Family Process* 2, 302-314.
- Zuk, G. H. (1964). A further study of laughter in family therapy. *Family Process* 3, 77-89.

Cap. 2 UNA TEORÍA DE RELACIONES: EXPERIENCIA Y TRANSACCIÓN

IVAN BOSZORMENYI-NAGY

Teoría dialéctica de la personalidad y la racionalidad analogías entre la psicología del ego y la fenomenología existencial, 58.

Modos de relacionarse, 65.

Sistemas relacionales en la familia, 85.

El proceso relacional fásico, 101.

Observaciones finales, 112.

Referencias bibliográficas, 113

TAL COMO LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL ha estimulado la aparición de un modelo dinámico de organización de la personalidad (Freud), la terapia familiar conjunta requiere un modelo adecuado de dinámica transaccional.* Esta no quiere decir que para el estudio del nivel familiar de la organización social pueda una relación prescindir de la psicodinámica freudiana. Significa que los familiares representan un nivel de organización más a que necesita un marco teórico más amplio para explicar los fenómenos, de las interacciones y las transacciones que surgen en la familia. Que construcción de un lenguaje transaccional posee un valor práctico grande es inmediatamente evidente para los psicoterapeutas y psicoanalistas que, habiendo sido entrenados en teorías y técnicas psicoterapéuticas, de las orientaciones al individuo, después han tenido experiencias y prácticas de la terapia familiar conjunta. Como se ha dicho repetidas veces el proceso o la psicología de los grupos no pueden estar constituidos por las propiedades aditivas de cada componente individual la motivación del individuo se modificará grandemente cuando esté

* Quiero expresar mi agradecimiento al doctor James L. Framo, por los comentarios y sugerencias que me hizo durante la redacción de este capítulo.

sujeto a dicho tipo de psicología. Podemos pensar que la psiquiatría familiar se convertirá en el fundamento de una comprensión general de la dinámica más profunda de todas las relaciones sociales.

En la bibliografía de la terapia individual, la cuestión de las características de la personalidad del paciente, en lo relativo a su capacidad para relacionarse con otros, o al grado en que se le puede someter a tratamiento, ha sido objeto de considerable interés. Helene Deutsch (1942) describió las personalidades llamadas "como si", comúnmente reacias al análisis, cuya aparente capacidad de establecer relaciones encubre una carencia de espontaneidad interior esencial, enmascarada por una identificación que tiene carácter de mímica. Balint (1958) describe a pacientes que tienen una "falla básica" que les impide ser sujetos al psicoanálisis común y corriente; estos pacientes responden a las interpretaciones como si fuesen insinuaciones personales, y el propio analista está expuesto a un constante "peligro" de participación subjetiva. En general, el componente relacional de la psicoterapia tiende a cobrar importancia, en proporción a la debilidad del ego del paciente. Una de las contribuciones que espera lograr este capítulo, consiste en su hincapié en la necesidad de crear una teoría relacional o transaccional de la psicopatología y tratamiento de toda la familia.

Además de la introducción del punto de vista transaccional, el terapeuta familiar necesita nuevas ampliaciones del marco conceptual. Necesita un lenguaje que pueda expresar la experiencia privada de las transacciones relacionales. Existe también la necesidad de una concepción genética, o de desarrollo, de la dinámica de largo alcance de las relaciones familiares. En pocas palabras, algunas determinantes inconscientes, de largo alcance en las relaciones familiares, no pueden entenderse sin la construcción de un lenguaje comprensivo, transaccional y, al mismo tiempo, experiencias.

El hecho de que no nos percatemos o no tengamos conciencia de la estructura de las leyes del proceso transaccional, no las convierte en simples derivados de las configuraciones inconscientes instinto-defensa de las mentes individuales componentes. La terapia familiar nos muestra en sus experiencias que si el terapeuta no es capaz de conceptualizar en un nivel de organización supraindividual, transaccional, queda expuesto a perder el control de lo que resultará ser un cúmulo de terapias individuales, llevadas a cabo paralelamente.

Las cuatro secciones de este capítulo se ocupan de otros tantos conceptos teóricos principales y sus aplicaciones. Primero se habla de una teoría dialéctica de la personalidad y la relacionalidad, con objeto de integrar algunos puntos de vista conceptualmente análogos de la Psicología psicoanalítica del ego y la fenomenología existencial en la actualidad. La segunda sección se ocupa del mundo relacional de la persona en la medida en que está constituido por una gama de opciones para el delineamiento del yo. En tercer lugar, se presenta un modelo teórico de la formación de sistemas relacionales. La cuarta sección dedica al concepto y las manifestaciones de lo que se califica como proceso relacional fálico.

1 *El término "dialéctico", utilizado frecuentemente en la filosofía hegeliana y al que a veces se le da un sentido político, se utiliza aquí para designar al principio dinámico del encuentro creativo (síntesis) de algo y su opuesto (tesis y antítesis), particularmente del Yo y no Yo.*

TEORÍA DIALÉCTICA DE LA PERSONALIDAD Y LA RACIONALIDAD: ANALOGÍAS ENTRE LA PSICOLOGÍA DEL EGO Y LA FENOMENOLOGÍA EXISTENCIAL

Las teorías comunes de la personalidad se elaboran con criterio objetivo, orientado al individuo. Aunque se considera a éste como un producto de transacciones históricamente configuradas, a menudo se le analiza como si fuese una entidad dinámica cerrada o un universo predecible. Aun cuando se considera frecuentemente al ego como la resultante de un ajuste de los instintos y la realidad, la mente del adulto es considerada idealmente como un sistema determinado por sus propias leyes. Fenichel (1945) ha escrito: "*las actitudes del carácter son ajustes de los impulsos instintivos y las fuerzas del ego, que tratan de dirigir, organizar, aplazar o bloquear esos impulsos*" (pág. 470). Aunque la noción fundamental de tal dicotomía estructural es indudablemente correcta queda a juicio la calidad de sistema cerrado que se le asigna al carácter. En general, el control de los impulsos no está determinado totalmente por factores intrapsíquicos innatos e introyectados, sino también por la naturaleza de la armonía relacional común, que existe entre el individuo y otros. Aunque dos personas puedan complementarse recíprocamente de manera positiva en un área, en otras pueden crear un sistema de retroalimentación emocional (instintivo) que vaya en detrimento de ellas. Por ejemplo, un niño precoz podrá complementar a un padre exigente. Además, el control de los impulsos de una persona alcanza a menudo a través del *acting out** de otras que son incapaces de controlar esos mismos impulsos. En otras palabras, el otro ego tal vez, tenga que ser considerado como agente constitutivo, más que como el segmento de una realidad social indiferente. Esta es una de las 3

**Actuaciones o conductas intencionales que siguen motivaciones de impulsos inconscientes relacionados con una situación anterior, ante una nueva que la rep01 senta simbólicamente. (N. del R.)*

zonas para no emplear el término "enfermo" al designar algún miembro de una familia.

La concepción transaccional de las relaciones sociales considera las organizaciones de acción (sistemas), más que las personas, como unidades. Una o varias personas pueden constituir un sistema de acción; y toda acción que se atribuya a una persona o a un sistema, presupone un sujeto y un objeto. Traducido al lenguaje experiencial, el sujeto se nos presenta como Yo, ya sea en singular o plural, es decir, como nosotros. Cada transacción real o prevista, crea o contribuye a la formación de un delineamiento simbólico de dos entidades: el o los que actúan (sujeto), y aquél o aquellos sobre los que se actúa (objeto). La estructura de toda transacción implica una polaridad de relaciones, que tiene carácter de relación figura-fondo, y cada transacción redefine las fronteras o límites de la personalidad.

Mientras participa en la violencia de la turba, por ejemplo, la persona de uno se fusiona con los demás miembros y todos se definen colectivamente como sujetos que se enfrentan a la víctima, quien es el objeto. Ejemplifica una pluralidad más encubierta de la posición del sujeto, el caso de la ayuda inconsciente y la participación, por interpósita persona, de una madre en los acting outs de su hija. Podría uno decir que el delineamiento del papel sexual de la madre se lleva a cabo a través de la conducta de su hija respecto a los varones. En otras palabras, los determinantes motivacionales de las acciones de una persona pueden encontrarse en las necesidades de autodelineamiento de otra persona.

Por realidad social se entiende, a menudo, alguna clase de fuerza impersonal que requiere adaptación por parte de la persona, como la requieren los cambios del tiempo; Erikson (1962) ha dicho: "hemos estudiado el «mundo interior» del hombre, con una devoción que no tiene precedentes; sin embargo, atribuimos encuentros, oportunidades y retos o desafíos agudamente decisivos, a una nebulosa «realidad exterior-V' (pág. 457). El hombre depende de su ambiente social; sin embargo, una persona puede alcanzar éxitos envidiables desde el punto de vista de los fines mundanos y, no obstante, sentirse desdichada. Esta persona cambiará un empleo por otro, contraerá matrimonio tras matrimonio, y sentirá que tiene que seguir cambiando su realidad social hasta dar con el ambiente correcto, es decir, con él mismo. Su personalidad es parecida a una figura en busca de un fondo que haga juego con ella; o a la inversa podrá poseer un fondo que haga juego, pero no se dará cuenta de tal hecho hasta que la pérdida de alguien, por ejemplo, una hermana o un hermano, le haga percatarse de una pérdida dolorosa para su propio Yo, para su propio significado. Paradójicamente, puede ser un Otro violentamente aborrecible o contra el que

se sienta un gran resentimiento, aquél cuya pérdida deje un gran vacío y le haga sentir que su vida no tiene objeto.

Si alguien puede constituir una parte lo suficientemente importante de mi persona o Yo, a la que necesite tanto que su pérdida me haga sentir como si hubiese perdido parte de mi Yo, ese Otro tiene que ser constitutivo de éste. Pudo haber sido una prolongación de mi Yo, porque se me haya parecido muchísimo, o pudo haber sido un no Yo antitético, opuesto a lo que yo estimaba como contenido simbólico de mi Yo.

Que el contexto o fondo del Yo es un constituyente necesario de uno mismo, ha sido bellamente expresado por Gabriel Marcel (1960): ". . . Una vida humana tiene siempre su centro fuera de sí misma, aun que, sin duda, pueda centrarse sobre una gama muy amplia y diversa de intereses externos. Puede tener como centro un ser amado y al desaparecer éste quedar reducida a una triste caricatura de sí misma; puede centrarse sobre algo trivial; en un deporte como la caza o en un vicio como el juego; puede centrarse en alguna actividad elevada como la investigación o la creación. Pero cada uno de nosotros puede preguntarse a sí mismo, como el personaje en una de mis obras, «¿para qué vivo?»; y ésta no es tanto una materia de algún objetivo final al que pueda dirigirse mi vida, como del combustible mental que mantiene encendida la vida día tras día" pág. 101).

Relacionalidades óptica y funcional

El Yo puede estar relacionado con un Otro a través de dos tipos principales de lazos: el funcional y el óptico. Podemos describir la relacionalidad funcional en términos de los actos instrumentales entre socios que mantienen relaciones de acción recíproca. En una relacionalidad puramente funcional, el socio puede ser cambiado por otro sin que haya sentimiento de pérdida, con tal que el nuevo cumpla bien la función, por lo menos como el anterior. Por ejemplo, si a mitad de una cena sustituyen al camarero por otro empleado más atento, nadie se quejará de la pérdida. Por otra parte, la relacionalidad óptica está basada en una dependencia fundamental respecto al lazo con el Otro. El adjetivo fue acuñado por Heidegger, y Spiegelberg (1960) lo define diciendo que designa "una estructura inherente al Ser mismo" (pág. 721). El elemento óptico existente en una relación, convierte al Otro en contraparte esencial de uno mismo, independientemente de cualquier interacción particular. En este tipo de relación, la ejecución funcional o instrumental de un papel por parte del Otro pierde significación y, en caso de pérdida, la relación no puede reestablecerse con sustitutos iguales o aún mejores. La supervivencia del lazo a través de la internalización

constituye el fenómeno subyacente a las importantes nociones freudianas del duelo.

El concepto de dependencia óptica está implícito en las teorías psicoanalíticas del desarrollo. Fenichel (1945) ha escrito: "El concepto de realidad crea también el concepto del ego. Somos individuos en la medida en que nos sentimos separados y distintos de otros" (pág. 35). Lo implícito aquí es que el Yo depende de otro para su separabilidad. Fenichel parece no hacer distinción entre el ego y el yo, mientras que Hartmann (1950) define el significado del yo diciendo que es "la propia persona por oposición al objeto", y el ego, un "sistema psíquico en contraposición a otras subestructuras de la personalidad" (pág. 84).

Es imposible no reconocer el paralelo entre las insights "estructurales" de Freud y los conceptos de los fenomenólogos existenciales, concernientes al carácter de encuentro. Yo-no Yo del meollo de nuestra existencia personal. Este paralelo se pone de manifiesto cuando Freud (1923) habla del ego, como el "precipitado de catexias de objeto abandonadas" o de una "alteración del carácter" capaz de "conservar" relaciones de objeto (pág. 36). Según el punto de vista estructural de Freud, el ego repite relaciones de objeto externas en un nuevo e intrapsíquico "escenario de acción" (Freud, 1921, pág. 80). Es obvio que los papeles desempeñados en el drama relacional sumamente íntimo del ego, copian los modos experienciales de las relaciones de objeto externas: aprobación, odio, amor, indiferencia, etc. En esto estriba una de las aportaciones más duraderas de Freud: ha ampliado el principio de la calidad de encuentro que tiene la existencia, hasta las esferas interiores de la psique. Mientras Buber (1958) expresa tan sucintamente la posición fenomenológico-existencial en lo relativo a la esencia del hombre, diciendo que está delineada por su prójimo ("soy yo, a través de mi relación con el Tú; a medida que voy convirtiéndome en Yo, digo Tú. Toda vida real es una reunión o encuentro" [pág. 11]) ; la psicología del ego de Freud formula explícitamente un principio relacional de la estructuración intrapsíquica o de la existencia. La dirección del progreso, a partir de ahora, apunta a doctrinas explícitamente relacionales o transaccionales de la personalidad (Melanie Klein, Fairbairn) ² y, finalmente, de las personas implicadas en la relación. Fairbairn hace hincapié en el carácter de búsqueda del objeto, más que de búsqueda del placer, en sus conceptos dinámicos (1952).

La noción de que la persona se origina en una antítesis entre representantes del Yo y del objeto o entre rudimentos perceptivos del Yo y del Otro, no es nueva. Findlay (1962) nos recuerda que Hegel, y antes que él Fichte, a fines del siglo xvii, representaron la existencia del Yo

² Véase un resumen de este tema en Guntrip (1961).

(ego) como si estuviese fundada en la "posición" antitética (dialéctica) de Otros (no ego).

Es un corolario del principio dialéctico que ni la persona, ni sus componentes funcionales, deben concebirse como si tuviesen carácter de sustancia. Según esta concepción, un sádico puede aferrarse a un masoquista (y viceversa) no primordialmente porque tenga que satisfacer una necesidad sádica, mientras para todos los demás fines se le pudiese considerar exento de necesidades relacionales, sino porque primero necesita a alguien como objeto y ello ocurre a través de una complementariedad sadomasoquista, para satisfacer un aspecto importante de sus necesidades (y tal vez de las de su compañero) de definición o delineamiento. O, poniendo otro ejemplo, la desconfianza paranoica puede considerarse como la necesidad que tiene el paciente de un "objeto malo" como contexto, más que como una forma de descarga de algunos impulsos "intrapsíquicos" particulares.

Independientemente de la forma de descarga o de los patrones de comunicación empleados, la necesidad de un determinado tipo de relación delimitadora del Yo posee su propia función, configuracionalmente dinámica.

De manera semejante, en una relación "buena", también la configuración del "diálogo" de interacciones cargadas de confianza posee su propia estructuración inconsciente, basada en la reciprocidad de las necesidades ópticas de delineamiento de los participantes, a través de objetos "buenos".

El principio dialéctico describe una fuerza dinámica que determina la elección de objetos relacionales, sobre la base de sus propiedades antagónicas y complementarias. A fin de llevar a cabo la descarga de una pulsión, necesito alguien (objeto) que se muestre receptivo en la esfera particular de pulsión en la que necesito ser activo, y viceversa. El sentimiento de relación resultante nos ayuda, tanto a mí como a mi objeto, a crecer en individualización. Podemos decir que ésta última es un proceso dialéctico. A la inversa, la identificación primaria o fusión a través del acting out, tiende a reducir el grado de individualización. Las pérdidas extremas de individualización dan como resultado experiencias de despersonalización.' De acuerdo con la dinámica dialéctica, muchos casos de proyecciones y de transferencias rígidas se deben a necesidades configurativas inconscientes de individualización y sirven para evitar el horror, constantemente presente, de la despersonalización.

3 *Los sentimientos de pasividad o de ser influido por alguien, son experiencias características de los psicóticos despersonalizados, y los llamados fenómenos destitutivos de objeto son evidentes esfuerzos por restaurar un sentimiento de relacionalidad sujeto-objeto.*

La individualización, a través de la formación de fronteras sujetoobjeto, precede probablemente a cualquier otra motivación "psicológica". Siendo la fuente de la experiencia del Yo Mismo, la distinción Yo-no Yo es un requisito previo del principio del placer. La repetición compulsiva de los síntomas neuróticos o psicóticos tienen como objeto la restitución del Yo, lo mismo que la restitución del Objeto. Desde el punto de vista dialéctico, los síntomas tienen como objeto la formación de fronteras del ego a través de la polaridad Yo-no Yo. El hipocondriaco sustituye las "representaciones de objeto intrapsíquicas" con "representaciones de órgano, intrapsíquicas" (Fenichel, 1945, pág. 261). El psicótico "necesita" sus voces alucinadas, como lo ejemplifica un paciente que reconoció que confiaba en ellas, porque "estaban ahí", cuando se encontraba solo. La observación común de que los psicóticos paranoides experimentan un gran alivio cuando formulan por primera vez sus sospechas y su ansiedad en forma de delirios organizados, confirman nuestra noción del valor de una frontera Yo-no Yo, aunque sea puramente intrapsíquica. Además, el aparente despego o retiro de catexias entre los cónyuges se debe también a menudo a la inversión emocional de representaciones intrapsíquicas de objeto delineadoras del Yo. Estas últimas parecen constituir para el Yo un fondo dialéctico, más seguro incluso que la más estrecha de las relaciones externas. Por último, las relaciones externas frecuentemente se sobrevaloran a causa de deformaciones proyectivas debidas a relaciones de objeto internas.

El meollo transaccional del concepto dialéctico de personalidad se pone de manifiesto cuando se reconoce que la experiencia del Yo como unidad simbólica depende de la disponibilidad selectiva de un no Yo que haga juego. Los importantes conceptos de autonomía, dependencia y fusión tienen que ser revalorados desde el punto de vista que hace de la persona un complejo de situaciones Yo-Otro estructuradas. ¿Tiene algún sentido el concepto de autonomía, si algún aspecto de un Otro tiene que participar en la formación misma de la experiencia del Yo? Entonces, ¿dónde se encuentran los límites de la salud y la patología, en lo relativo a las identificaciones y a los patrones de acción sustitutiva? ¿Pueden las relaciones internalizadas ayudar con éxito a la persona que todavía no es madura, a liberarse verdaderamente de la necesidad de depender de Otros para el delineamiento del Yo fundamental? ¿Existe una diferencia entre proyectar el Yo "malo" y proyectar el contexto malo (objeto) del Yo "bueno"? ¿Es necesario identificarse con el Otro, con el cual uno está excesivamente comprometido? Finalmente, una teoría de relaciones tendrá que definir los criterios del Otro como a) constitutivo de la estructura simbólica de la experiencia del Yo y b) parte de un sistema de transacciones.

El practicante de terapia familiar propenderá a integrarse por igual en los aspectos relacionales o transaccionales de cualquier descarga de impulsos y en sus posibles ramificaciones intrapsíquicas. Son buen ejemplo de esto los acting outs sustitutivos, por parte de la hija, de los impulsos reprimidos de la madre. Considerada aisladamente, la pudibunda madre podría considerarse como persona que utiliza la defensa "intrapsíquica", de la "formación reactiva de carácter", contra sus impulsos evidentemente inaceptables; y el sistema transaccional patente de los acting outs, parece consistir, en este caso, en un hombre y la hija que manifiesta los acting outs. Sin embargo, la identificación entre la madre y la hija puede convertirlos en sujetos conjuntos de un impulso, que se realizan en el hombre, como su objeto. El delineamiento Yo-Otro cobra aquí un carácter de Yo implícitamente plural, basado en la fusión motivacional encubierta de la madre y la hija. Una orientación dialéctica o transaccional hacia la psicopatología propendería a poner la atención en los factores dinámicos que impidieron una distinción Yo-Otro entre la madre y su hija, y no en las raíces motivacionales intrapsíquicas del impulso en particular, determinante de los acting outs de la hija.

La perspectiva intrapsíquica de la teoría individual clásica, basada en el individuo, orientada a la madurez y el enfoque relacional de la terapia familiar, están vinculadas a través de dos ramas de la "psicología del ego" contemporánea: la teoría de la autonomía del ego y la teoría de la relación interior. El terapeuta familiar, explícita o implícitamente, actúa conforme al supuesto de que es fútil considerar el dominio de lo intrapsíquico (por ejemplo, el ego en oposición a los instintos), salvo en el contexto de la autonomía interpersonal. Como ha dicho Rapaport (1958) "...la autonomía del ego respecto del ello (id) y la autonomía del ego respecto del ambiente se garantizan mutuamente, sólo dentro de una gama óptima. La maximización o la minimización de cualquiera de los dos rompe su equilibrio" (pág. 32). Hay que considerar seriamente la posibilidad de que, si el dominio de lo intrapsíquico de un miembro de la familia es tenue, lo fortalezca a expensas de la autonomía de otro miembro de la misma. Muchos practicantes de la terapia familiar han aceptado la validez del término homeostasis para designar aquel aspecto del funcionamiento de la familia, por el cual el mejoramiento de un miembro puede conducir a la adopción, por otro, del papel de enfermo. En algunas familias, es como si un papel autónomo pudiera existir únicamente si lo compensara un papel no autónomo, de otro miembro de la familia. Sin embargo, el término autonomía está dotado de varios significados "objetivos" que implican existencia independiente y, por consiguiente, el término tiende a rebajar el carácter transaccional o relacional que es un sine qua non del Yo, entendido como experiencia. Por otra parte, las teorías de la relación interna de objeto de la personalidad tienen que ver con las propiedades formales de los aspectos relacionales, inconscientemente determinados, de la dinámica de las necesidades y las satisfacciones.

MODOS DE RELACIONARSE

Existen muchas maneras de clasificar las relaciones; por ejemplo, de acuerdo a sus cargas subyacentes instintivas y afectivas. Sin embargo, desde el punto de vista de la teoría dialéctica se necesita una descripción más precisa de amplia base, de las características estructurales de las relaciones. Por ejemplo, consideremos los conceptos amor y odio, que tienen significados múltiples. Aunque sean contradictorios a un nivel afectivo, ambos términos connotan relación entre individuos comprometidos, más o menos distintos, aun cuando el estar enamorado se conciba frecuentemente como una fusión entre los dos participantes. Por otra parte, aunque la capacidad de amar es requisito de una personalidad "sana" o "madura", un Yo distinto evidentemente constituye un ideal superior, desde el punto de vista de la madurez, el amor a expensas de la fusión con otro. Por consiguiente, la estimación dialéctica completa de la relacionalidad tiene que explicar, tanto la naturaleza del involucramiento con otro, como el grado de distinción Yo-Otro de los participantes.

El primer requisito de la teoría de la relación dialéctica es similar al principio figura-fondo de la teoría de la gestalt. El Yo es inconcebible si no "tiene" algún objeto, tal como al perderse el fondo también se pierde la figura. En los casos de duelo patológico se produce, como es sabido, una pérdida parcial del fondo del Yo. Por causa de la familiarización con sus acciones y reacciones (de la posibilidad de predecirlas), el Otro perdido se ha convertido en segmento del contexto transaccional del Yo, que está en duelo como sujeto. Para que el Yo se libere de esta dependencia de un objeto en particular, se necesita que las primeras relaciones se transformen en un contexto relacional estructural, que encierre representaciones intrapsíquicas del Yo y del objeto. A partir de aquí, el conjunto relacional internalizado ejerce influencia selectiva en la elección de nuevas relaciones externas. Cada representación interna del Otro o del Objeto, es algo derivado de una combinación de huellas de la memoria de diversos compañeros pasados.

La teoría transaccional de la persona implica que la experiencia del Y o mismo depende de la existencia y del grado de integridad de una frontera o límite, formada a través de la división polar de los agentes relacionales de la persona, en dos regiones simbólicas: una región proximal

de agentes referentes al Yo; y una región distal, de agentes referentes al no Yo. Todos los agentes de la región proximal se han determinado, por la experiencia, como constitutivos de un Yo mismo, singular o plural (Yo o Nosotros); mientras que los agentes de la región distal componen el espectro de los Otros o, en general, del mundo. El crecimiento de la personalidad depende de la ampliación continua de las dos regiones, referentes al Yo y al no Yo. Buhler (1962, pág. 22) cita el dicho de George Bach: "Considero que el crecimiento a través de la «identificación con» es un proceso transitorio, mientras la realización del Yo a través de la «diferenciación respecto de» es un modo de afirmación del Yo para toda la vida". Las vicisitudes de los modelos de identificación de una persona y de los moldes de diferenciación, están representadas inadecuadamente en la mayoría de los actuales modelos dinámicos de la personalidad.

La frontera que existe entre los agentes referentes al Yo y los referentes al no Yo de una misma persona, es esencial para el desarrollo de las distinciones entre identificaciones y relaciones. El niño que está creciendo puede responder a las acciones de sus padres, mediante la imitación identificativa y la fusión, o mediante la complementación recíproca y la diferenciación. La niña se identifica no sólo con la femineidad de la madre, sino también con su coquetería para con el padre o con los varones en general. En otras palabras, aprende el papel femenino sustitutivamente, a través de un modelo para la identificación y del papel complementario o contexto relacional de este último. Así pues, de acuerdo con el principio dialéctico, cada agente referente al Yo depende de un referente al no Yo, consciente o inconsciente, que es su contexto. Algunos aspectos de nuestra persona están fundados en una relación recíproca o complementaria con toda una familia, y no sólo con una persona. Tal vez haya que transferir simbólicamente ("transferencia familiar", Boszormenyi-Nagy y Framo, 1962) redes transaccionales familiares introyectadas y significativas a nuestros actuales contextos relacionales. Por ejemplo, un paciente hospitalizado tiende a generar transferencia familiar con el personal y otros pacientes.

El supuesto de que la persona, entendida como un Yo, depende de un conjunto de no Yo referentes, que hacen juego con ella, implica que ésta, a su vez, tiene que ser un no Yo referente para otros. Parte de nuestra relación con los otros se basa en nuestra utilidad para su autodelineamiento. Por principio, no nos está permitido experimentarnos a nosotros mismos como un referente no Yo o como un campo para el delineamiento del Yo, tal como nos ven los otros. Por ejemplo, nadie puede experimentar lo que es realmente su "atractivo sexual" para otros; sólo puede saberlo a partir de las reacciones y comentarios de aquéllos.

Una mujer puede sentir su propia identidad femenina como un Yo referente, pero su atractivo sexual es un no Yo referente para la identidad masculina de su admirador varón. Su identidad como mujer con atractivo sexual se define a través del objeto que es para otros. Aunque el conocimiento de nosotros mismos como imagen para otros puede favorecer nuestro aplomo social, nunca se convierte en parte constitutiva del Yo sentido. Pfoetzle (1961), estudioso de las teorías de G. H. Mead, no toma en cuenta esta distinción cuando dice: "La característica distintiva del Yo es la de ser su propio objeto" (pág. 101). En nuestra opinión, el Yo nunca puede volverse idéntico con su objeto o consigo mismo como objeto, porque los encuentros Yo-objeto son dinámicamente antitéticos.

Habiendo definido la necesidad de poseer un Otro para el delineamiento del Yo como necesidad fundamental (óptica), tenemos que explorar la relacionalidad en lo relativo a sus criterios fenomenológicos. ¿Cuáles son las características de las personas que mantienen una relación? ¿En qué consiste la diferencia entre ser sujeto y ser objeto, en la relación? Si la persona A emprende una acción relacional, la persona B puede hacer una de cuatro cosas: a) sumarse a la acción (fusión, identificación primaria), b) reaccionar con un acto o esfuerzo diferentes, c) convertirse en objeto de la acción o esfuerzo de A, o d) permanecer indiferente ante esa acción. Estas elecciones constituyen cuatro modos de actitudes ópticas o existenciales de relacionalidad. Las tres primeras elecciones dan como resultado una relación interpersonal, independientemente de que sea satisfactoria emocionalmente. La cuarta elección, la de la indiferencia, puede coincidir con el regreso de B hacia su mundo relacional interno, en respuesta a la acción de A. El ser objeto, en vez de sujeto, en una relación, es una cuestión de diferencial de iniciativa o de "fuerza". Mientras la aceptación de ser objeto (aunque no necesariamente) significa el desempeño de un papel relacional cautivo, la fusión conduce siempre a una extinción, al menos parcial y transitoria, de la persona como entidad dinámica discreta. Las vicisitudes de estas posiciones relacionales se reflejan en las fronteras del ego de los participantes. (Federn, 1952).

Desde su propio punto de observación, el Yo puede entenderse como un punto de referencia unitario o sintético, para una multitud de conjuntos aparejados de no Yoes u Otros referentes. La estabilidad experiencial y la continuidad del Yo sentido, depende en gran medida de una intercambiabilidad flexible de sus diversos mundos objeto combinados. La integración de los referentes Yo y no Yo constituye un sistema homeostático. Los otros referentes del Yo quedan comprendidos en cuatro categorías: a) Otro-Sujeto interno (por ejemplo, el superego, representaciones-objeto,

ilusorias, perseguidoras) ; b) Otro-objeto interno (imago aborrecido o no deseado de uno de los padres; voz alucinatoria amada, a causa de que se puede "recurrir" siempre a ella) ; c) Otro-sujeto externo (admirador; aborrecedor) ; d) Otro-objeto externo (ser amado; blanco de la propia agresión). Probablemente, los Otros internos (intrapsíquicos) nunca se pierden una vez adquiridos, aunque su significación manifiesta pueda reducirse. De acuerdo con las leyes homeostáticas inconscientes que gobiernan la intercambiabilidad de objetos, la pérdida de un no Yo referente tiene que ser compensada por un sustituto que corresponda o encaje interiormente. A causa de la "pérdida" por asesinato del Presidente Kennedy, un paciente hospitalizado que anteriormente se había mostrado más bien inactivo y manso se volvió belicoso y amenazó con matar a varios de los que previamente habían sido sus colaboradores en el trabajo, por haberlo "despojado de diez años de vida" durante los cuales se le hizo sentir que "no era nadie". Posiblemente, el sentimiento profundo de pérdida del Yo, padecido a consecuencia de la pérdida consistente en el asesinato de una figura paterna, contribuyó a la reactivación y proyección subsiguiente de las contrapartes internas malas del Yo, perseguido como Sujeto. Tal vez la pérdida de la personalidad sentida por este paciente se restableció a través de la afirmación de su papel ante un sujeto perseguidor y un objeto perseguido imaginarios.

La búsqueda de un delineamiento del Yo puede manifestarse en acciones, fantasías y modos relacionales inconscientemente estructurados y simbólicamente significativos. Las fantasías reflejan configuraciones de identidad y otros aspectos cognoscitivos de delineamiento del Yo; en tanto que las acciones ayudan a definir éste, mediante la integración motivacional y la elaboración de metas. Los diversos modos relacionales representan grados de demarcación, en lo que se refiere a la complementación Yo-Otro. Los modos de relacionarse son constitutivos de los rasgos del carácter del participante. Además, familias enteras o algunos de sus subgrupos pueden caracterizarse también por un modo relacional habitual. Cuanto más consistente es la clara demarcación Yo-Otro de una persona, tanto mejor quedará protegida contra la ansiedad de pérdida de objeto y su miedo de aniquilación concomitante.

La clasificación de los modos de relación tiene que tomar como línea de base la irrelacionalidad. Entendida como cualidad de la experiencia, ésta puede descubrirse entre personas que exhiben un funcionamiento social relativamente bueno. Naturalmente, los extremos de irrelacionalidad, según se observan en la psicosis infantiles autistas y en los cuadros esquizofrénicos "deteriorados" crónicos, proporcionan los ejemplos mas claros de la falta de demarcación Yo-Otro, o de desdiferenciación del ego. A medida que va uno recorriendo la lista de modos relacionales,

cada vez más efectivos, la patología retrocede en favor de la seguridad y del funcionamiento vital efectivo. Los seis modos relacionales son a) la frontera intrasujeto; b) el diálogo interno; c) la fusión; d) ser objeto; e) ser sujeto; f) y, el diálogo.

En la figura 1 vemos una serie jerárquica de seis modos relacionales, cada uno de los cuales define los límites del Yo de manera específica. Cada segmento de círculo representa un individuo biológico y cada línea de guiones representa una frontera del ego, formada mediante una contraposición dialéctica (relacional) del Yo y el no Yo. Las flechas representan el carácter direccional de los envolvimientos relacionales, particularmente la circunstancia de que el punto de observación "proximal" del Yo como sujeto hace que todo, incluso otros Yoes, se vean como objetos (distantes). Los dos primeros modos relacionales no envuelven realmente un Otro real; el tercer modo consiste en una fusión intersubjetiva, no dialéctica; los modos cuarto y quinto son encuentros dialécticos sujeto-objeto, desequilibrados, unilaterales; y el sexto modo, el diálogo, está caracterizado por la mutualidad. Desde un punto de vista interpersonal, los tres primeros modos son esfuerzos fútiles, restitutivos, "no relacionales" del objeto, mientras los últimos tres representan relaciones "reales", crecientemente satisfactorias y estables. El diagrama muestra que el diálogo es más que la suma de dos esfuerzos centrados sobre el yo, (d) y (e); es un sistema integrado de retroalimentación de dos personas enteras.

Frontera intrasujeto

En sentido cognoscitivo, la persona es capaz de contemplarse a sí misma desde un punto de observación introspectivo. En las primeras etapas de la despersonalización psicótica puede tener lugar una escisión aterradora y perturbadora del Yo, en sus partes sujeto y objeto. Subsecuentemente, las preocupaciones autoreivindicadoras y autoacusatorias pueden servir para aliviar la ansiedad provocada por la inminente despersonalización, como puede verse en el siguiente ejemplo clínico.

Una paciente describió retrospectivamente un pensamiento, que parecía haber sido su preocupación durante la fase inicial del aislamiento psicótico: "Yo quería creer que yo era mala." La configuración dialéctica de esta aseveración difiere, evidentemente, de las nociones concernientes a que el ego desea convertirse en objeto para el ello (id), (Freud 1923). Al analizar la aseveración: Yo **QUERÍA** (yo2 o algún otro aspecto de mi Yo) **CREER QUE** Yo (otro aspecto de mi yo) **ERA DIALÉCTICA**, apreciamos que Yo, es el ego observador (sintético) del presente, mientras que Yo2 y Yo, son estructuras pasadas del ego, mutuamente antitéticas, la primera de las cuales es el sujeto de una creencia, en tanto que la otra es el objeto. Al mismo

tiempo, por lo menos en un nivel patente, el sujeto pasado (Yo_z) se convierte en el objeto del sujeto presente (Yo_o). El acto de asignar un mal papel a Yo_o; hace parecer que estuviesen interactuando dos agentes.

Diálogo interno

Un corolario fundamental de la teoría estructural de Freud es la interpretación de la dinámica intrapsíquica, como si estuviese constituida por un diálogo intrapsíquico. Según el postulado hipotético dialéctico, el Yo depende de un campo transaccional, aun en ausencia de relaciones con Otros externos. En vista de esta polaridad interna sujeto-objeto, cobra importancia crítica distinguir lo que queda introyectado en el Yo, de lo que queda en el Otro interno. Puesto que el Yo puede ser, a la vez, sujeto y objeto de relaciones internas, la expresión "objeto interno" es menos precisa, para los usos que estamos haciendo, que la de "Otro interno". El modelo freudiano del ego que busca el amor del superego puede traducirse a la concepción dialéctica del Yo que está obligado a descansar, en sus esfuerzos en pro de la dependencia óptica, en un delineamiento que lo convierta en objeto de un sujeto interno (superego).⁴

Como hemos señalado, la teoría estructural de Freud supone la existencia de un mundo relacional intrapsíquico, que sirve de almacén de "aprendizaje" en lo referente a patrones transaccionales de conducta, y a la descarga de impulsos.

Hemos llamado patrones de necesidades relacionales a los conjuntos estructurales de relaciones internas. En su desarrollo, una relación real (interpersonal) pasa a través de un periodo de ajuste, por una parte, entre los patrones de necesidades relacionales de cada persona; y por otra, entre demandas internas y demandas "reales". El patrón de necesidad relacional interna (o su objeto adecuado), puede estar o no especificado conscientemente en la mente de una persona. Tenemos un ejemplo de configuración relacional manifiestamente interna en las primeras fases de un estado alucinatorio o delirante paranoide. En el proceso del tratamiento, o de otros intentos de establecer una relación "real", las acusaciones internas de una voz o de una persona imaginaria suelen proyectarse sobre Otros reales. A partir de ahí, toda relación interpersonal bajo la sombra del patrón de necesidad paranoide se percibirá selectivamente, como correspondiente al criterio de la presunta maldad y crueldad del Otro.

Al proyectar la configuración de necesidad interior sobre una relación real, el paranoide obtiene el necesario sentimiento de una (falsa) validación del tipo especial del no Yo maligno, que justifica su propio sentido insuficiente o defectuoso de (él mismo) mismidad. La transferencia delirante tiene que ser más rígida e "inmutable" que la neurótica, porque la primera de éstas constituye un marco o estructura indispensable e importantísima para la existencia del Yo. Por otra parte, en la estructura más madura del ego del neurótico, transferir el diálogo interno a relaciones interpersonales, no constituye un medio para delinear el Yo vitalmente importante.

De manera muy simplificada, la figura 2 nos hace ver las dos implicaciones principales del hecho de que la persona se vea envuelta en

4 *Hay que señalar que, como norma, el uso que hace Freud no distingue entre las representaciones del Yo, del ego y la mente: "Reflexionemos en que el ego entra ahora en relación de objeto con el ideal del ego que se ha desarrollado a partir de él, y que todo el juego recíproco entre un objeto externo y el ego, en su conjunto, con el que nos ha familiarizado nuestro estudio de la neurosis, probablemente pueda repetirse en este nuevo campo de acción dentro del ego" (1921, pág. 103.*

un diálogo interno. En (a), la relación sujeto-objeto internalizada se nos presenta como un "contrapeso dinámico" de las relaciones externas. En la persona madura, las actitudes relacionales internas pueden combinarse con elementos de relación interpersonal percibidos agudamente. Aquella puede echar mano, a manera de recurso, de sus relaciones internas y no tiene por qué sentirse reducida a una nulidad disforme, a causa de la pérdida de Otros exteriores muy apreciados. Cuanto más rica sea la gama de sus actitudes relacionales internas, tanto más capaz será la persona de enfrentarse a una gran variedad de relaciones externas.

La figura 2 representa aquel aspecto de las relaciones diádicas, característico de las deformaciones de la transferencia y las proyecciones ilusorias. Por así decirlo, al Otro se le contempla aquí a través del lente deformador de relaciones internas, persistentemente caterizadas. Aquí el Yo, además de verse privado de la percepción de sí mismo como objeto para el Otro, no puede ni siquiera establecer alguna representación del Otro como su objeto sin que ésta sea contaminada por percepciones del propio Otro interno del Yo. Aunque el Yo preserva sus aspectos de sujeto y objeto respectivamente, al dirigirse del Otro al Yo, no podrá distinguirse en los mensajes procedentes del Otro sujeto interno (por ejemplo, un superego censor). Mediante la percepción selectiva de los mensajes del Otro, solamente si se adaptan al Otro interno, el Yo se los arregla para usar el diálogo interno como un "amortiguador" que regula el diálogo interpersonal. Cuanto mayor es la "patología", tanto menor es la capacidad de la persona para apreciar verdaderamente cómo son las personas o cómo se comportan realmente con ella. El psicótico gravemente paranoide puede desviarse hacia una preocupación casi exclusiva por las relaciones internas. Puede llegar a dedicar la mayor parte de sus vigiliias a oír sus "voces" y discutir con ellas. Sin embargo, mientras su mundo tolere la existencia de una frontera Yo-Otro, quedará exento del horror de la despersonalización.

Otro mecanismo importante y fundamental de la relación mixta interno-externo, está basado en la proyección de los aspectos escindidos malos de un padre internalizado. A consecuencia de la proyección, al Otro externo (por ejemplo, al cónyuge) se le ve en un papel "malo", de chivo expiatorio, de manera que la imagen paterna interna restante puede seguir siendo "buena". De esta manera comienza un "juego mutuo de conversión". Al Otro se le asigna el papel del padre "malo", que podría y debería mejorar, pero no quiere hacerlo. Naturalmente, no tiene que ser explícita la asignación del papel de padre malo. De hecho, cuanto más astutamente se lleve a cabo la asignación ("doble-ligadura") tanto más efectivamente capturado quedará el Otro. El patrón de conversión mutua en chivo expiatorio, decididamente es una configuración más compleja que la de la simple suma de dos proyecciones individuales. Incluso, puede ser parte de un sistema transaccional más amplio, en el que una tercera persona se convierte en el objeto, sobre quien ambos participantes proyectan una imagen paterna idealizada o mala.

A los miembros de la familia que se relacionan unos con otros de manera predominantemente deformativa, "narcisista" (Brodey, 1961), se les considera comúnmente malos sujetos de la psicoterapia individual o del psicoanálisis, a causa -de su "débil estructura del ego". La experiencia de la terapia familiar no contradice esto. Sin embargo, propone que sería indicado utilizar técnicas terapéuticas que pudiesen explotar la entera unidad relacional multipersonal en interacción. Si se tiene la oportunidad de observar todos los mecanismos de retroalimentación relacionales que vienen al caso, el tratamiento de la "patología" transaccional se convierte en una empresa menos desesperada.

Fusión

La fusión intersubjetiva es un modo relacional no dialéctico, que carece de la polaridad de la demarcación sujeto-objeto en sus transacciones. Con base en mecanismos de identificación primaria (Fenichel,

en 1945), de identificación proyectiva (Klein, 1963), o de participación sustitutiva o por interpósita persona, la persona que se relaciona se aferra al "otro", como parásito. Este tipo de cuasirrelación se ve a menudo en los psicópatas (personalidad "como si", H. Deutsch, 1942) o en los psicóticos que se están recuperando. Es como si la persona, de modo parásito, dependiente o simbiótico, quedase eximida de la necesidad de ser tal. Las personas ligadas entre sí de manera tan absorbente, parecen compartir sus sentimientos y motivaciones, en vez de reconocer mutuamente sus rasgos dispares. Parecen carecer de las fronteras del ego que la individualización requiere; es como si tuviesen la esperanza de participar en los procesos de demarcación Yo-Otro del Otro.

La esencia de la fusión no es un esfuerzo imitativo. Más bien se trata de una actitud posesiva, de aferramiento que, cuando tiene éxito, elimina hasta la necesidad de imitación. Después de que la persona se ha "fusionado" con el huésped, las relaciones de éste último se utilizan para llenar el sentimiento de vacío del parásito, que proviene de su carencia de sentido de mismidad, a causa de la falta de relacionalidad. Para utilizar una frase freudiana, diremos que en estas personas el "complejo de castración se extiende hasta el ego" (Waelder, 1960, pág. 210).

Ser el objeto

Aunque, desde la concepción puramente centrífuga de la persona, las diversas relaciones internas y externas parecen ser intercambiables, la naturaleza de las relaciones diádicas se complica por la existencia de dos actitudes relacionales opuestas, centrífugas y centrípetas. Lo que es centrífugo desde el punto de vista de un cónyuge, o miembro de la pareja relacional, es centrípeto desde el punto de vista del Otro. Así pues, el mundo relacional de la diada es más complejo que el simple encuentro de las aseveraciones competidoras de dos sujetos. La estructura de una relación asigna posiciones de sujeto y de objeto a los miembros relacionados y mientras uno se mantiene "en relación", las necesidades del Otro se convierten en las necesidades secundarias de uno, puesto que éste se ha convertido en objeto de las esfuerzos del Otro y en fondo para sus aseveraciones. Permitir al Otro que lo convierta a uno en su objeto, sin oportunidad de reciprocidad en el diálogo, puede dar como resultado lo que Sartre (1956) ha calificado de "hemorragia interna" en el mundo de uno mismo. Las orientaciones relacionales, tanto de Freud como de Sartre, parecen hacer hincapié en el valor económico psíquico que posee la capacidad que uno tiene de hacer uso activo de otros, como objetos de las pulsiones o proyectos de uno mismo, aunque aun como sujetos podemos necesitar una identificación empática con la propia centrifugalidad

o aserción del otro. Mientras el hombre de quien habla Sartre tiene que considerar siempre al papel de "objeto de Otro" como una intromisión egodistónica, para Freud los conceptos estructurales de la mente permiten concebir un ego que tiene que "coexistir" con el superego, que convierte al ego en objeto de su amor o de su desprecio. Que esa relacionalidad mutua a través de un cambio sucesivo de papeles de sujeto y de objeto es un componente estructural vital de la personalidad, está implícito en las teorías de Martin Buber, acerca del diálogo (Friedman, 1960a. Pfuete, 1961).

La fuerte "inversión emocional" que hace el Otro, al asignarle a uno una particular significación-objeto, puede ser no sólo causa de conflictos, sino, en caso de ser excesiva y tener éxito, perjudicar al desarrollo de la propia búsqueda de objeto; es decir, el aspecto autónomo, de sujeto, de la propia personalidad. Esta posición cautiva es el destino del niño pequeño, a quien su padre le asigna una posición paternal. El moldeamiento del niño, en la ejecución de un papel de padre, choca con su necesidad de desarrollar una dependencia necesaria respecto a adultos. Los atributos de adulto prematuramente desarrollados en el niño no logran satisfacer sus propias necesidades de dependencia y de objetos de apoyo, como un contexto no Yo. Para utilizar la analogía de la inmunidad, cuanto más expuesto queda el niño al antígeno (el infantilismo del padre), tanto más adquiere una inmunidad activa complementadora, es decir, un estado alterado de correspondencia. El niño se vuelve paternal, en vez de dependiente; para su autodefensa, aprende a dirigir una actitud activamente hostil contra el mundo intruso, tal vez para siempre.

En casos extremos, la imagen del Yo del niño puede quedar completamente asfixiada a causa del papel de objeto opuesto al padre que se le ha impuesto. Puede uno preguntarse si no existe una conexión dinámica entre las afirmaciones grandiosas, fantásticas, de sabiduría sobrehumana, que hace un chico esquizofrénico de diecisiete años de edad, por una parte, y los recuerdos que menciona la madre en el sentido de que desde que tenía un año --de edad el niño, lo consideró como un hombre adulto, aunque en miniatura. A este respecto, es interesante señalar que la descripción de la personalidad del periodo prepsicótico (comúnmente, preadolescente) del futuro paciente esquizofrénico, frecuentemente es la de un niño "bueno", nada exigente, retraído (¿semejante a un objeto?). La impresión que le queda a uno, cuando lee estas descripciones, es que debe haber existido una carencia casi completa de expresión agresiva en la primera infancia, basada quizá en la falta del diálogo preverbal de los juegos entre la madre y el bebé. Habiéndosele impuesto el papel de no Yo para el padre, el niño no logra desarrollar su Yo activo, de sujeto.

La psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos puede proporcionarnos ejemplos interesantes de transición, desde modos de relacionarse irremediamente inadecuados, hasta otros más convenientes. Una joven psicótica, que durante largo tiempo había ido pasando de estados paranoicos a estados agresivos, mostró una transición gradual desde la falta de relacionalidad hasta el diálogo interno y, finalmente externo, sujetoobjeto. Al principio, se mostraba no verbal o bien incoherente en sus ataques de rabia. Más tarde comenzó a gritar frases fragmentadas que decían que alguna mujer era "puta" o "perra". En esta etapa, era imposible descubrir a quién se estaba refiriendo: ¿al Yo o al Otro? Luego, me dijo que unas voces la tildaban de "puta". Por último, dijo saber con toda seguridad que yo pensaba que ella era una persona inmoral, que no valía nada. De esta manera, logró convertirse primero en objeto de un Otro interno y luego de un Otro externo. En este momento, fue posible hacerla participar en un diálogo real, a través de la exteriorización de sus necesidades de relación objetivamente "impropias", pero interiormente significativas. Se hizo posible la resolución de algunos aspectos, al menos, de las profundas ambivalencias de esta paciente y comenzó a restablecer sus relaciones familiares en un nivel menos psicótico.

El ser objeto, como modo relacional, está vinculado al concepto de "dominio receptivo pasivo". Esta última expresión, como sugiere la palabra "dominio", implica una satisfacción narcisista a través de la conversión en objeto de los propios impulsos. Fenichel (1945) escribe: "La etapa primaria del narcisismo, en la que se sintió la omnipotencia y el "dominio", todavía no era problema; sin embargo, va seguida de un periodo de dominio pasivo-receptivo, en el cual las dificultades se superan ejerciendo influencia sobre los objetos externos poderosos para que den lo que se necesita" (pág. 41). La expresión de Fenichel conserva el término "objeto" para designar al padre, que está siendo manipulado para que participe en la dádiva activa. El concepto de ventaja o ganancia secundaria es un buen ejemplo de tal dominio. Sin embargo, aunque el Yo se convierte en el objeto de algunas interacciones, sigue siendo la fuente motivacional. Por otra parte, el ser objeto, en un sentido verdaderamente relacional, connota una serie sucesiva de acciones que nacen de las motivaciones del Otro.

Ser el sujeto

Aunque el esforzarse por ser el sujeto de acciones, opuesto a Otros como objetos de acciones, es fundamental para la estructura de la motivación, se necesita una flexibilidad que permita un intercambio entre los papeles de sujeto y objeto. Sin tal flexibilidad, nos vemos impedidos

de establecer relaciones duraderas, mutuamente satisfactorias. Una insistencia rígida en el papel de sujeto es sinónima del deseo de hacer que el mundo satisfaga las propias necesidades de uno, sin exceptuar alguna; y si las dos personas de una relación no hacen nada más que esforzarse mutuamente por crear al Otro como objeto, las dos se encontrarán en el insoluble dilema de tratar de encajar relaciones interpersonales en relaciones intrapsíquicas.

El término sujeto designa al aspecto centrífugo del Yo, que contrasta con el Otro como no Yo y con el Yo como "objeto para el Otro". Considerando en aislamiento de su mundo objeto, el sujeto es una pura abstracción. Dicho de manera más concreta, puede pensarse que el sujeto es el agente de un conjunto de esfuerzos o aspiraciones, dedicado a anexar objetos y fundándose a sí mismo en ellos como contexto. Para nuestro punto de vista, es propio hablar de la afinidad' del Yo respecto un conjunto idóneo de Otros relacionales. La elección del término afinidad tiene como objeto reducir el énfasis en la dicotomía motivacional ego-instinto. Dos personas que mantengan relación, tienen que tratar tanto con los instintos como con el ego de cada una de ellas. Por consiguiente, nuestro marco teórico, más configuracional que cuantitativo, reduce el hincapié en el grado de catexia por energías mentales (instintivas). La afinidad es una ley de relaciones configuracionalmente determinadas, constitutiva y sintética. Los componentes inconscientes de la afinidad relacional han de buscarse en aquellas leyes configuracionales implícitas que determinan la atracción selectiva y el sentido de complementación, entre la totalidad de los patrones de necesidades de dos personas. Por otra parte, los patrones de necesidades son amalgamas, en gran parte inconscientes, de patrones filogenéticos heredados y aprendizajes pasados (improntación), a partir de encuentros formativos con Otros significativos.

El concepto de afinidad entre los patrones de necesidades relacionales de dos personas, podrá considerarse como un simple rebautizo de las fantasías que expresan deseos, o de derivados de impulsos privados de meta. Sin embargo, estos conceptos basados en el individuo no toman en cuenta las propiedades dinámicamente estructuradoras de las complementaciones mutuas sujeto-objeto entre personas. A fin de ejemplificar la diferencia, pongamos los ejemplos de la masturbación y de la relación heterosexual. El elemento común a ambas es la tendencia hacia una armonización complementaria de los patrones de necesidades de uno mismo con objetos, como es consistente con la aspiración humana universal (simbólica) a "estructurar" cualquier impulso, hasta el más nebuloso. Sabemos que la masturbación está comúnmente asociada a patrones o estructuras fantásticas selectivos, es decir, configuraciones internas de

objetos. De manera semejante, sabemos que en el hombre, la fase preparatoria (fase del juego previo) del trato sexual, depende considerablemente de un hacer que, imaginativamente, el objeto armonice o encaje con las disposiciones, de las necesidades internas del sujeto. Sin embargo, si la relación diádica ha de ser por lo menos relativamente constante, elementos de las configuraciones de los deseos del Otro tienen que convertirse en componentes de la configuración de los propios deseos de uno y esto es lo que ocurre: la afinidad de la amante por su amado comprende y es el objeto de los impulsos del compañero. En cambio, durante la masturbación, la única retroalimentación se origina en las creaciones de la fantasía. Tal vez sea válido comparar la situación heterosexual, como ejemplo de relación diádica, con la adquisición de inmunidad activa o alergia. Cuando hay inmunidad activa, el organismo, a causa de su exposición a un agente entrometido, adquiere una tendencia que, no obstante ser externa a sus "disposiciones de necesidades" originales, a partir de ahora caracterizará a su reactividad inmunológica. Por analogía, en una relación las necesidades del compañero obran sobre uno como antígenos o alérgenos, extraños a las propias necesidades. El masturbador o el que sueña despierto (delirantemente, o de otra manera) evita quedar expuesto como objeto, por lo menos inicialmente, a los deseos egodistónicos de un Otro. Por otra parte en la relación amorosa armónica, el agrandar al Otro se convierte en parte de la propia meta; sin embargo, el acomodarse como objeto para las necesidades del otro, puede cobrar formas excesivas, "patológicas", en las que uno paga el precio de adoptar una identidad negativa.

Entre los numerosos ejemplos posibles de cómo una identidad negativa apreciada proviene de ser el objeto, podemos mencionar uno, en virtud de su significación técnica para la realización de la terapia familiar conjunta intensiva y a largo plazo. Hemos encontrado que uno de los sistemas transaccionales más comunes que se observan entre los padres de un paciente esquizofrénico es un eterno discutir por nada. Muy a menudo, la estructura más profunda de esta transacción encierra la incapacidad que tiene la esposa de hacer frente a sus propias actitudes críticas, negativas, respecto o acerca de sus padres, junto con la necesidad de una asignación simultánea de papel de objeto "mala" a su esposo. En aquellos casos en los que, por lo común, después de uno o dos años de terapia, la esposa se vuelve capaz de explorar sus sentimientos ambivalentes hacia sus padres, disminuye su tendencia a transferir la "maldad" de los padres al esposo. Esperaría uno que a partir de ese momento mejorase la relación matrimonial, pero paradójicamente, esta fase parece asustar al esposo, debido a que, por lo visto, se ha acostumbrado al

diálogo matrimonial basado en su papel de "maldad". En algunos de nuestros casos, el esposo ha hecho repetidos esfuerzos para incriminarse a sí mismo los defectos de los padres de la esposa. Parece estar en alianza con las deformaciones de su esposa, a fin de preservar su papel y su identidad.

El concepto de patrón de necesidades connota algo más que la suma de componentes de una tendencia instintiva. El concepto de patrón de necesidades abarca más que la suma de aspiraciones o esfuerzos, dentro de una zona o etapa del desarrollo del esquema Freud Abraham. Aunque el concepto abarca las necesidades de fondo simbólico que tiene el Yo, el origen biológico, instintivo, de algunos de los componentes de los patrones de necesidades del sujeto es evidente por sí mismo. El meollo de la personalidad se origina en la matriz biológica indiferenciada de la unidad madre-hijo. El proceso de diferenciación entre los rudimentos del Yo y del no Yo, tiene lugar en los primeros orígenes preconceptuales de la vida mental. El origen de la polaridad sujeto-objeto está vinculado a experiencias de separación y reunión con figuras paternas. Probablemente podamos suponer que en el hombre, como en los primates (Harlow, 1962), la principal respuesta afectiva a las primeras experiencias de separación está vinculada conjuntamente a la organización sensorial táctil-cinestésica y a la oral-alimenticia. En los experimentos de Harlow, se crió a los monitos sin sus madres. Sustituyeron a las madres a) "madres de tela" suave y b) "madres de alambre" que alimentaban, pero metálicas. Después de un determinado periodo de adaptación, se utilizaron estímulos amenazantes para ver cuál "madre" se utilizaba más a menudo como objeto confortante, al cual aferrarse en momentos de gran tensión. En su búsqueda de seguridad, el monito amenazado corrió más a menudo hacia la madre de tela que hacia la madre de alambre. Por lo que respecta al concepto dialéctico de separación entre el Yo y el no Yo, esta preferencia sugiere la importancia del contacto "cálido" entre el embrión y la pared uterina, en vez de la antítesis boca-pezón, como fuentes experienciales y puntos de referencia de seguridad, obtenidos a través de la disponibilidad 'de objeto.

Los datos de las observaciones etológicas nos sugieren, entre otras cosas, que el concepto de patrones de necesidades debe incluir una gama más amplia de patrones de conducta heredadas que la que sugiere la teoría psicoanalítica tradicional de los instintos. La tendencia a combinar conceptos psicoanalíticos y conceptos etológicos (Rapaport, 1960b, Bowlby, 1960), enriquece considerablemente la exploración de las raíces preconceptuales de los patrones de necesidades infantiles. Bowlby (1960) cita a Hermann y a otros investigadores de la escuela psicoanalítica de Budapest, para decir que fueron los primeros que hicieron hincapié en

otros aspectos instintivos, a parte de la oralidad, en la primera relación del niño con su madre. Según estos investigadores y los etólogos, el aferrarse y el seguir son necesidades instintivas primordiales, por derecho propio. Las conceptualizaciones acerca del papel formador del carácter, que tienen la flexibilidad y la rigidez (fijación) de los patrones de necesidades relacionales, evidentemente tienen que tomar en cuenta la naturaleza de una multitud de pulsiones instintivas y sus "derivados"; es decir, su interconexión con experiencias o aprendizajes "improntados" a temprana edad.

Se ha demostrado que los patrones de relación que rigen la conducta de un animal "territorial", cambian radicalmente si se le traslada a otro territorio (Lorenz, 1969, pág. 181). Por otra parte, el funcionamiento seguro de otros animales depende de un vínculo personal formado con un compañero. ¿Es éste un precursor preconceptual del diálogo Yo-No Yo de los humanos? ¿Son el territorio y el compañero equivalentes a los objetos amorosos que proporcionan confianza? Lorenz asevera que, aunque dos animales de casi cualquier especie de vertebrados pelearán uno con el otro, si se les coloca en la misma jaula, lo harán sólo si se sienten "cómodos" en el lugar. La estructura dialéctica de estos patrones relacionales de los animales, es en verdad muy notable. Un contexto que le sea familiar en su existencia al animal, organiza los patrones relacionales intraespecie de éste como si actuase sobre la base de la internalización de su relación con su territorio o con otro animal. _ u parecer, el animal se hace valer más a sí mismo cuando puede confiar en un Otro habitual (intemalizado), simbolizado por el significado "personal" de su ambiente. Es como si el compañero del territorio fuese algo más que un simple instrumento que le ayuda a formar un contexto para el delineamiento del yo. Searless (1960) sugiere que ni siquiera el hombre vive totalmente en la esfera de los encuentros con humanos (o con animales).

De acuerdo con la naturaleza transaccional del meollo de la personalidad, que hemos supuesto, podemos representarnos las llamadas pulsiones orales dependientes como manifestaciones de configuraciones relacionales intrapsíquicas de carácter diádico, en las que el que solicita de manera dependiente adopta una posición filial y aquél hacia el cual se dirige la demanda adopta una posición paternal. Al parecer, nunca renunciamos al deseo inconsciente de corregir la cualidad generosa de nuestros progenitores. En la vida adulta, tal vez hayamos sublimado esta pulsión hasta convertirla en servicio a la humanidad, en hacer el bien. La humanidad, Dios y el destino son objetos idealizados de reemplazo; son las versiones deseadas y mejoradas de nuestros objetos-padres, interiormente preservados. Sin embargo, mientras la demanda dependiente se canalice por la relación interpersonal adulta, quienquiera que sea capaz

de transformar al Otro en padre, gana el juego que consiste en la asignación de papel de objeto. El recién nacido podrá ganarlo mediante su llanto de desamparo; el adulto enfermo a través de su sufrimiento; el miembro exigente de la familia, con sus eternas recriminaciones "fuera de la realidad" y sus acusaciones provocadoras de culpa. El miembro que queda "atrapado" en la posición diádica de objeto paternal parece ser el perdedor en la pugna, como lo atestiguan las observaciones de los interminables esfuerzos que hacen los miembros de la familia, para conseguir que algún otro se sienta responsable de sus decepciones internas, tras lo cual esperan que el Otro se arrepienta y reforme.

Aunque es amplia la gama de posibles objetos relacionares, la complejidad de los patrones de necesidades del hombre hace que sea algo improbable que dos individuos puedan encontrar una armoniosa reciprocidad de necesidades y satisfacciones (diálogo relacional) sin realizar considerables esfuerzos en pro del ajuste. El principio del diálogo requiere que toda relación duradera sea satisfactoria, para las necesidades de delineamiento del Yo de ambos compañeros. El conocimiento de la reciprocidad hace retributiva considerar las necesidades del otro.

El diálogo

El concepto de diálogo puede servirnos de puente entre las teorías motivacionales, basadas en el individuo, y las transaccionales, basadas en el sistema. Una teoría motivacional puramente basada en el individuo es, por ejemplo, la del instinto. Según ésta, el sujeto, que busca un objeto para sus funciones, es un sistema abierto. Escogerá uno o varios objetos para sus pulsiones y, a su vez, podrá ser escogido por uno u "otros" como objeto. Por otra parte, el diálogo es un sistema cerrado, basado en la retroalimentación entre dos sujetos. Uno de los interlocutores tiene que ser sujeto y el otro objeto, en cada una de sus transacciones. Este toma y daca origina la confianza y la anticipación, como recompensas mutuas. La posición del compañero se convierte en meta motivacional secundaria," _y_ es un medio para obtener las satisfacciones de las necesidades primarias de uno, dentro de la estructura del diálogo. Si la confianza de un compañero en el toma y daca es insuficiente, aumenta el peligro de su deseo de explotar al Otro como objeto. De los seis modos relacionares en la figura uno, el diálogo es el único que puede garantizar la posesión mutua y, por consiguiente, segura, en una relación.

Probablemente, la mayor importancia del diálogo estriba en su contribución al delineamiento del Yo en ambos compañeros, más que a su descarga de impulsos. El compañero de relación en quien se confía, ofrece un contexto o fondo para el delineamiento del Yo, lo mismo como sujeto

que como objeto. Una vez que se ha elegido una pareja amorosa sobre la base de una creciente complementación relacional, las descargas de pulsiones sexuales, agresivas y de dependencia pueden irse efectuando dentro del contexto de dos personas que han entrado en estrecha relación. Para describir el concepto de diálogo de Buber, Friedman (196%) asevera que: "lo que realmente importa en el diálogo auténtico, es mi aceptación de la "otredad" de la otra persona, mi disposición a prestarle oídos y a responder a sus llamados. En el monólogo, en cambio, únicamente le permito al otro existir como contenido de mi experiencia" (página 27). "La confirmación verdadera significa que uno constata al compañero como... ser existente, aun cuando uno se le oponga. Yo lo legitimo a él contra mí, como aquel con el cual tengo que efectuar el verdadero diálogo y entonces puedo confiar en que también él actuará respecto a mí como un compañero" (pág. 86). Lo que llamamos aquí legitimización, equivale primordialmente a ayudar al Otro a delinearse como sujeto opuesto a uno mismo, como objeto de las necesidades del otro. Puesto que el ofrecerse a uno mismo como objeto para el Otro equivale a "dar", el acto de confiar mutuamente en el otro es un requisito estructural importante del diálogo. La confianza, es decir, la reciprocidad prevista de parte del Otro, suprime el "sabor" emocional de ser utilizado o ser aprovechado por otro. La atmósfera de confianza cambia la economía del "dar emocionalmente".

El que uno sea, en el proceso del diálogo, sucesivamente sujeto y objeto, tiene muchas implicaciones, anteriormente inexploradas. La relativa complejidad del "envolvimiento relacional", comparado con la "elección de objeto", proviene del hecho de que la primera de estas expresiones abarca también la "elección de sujeto". Con esto quiero decir que una estima empáticamente el alcance probable de las pulsiones del compañero, en su búsqueda de un objeto, al mismo tiempo que lo estima a él como objeto posible de las propias pulsiones. La elección que hago de él como mi objeto, depende de mi estimación intuitiva de las maneras en que puede acudir a mí como objeto de sus necesidades. Por consiguiente, el diálogo humano completo está constituido por los dos procesos (simultáneos o sucesivos) opuestos, "relacionares en parte". Una escuela hace hincapié en el carácter mutuamente exclusivo de ser simultáneamente sujeto y objeto respecto del Otro (Sartre, 1956). Aunque yo no considero que los dos componentes de la relacionalidad sea mutuamente excluyentes, creo que el convertir al Otro en objeto de las propias necesidades es más satisfactorio que el ofrecerse uno mismo como objeto para el otro.'

Es difícil ejemplificar la diferencia entre las posiciones de sujeto y objeto que se esperan del Otro. Por ejemplo, en el transcurso de la formación delirante.

No obstante que la apreciación empática de las necesidades del Otro es un requisito importante para la diferenciación entre el Yo y Otro, es el toma y daca, la alternación en los papeles de sujeto y objeto, lo que convierte al diálogo en el medio más destacado para establecer una demarcación! yo-otro verdaderamente dinámica. Según Buber, cada acción relacional consiste en dos pasos: "primeramente, guardar la distancia" y "entrar en relación" (Friedman, 196011, pág. 80). Mediante un alternación recíproca de acciones, el diálogo se convierte en salvaguardia contra la fusión simbiótica. Así pues, el dominio del diálogo es una necesidad para la fuerza y la autonomía del ego. La incapacidad de establecer el diálogo puede ser fuente de aislamiento social, con la consiguiente "patología" relacional.

La inversa, sin autonomía de parte de los participantes, no podemos hablar de diálogo. La integración de actitudes en conflicto a través de un intercambio de puntos de vista, la cual tiende a aumentar más que a disminuir la autonomía de los participantes, implica el respeto mutuo por el desenvolvimiento de cada uno de los compañeros. El amor maduro, en vez de ser una fusión como a menudo se dice, es un verdadero diálogo, en el que cada participante complementa, sucesivamente, las necesidades de sujeto y de objeto del Otro. Esta es la razón por la cual el boxeo de broma, por ejemplo, entre un padre y su hijo, es un encuentro amistoso y no mutuamente destructivo. Uno se ofrece a sí mismo a las necesidades agresivas del otro, a cambio de conseguir un objeto para las propias necesidades de golpear a otro.

No obstante la capital importancia que posee para la supervivencia del diálogo, la empatía por sí misma no es su principal constituyente. Tomemos el ejemplo de Buber para subrayar la importancia de la empatía: "un hombre acaricia a una mujer, que se deja acariciar. Luego, supongamos que siente el contacto en dos partes: en la palma de su mano y también con la piel de la mujer" (1947, pág. 29). El carácter dialógico de esta situación está descrito en la primera parte de la poética formulación de Buber, que contiene la información de que el objeto "responde", es decir, "se deja acariciar". Sin una verdadera respuesta, el sentimiento del contacto que tiene el hombre "con la piel de la mujer" pertenecería a la "identificación primaria"; es decir, a una suposición imaginaria de relacionalidad por su parte, fuera de la conciencia de la mujer.

El "amor" o encuentro heterosexual nos ofrece un ejemplo posible de diálogo simultáneamente recíproco. Tanto el hombre como la mujer paranoica, el paciente decide representarse a sí mismo como objeto de una persecución imaginaria o a otros supuestos, internos, como sujetos. El sujeto de una relación provoca respuestas; el objeto responde.

necesitan confirmación, la cual se proporcionan el uno al otro por la simple expresión de sus respectivas necesidades fisiológicas. La afirmación del hombre en su papel parece convertirlo automáticamente en objeto de la afirmación de la mujer en el suyo, y viceversa. Pero la prueba de la verdadera madurez dialógica de la relación hombre-mujer, llega en el momento en que los apetitos sexuales fisiológicos se han satisfecho o no existen. Entonces, ¿cuál es la naturaleza de la relación personal total? Nadie desea desempeñar el papel de objeto para las necesidades del Otro permanentemente. Para mantener al Otro en un papel unilateral de objeto, uno tiene que hacerlo mediante la riqueza, la belleza física, la importancia social, la fama o aun, tal vez, la notoriedad.

Si la posesión sexual es el intento principal para resolver la necesidad óptica de confirmación que siente el hombre, tarde o temprano surgirán nuevas demandas para hacer frente al resultante desengaño. El ingresar ' en una relación íntimamente sensual, si no conduce a una complementación dialógica madura total, puede ser causa de que uno de los cónyuges inmaduros o ambos, regresen, y revivan sus necesidades no recíprocas de un padre; es decir, de un objeto sustentador (anaclítico) cautivo. Si no resuelven el problema ontológico de sus necesidades mutuas de dependencia, los cónyuges están condenados a caer en un callejón sin salida, aun en lo tocante a su complementación de necesidades sexuales fisiológicas. Si no pueden desarrollar un sistema dialógico, uno o ambos podrán sentirse utilizados por el otro como mero objeto de sus propias necesidades "egoístas"; pueden convertirse en no funcionales sexualmente, a través de la impotencia, la eyaculación prematura, la frigidez, etc., a manera de protesta inconsciente, por estar siendo usado por el otro como objeto.

Las reflexiones sobre la naturaleza dialéctica de las relaciones conducen a la conclusión, aparentemente paradójica, de que el mismo proceso (diálogo) que garantiza el mantenimiento de la delineación Yo-Otro (distinta v autónoma) del participante, constituye también un estado de dependencia mutua. Incluso el compañero a quien corresponde la iniciativa o la elección, depende del otro que es como su objeto o fondo. El que se encuentra en la posición de objeto parece haber renunciado a su autonomía activa y, sin embargo, el simple hecho de ser un complemento para la afirmación del Otro le impide llevar a cabo una fusión con éste, con lo cual confirma su mismidad distinta. Creo que, tal como el concepto de relaciones internas tiene que incorporarse en el pensamiento de la fenomenología existencial, los modos relacionales de un contexto no Y o o un objeto para el Otro y el diálogo, requieren un mayor estudio en la estructura de las teorías psicoanalíticas de la personalidad.

SISTEMAS RELACIONALES EN LA FAMILIA

El concepto de sistemas transaccionales posee gran significación práctica para la comprensión y tratamiento de los problemas familiares. Tuesto que la mayoría de los terapeutas familiares recibieron primero los conocimientos del área de la psicoterapia o del análisis individuales, su marco teórico corresponde a una relación dinámica entre tina mente individual y sus subsistemas (id, ego, superego, consciente, inconsciente, etc.). Sin embargo, el terapeuta familiar practicante se ve obligado a advertir que el nivel en que existe la patología y tiene lugar la terapia, concierne a un sistema que es más que la suma total de patologías de los miembros individuales, entendidos como entidades discretas. Es atinado asignar un nivel más alto de organización de sistema a la totalidad multipersonal de las transacciones familiares. Por consiguiente, como en todos los casos de sistemas de complejidad variable, las leyes de los sistemas de nivel inferior (por ejemplo, el hidrógeno y el oxígeno) tienen que ser consideradas conjuntamente con las leyes del nuevo sistema emergente, adecuadas al sistema de orden superior (como H₂O).

Las implicaciones prácticas de este punto de vista habrán de dar lugar a un cambio radical, desde las orientaciones nosológicas tradicionales de la psiquiatría, basadas en el individuo hasta una orientación "basada en el sistema".

¿De qué manera pueden aplicarse los conceptos del modelo dialéctico a la descripción de la salud y la patología familiares? El carácter transaccional del modelo postula unidades transpersonales o multiindividuales de discriminación sujeto-objeto, disfrazadas a menudo por lo que parecen motivaciones basadas en el individuo. En otras palabras, cuando una persona dice yo, realmente y a menudo inconscientemente, puede querer decir nosotros. Por supuesto, cualquier transacción real o propuesta puede concebirse en términos de una relación o frontera sujeto-objeto. Uno o más participantes pueden constituir cualquiera de los lados de la frontera relacional. Por ejemplo, la frontera de la lealtad entre miembros puede desplazarse rápidamente, de la configuración esposo-esposa contra niña, a la configuración madre-hija contra padre. El término frontera no pretende denotar aquí una rígida línea divisoria entre dos territorios; más bien connota el hecho de una discontinuidad y de una relacionalidad dinámica de retroalimentación, entre sujeto y objeto. El delinea miento o significado del Yo puede acentuarse por su posición antitética al objeto, o por su fusión con un cosujeto, respectivamente. La contraposición sujeto-objeto es uno de los requisitos básicos del diálogo, y la familia saludable consiste en una red de relaciones del tipo dialógico, más que de fusión.

La esencia del proceso, que consiste en convertir a alguien en chivo expiatorio, estriba en asignar a alguna persona un papel de objeto, mediante la acción colusiva de otros miembros. El papel no es necesariamente "malo". Hemos visto miembros de una familia "atrapados" en una posición idealizada, "buena", a quienes se les ha asignado la tarea de mejorar la interrelación evidentemente hostil de los padres. Los padres neuróticos pueden utilizar inconscientemente las inclinaciones apaciguadoras de sus hijos ansiosos que, en sus esfuerzos por salvar el matrimonio de sus padres, se ofrecen a sí mismos como objetos de transferencia, responsables, como si fuesen los padres. El papel de intermediario desempeñado por el niño, puede cobrar la forma de airado censor, unas veces del padre y otras de la madre. En muchas ocasiones, el niño intermediario puede ser el único canal existente para las comunicaciones constructivas, en lo que parece ser una lucha a muerte entre los padres.

Cualquier miembro de la familia atrapado en el papel de objeto, en la red de sistemas relacionales, se encuentra en considerable desventaja. Está a merced de los patrones de necesidades internas del Otro, campo motivacional fundamentalmente inaccesible a sus propias necesidades. Tal vez su mejor manera de contraatacar consista en convertir a los otros en objetos relacionales de sus necesidades y percibir selectivamente tan sólo los aspectos ego-sintónicos de la transacción; pero el resultado puede ser una actitud mutuamente paranoide y defensiva de parte de ambos bandos.

Si el papel del Otro se vuelve pronosticable, puede surgir una red relacional simbiótica y cada vez menos dialéctica. Gradualmente, A llega a conocer tan bien las respuestas de B, que lo que le dice a B contiene realmente la previsible respuesta de éste. La previsión de las respuestas de los miembros, transforma a éstos no sólo en objetos cautivos los unos respecto de los otros, sino en componentes de un continuo intersubjetivo. Este último término describe un estado de fusión entre miembros, que elimina la relacionalidad sujeto-objeto de uno a uno.

El sistema puede volverse una amenaza para la individualidad: si no hay no Yo, no puede haber experiencia del Yo; si no hay masculinidad, no hay femineidad; si no existe un papel paternal claramente trazado, no existe un papel de hijo que resulte satisfactorio. Con el tiempo, cada miembro queda ligado por las reglas del sistema fusionado, a medida que se convierten en objetos de un sistema de transacciones previsibles, pierden su libertad de elección como individuos; a medida que el diálogo sujetoobjeto se hace imposible, el sistema transaccional cobra el carácter de "pseudomutualidad" (Wynne y colaboradores, 1958). Es fútil buscar los contornos de la posición de cada miembro individual en tal sistema; cada posición depende del estado del sistema en su conjunto. Por la

misma razón, no existen alianzas reales en tales familias; la única configuración perdurable es una fusión intrafamiliar opuesta a los Otros extrafamiliares. Por lo común, esta necesidad de una pronosticabilidad confiable, y no algún secreto, es lo que mantiene al Otro (por ejemplo, el terapeuta) fuera de la familia; solamente los grupos relativamente bien diferenciados pueden mantener verdaderos secretos. Es interesante señalar que la misma tendencia que mantiene a la familia amorfa apartada del extraño, la de la fusión intrasubjetiva, es la fuerza que obra también en pro de una incorporación eventual del extraño a modo de fusión. La pronosticabilidad de las respuestas de los miembros de la familia tiende a provocar, de cuando en cuando, respuestas previsibles, como clisés, de parte del extraño (terapeuta), y todo aquel que permite que lo envuelvan en una retroalimentación-respuesta pronosticable queda fusionado con el sistema intersubjetivo. En sí misma, tal fusión es diferente de una fase en que el extraño recibe el papel de objeto de la "transferencia", aunque a menudo vaya precedida de la misma.

La estructura del sistema pronosticable de respuestas, al servir de base para el delineamiento del Yo de los miembros, se convierte en la estructura de la confianza que existe entre éstos. Mientras el toma y daca individual del diálogo mantiene la confianza, a través de la dedicación de los participantes a desempeñar papeles sujeto-objeto, la fusión intersubjetiva no puede tolerar ningún cambio autónomo por parte de sus miembros, quienes participan en una experiencia compartida del Yo (plural).

La familia fusionada puede caracterizarse también con el concepto "Nosotros primitivo" de Buber (Friedman, 1960a). Una experiencia del nosotros "amorfo" puede sustituir las experiencias del Yo de los individuos miembros, cada vez que el sistema multipersonal se convierte en el canal principal de la descarga de impulsos, de la misma manera como el ego es el agente organizado de la administración de los impulsos del individuo. Pero, mientras la unidad de un solo organismo nos da un solo punto de referencia, la fusión unitaria de un sistema familiar depende de la pronosticabilidad de los patrones de acción de todos sus miembros. El sistema se convierte en canal necesario para las satisfacciones de los miembros; si todos ellos se someten al sistema, su sentido de satisfacción no se ve amenazado. En su caso extremo, tal sistema no permite ninguna elección individual. En otros, menos extremos, el sistema puede permitir alguna libertad a los miembros, y se insiste en el sometimiento de éstos, sólo a través de algunos rituales simbólicamente significativos, por ejemplo, pasando juntos la Navidad o el Año Nuevo.

El sistema transaccional caracterizado por un nosotros amorfo, representa algo más que la fusión intersubjetiva; experimentalmente, es

un Nosotros-Objeto, tanto como un sistema Nosotros-Sujeto. juntos, los miembros de la familia pueden reaccionar ante los extraños con fantasías persecutorias y tendencias paranoides compartidas. La terminación de la terapia familiar conjunta puede ser experimentada por una familia como si fuese la victoriosa expulsión del intruso "malo". Si hay un matrimonio de uno de los vástagos, la joven esposa pseudoindividualizada, por ejemplo, puede retraerse en el sistema familiar a través de la culpa, tal como si fuese un pseudópodo de una amiba. El esposo se ve enfrentado a todo un sistema, con el cual la esposa se siente más obligada que con su matrimonio.

"Teorías recientes de la conducta familiar, orientadas a la interacción, han dado origen a la noción de que algunos patrones de transacción, por ejemplo, la "pseudomutualidad" (Wynne y colaboradores, 1958) o la "doble ligadura" (Bateson y colaboradores, 1956), estorban directamente la autonomía del participante. En el caso de la doble ligadura, el concepto incluye explícitamente un "ligador" v una víctima. Se concibe a ésta última como si le estuviese prohibido escapar del campo, en virtud del conjunto inicial y ambiguo de mandamientos conflictivos y también por un mandamiento negativo terciario. Los autores añaden: "Sin embargo, parece que, en algunos casos, el escape es imposibilitado por algunos recursos que no son puramente negativos, como por ejemplo, caprichosas promesas de amor u otras cosas semejantes." (pág. 22541). El concepto de imposibilidad de escapar del "campo" es muy semejante a lo que hemos llamado cautividad de la asignación de papel de objeto. En un artículo más reciente de los autores del concepto de la doble ligadura, ya no se hace tanto hincapié en el contexto diádico de ligador y víctima y se describe la situación de la doble ligadura, diciendo que una persona está "atrapada en un sistema que produce definiciones conflictivas de la relación, con la comiguiante zozobra subjetiva" (Bateson y colaboradores, 1962, pág. 157).

En nuestros términos, el aspecto cautivo de la asignación del papel de objeto se pone de manifiesto cuando la persona "atrapada" resulta, por definición, incapaz de actuar como sujeto; es decir, de proceder de acuerdo con sus propias necesidades, asignando a otros el papel de objeto. Por ejemplo, se le puede obligar a que atienda a otros o se cuide de ellos, sin que sea capaz de obligar a otros a satisfacer las necesidades de ella. Al cautivo de una relación se le puede obligar a "dar", sin que reciba. Por ejemplo, al principio de la primera sesión de tratamiento familiar, un joven esquizofrénico se acercó corriendo hasta mí, me tomó por el cuello de manera amenazadora y me gritó: "¡Estoy agotado, vacío! No puedo dar más." Resultó que, en verdad, se hallaba empotrado en el sistema familiar y sujeto, mediante lo que parecían ser lazos irreversibles. La madre inmovilizaba al chico, haciendo que se sintiera culpable de cualquier señal de autonomía, mientras el padre ofrecía una protección engañosa, como si fuese una defensa contra la madre. El chico se veía obligado a ser el canal receptivo para ambos padres y, al mismo tiempo, éstos eran

insensibles a sus necesidades. La alianza ostensiblemente (sobre) protectora de los padres aislaba al niño; no podía "recibir" nada de ellos.

El concepto de cautividad por asignación de papel de objeto implica que, independientemente de la naturaleza de las necesidades específicas subyacentes (agresivas, libidinales, etcétera), la asignación cumplida garantiza al captor o captores la existencia de un objeto. La "ligadura" no es de naturaleza comunicativa, no es simplemente una "definición conflictiva de la relación" (Bateson y colaboradores, 1962). Su esencia es la posesión o fusión, frecuentemente ejemplificada por deslices verbales: "mi madre no colocaría mi ... quiero decir su brazo sobre mis hombros". En este ejemplo, el niño expresa su deseo de convertir el brazo de la madre en su propia posesión, en objeto de las necesidades de él. Lo que Bateson y sus colaboradores han calificado de incapacidad para "escapar del campo", debería calificarse más concretamente de incapacidad para escapar de un papel de objeto asignado, el cual está codeterminado por la inconsciente colusión del miembro cautivo con el sistema de ligaduras.

Previamente, hemos descrito aquel rasgo de los sistemas familiares "simbióticos" o patológicamente cerrados que, mediante la eliminación tanto de la elección individual como de la impronosticabilidad, convierte a estas redes relacionales en una fusión intersubjetiva. La definición de un sistema familiar patológicamente cerrado no descansa en el número o la calidad de los contactos extrafamiliares. Antes bien, es función del grado de fusión intersubjetiva o transpersonal, en oposición a la iniciativa autónoma de parte del miembro.

La naturaleza de las asignaciones de papel de objeto parcial en los sistemas simbióticos, difiere fundamentalmente de las relaciones dialógicas de papel de los individuos diferenciados. Además, la calidad multipersonal del compartimiento intersubjetivo hace que estas asignaciones de papel de objeto difieran incluso de las asignaciones inmaduras de papel de objeto parcial, con carácter de relación de uno a uno. En el ejemplo del sádico y el masoquista, el papel de objeto parcial (por ejemplo, el que causa o el que soporta el sufrimiento) es asignado por una persona a otra y, comúnmente, viceversa. Su sometimiento a la relación es, al menos, simétrico numéricamente. Por otra parte, en el sistema familiar del compartimiento interobjetivo, las expectativas del sistema multipersonal asignan papeles (por ejemplo, chivo expiatorio o padre) a los

individuos miembros. La asignación de papel de objeto se efectúa aquí con un compartimiento tan colusivo y tanta pronosticabilidad rígida, que impide una contraposición dialógica o de sujeto-objeto. Además, como en estas familias nadie se inclina plenamente a relacionarse con otros miembros, como una persona en su integridad, y nadie es capaz jamás de ofrecerse como un objeto completo para las aspiraciones de alguno de los otros miembros, nunca puede llegar a formarse una relación recíproca. El desarrollo relacional y emocional deficiente que resulta de esto, queda fijado por el hecho de que todos los miembros contribuyen inconscientemente a mantener el compartimiento intersubjetivo. Las personalidades de los miembros, no solamente son producto de sistemas simbióticos, sino que tienen un interés creado en el sistema, el cual reduce el peligro de separación y de las consiguientes experiencias de despersonalización.

En su principio, cualquier relación, aún la madura o dialógica, tiene que confiar en dos asignaciones de objeto básicamente no recíprocas, por parte de cada uno de los compañeros. El Otro se vuelve atractivo como validación simbólica de un prototipo necesario internamente, o como coincidencia imaginaria con él (por ejemplo, en el caso de la muchacha: hombre fuerte, hombre bondadoso, hombre inteligente o, en un nivel más profundo, "hombre como hubiese querido que fuese papá"). Esta etapa de la relación no sólo es unidireccional, sino parcial. De manera selectiva, se percibe sólo aquella parte del Otro que armoniza con el criterio del prototipo interno. Si la relación queda fijada en este nivel, se desarrolla un sistema autístico (capítulo 3). El prototipo de tales sistemas es la desdichada combinación de un bebé ávido de amor con su madre joven despojada, en busca de un padre.

A medida que se va desarrollando la relación, surge una red de respuestas coordinadas a partir de un cúmulo de esfuerzos para asignar el papel de objeto, de carácter unilateral o individual. La incertidumbre del Otro se reduce; sus reacciones se vuelven más pronosticables. En la medida en que uno percibe las respuestas del Otro como confirmatorias de la búsqueda de objeto que uno está realizando, de los esfuerzos en pro de la asignación de papel, uno comienza a sentir la confirmación en su autoaserción y confianza. Al mismo tiempo, la experiencia del "yo" cobra las características de la de -un "nosotros". Podemos postular que la naturaleza y las vicisitudes de las experiencias de este "nosotros", caracteriza la familia como sistema relacional. Finalmente, toda una familia se sentirá como si estuviese comprendida dentro de los límites de un nosotros. El sistema familiar puramente autístico puede carecer de una experiencia "nosotros". Otros tipos de sistemas familiares pueden estar caracterizados por una experiencia "nosotros", amorfa o diferenciada, de parte de sus miembros. El nosotros amorfo se basa fundamentalmente en la fusión intersubjetiva de todos sus miembros; el nosotros diferenciado está caracterizado por distintas posiciones sujeto-objeto (diálogo) de los miembros de familias más sanas.

La tensión que provoca en la familia el ser abordada, y luego penetrada, por extraños (por ejemplo, los terapeutas), puede acentuar la tendencia familiar a la fusión intersubjetiva. Por ejemplo, observemos a una familia durante una típica entrevista de evaluación familiar. Entran al salón de entrevistas y se sientan con cierta desconfianza, debida en parte, tal vez, al micrófono y al espejo por el que se puede ver, pero no ser visto. En la mayoría de los casos, el observador no necesita más que unos cuantos minutos para establecer el papel de cada miembro en el sistema familiar presente. Un niño será un poco ruidosamente interactivo; un padre tenderá a actuar como fuerza de control; tal vez un miembro ofrezca el aspecto solemne de un actor que está repasando, en silencio su papel, antes de entrar en escena. En la medida en que cada papel no es simplemente una conducta casual, sino una expresión significativa (casi pronosticable) de la familia en su conjunto, cada miembro tendrá una responsabilidad parcial, de sujeto, respecto a la conducta de los otros. Las primeras declaraciones que uno de los miembros hace a los terapeutas, son hechas, esencialmente, por toda la familia. En esta etapa, un miembro habla incluso por aquellos miembros con los cuales mostrará más tarde el mayor desacuerdo; abre el diálogo familiar, en oposición a los terapeutas que representan, a su vez, intrusos y objetospadres potenciales para toda la familia. Miembros que más tarde se comportarán como celosos competidores por la atención del terapeuta, se unen unos a otros ahora, para probar hasta qué punto se puede llevar a los terapeutas al desempeño de un papel cuasi paternal.

Los terapeutas experimentados no tardarán en advertir signos de desconsideración por la individualidad discreta u otredad autónoma, entre los miembros de la familia. Éstos terminarán las oraciones de otros, o pretenderán expresar los más íntimos sentimientos de cada uno de ellos, etcétera. No consideran importante lo que dice el otro; no le permiten al otro ser sujeto frente a ellos como objetos disponibles. Ejemplo de este fenómeno es el padre "sobreprotector" que reemplaza a la autonomía del niño sintiendo hambre o frío por éste. Los síntomas del miembro que es considerado "enfermo", a menudo parecen ser complementarios de los patrones familiares de fusión y participación sustitutiva. Una hija psicótica, como paciente, al principio pareció estrambótica cuando se esforzó por defender su promiscuidad, pero más tarde resultó ser simplemente una caricatura de su padre "normal", que durante muchos años había reclamado el "derecho" a rechazar su matrimonio, tanto de

palabra como de hecho. La falta de complementación en el papel padrehija aparentemente era compensada mediante una duplicación inconsciente, imitativa. En otra familia, en la cual la queja primordial de la madre se refería a que sus dos hijos no la ayudaban a lavar los platos, la sintomatología psicótica de los dos chicos culminó en un ducharse compulsivamente con excesiva frecuencia, prestando especial atención a la limpieza del año. Una mujer crónicamente psicótica, comúnmente infligía heridas a su propio cuerpo y de esta manera ganaba la simpatía de sus seis hermanos, que la visitaban en el hospital con gran regularidad. La historia reveló que, inicialmente, el sistema de esta familia había girado en torno de la madre enferma, cuyo papel de mártir había sido objeto de ambivalente veneración, por parte de sus hijos impotentemente inmovilizados. La hija psicótica vivía en fusión parcial con la madre difunta.

La organización familiar ostensiblemente amorfa puede cobrar la forma de un sistema de transacciones que funcione bien. El compartimiento intersubjetivo puede manifestarse engañosamente como una relación intensiva. Sin embargo, cuando se observa con mayor atención, se ve que los miembros de tales familias son incapaces de consagrarse de manera auténticamente recíproca unos a otros. Parecen hacer caso omiso, selectivamente, de mensajes y significados que pueden dar lugar a la individualidad y al crecimiento autónomo. Una pareja conyugal que comúnmente no hacía más que pelearse, exhibió un plan fundamentalmente colusivo para retener a su hija de dieciséis años en el papel asignado de objeto de padre generoso. En una de las sesiones de terapia familiar, esta chica trató de hablar del interés que sentía por un novio, al que había estado viendo en una biblioteca. Los padres no podían "oír" más que su negativa a comportarse de manera más responsable y condescendiente con la familia; no hacían sino repetir que la chica leía demasiado y que se olvidaba de la familia a causa de la biblioteca. Ambos padres limitaron sus tratos con la hija a sus demandas transferenciales sobre ella, con lo cual se negaron a existir como objetos paternos para las necesidades de la muchacha.

Ningún sistema familiar es totalmente amorfo o está completamente diferenciado. A menudo la prueba se nos presenta en forma de la pérdida de un miembro. Aunque incluso las familias individualizadas y maduras ofrecen resistencia al doloroso acto de separación, su resistencia es diferente, por lo menos en magnitud, a la desesperada defensa desplegada por el sistema amorfo contra cualquier intento de individualización, por no hablar de separación. Los miembros de un sistema familiar diferenciado tienen que enfrentarse con la pérdida de objeto y el duelo; pero los miembros de un sistema familiar amorfo tienen que luchar contra

el sentimiento de amenaza de desintegración del yo inherente a la separación de cualquier miembro. No parecen ser capaces de compartir ese tipo de crecimiento del ego, que se efectúa mediante relaciones entre objetos, abandonadas (Freud, 1923) a causa de la calidad de fusión intersubjetiva, en lugar de la demarcación sujeto-objeto de la relación.

Es consistente con nuestro punto de vista transaccional, suponer que la renuncia a cualquier lazo con un objeto es posible solamente si la persona posee recursos interiores suficientes para una remodelación del delineamiento crítico (dialéctico) de su Yo, a través de la sustitución por otras antítesis sujeto-objeto, tanto externas como internas. Puesto que cada miembro de la familia constituye un fondo (objeto) participante para el aspecto sujeto de todos los demás miembros, los miembros de cualquier sistema familiar, aun de los sistemas "sanos", harán resistencia a la partida de cualquier miembro. La verdadera separación implica siempre un sentimiento subjetivo de pérdida o, simbólicamente, de muerte. Por otra parte, la adquisición de relaciones, a partir del acto de los primeros cuidados que se le dan al bebé, simboliza el principio de la vida. Aunque el estancamiento relacional compartido de la familia ayude a controlar el dolor que supone la renuncia a un objeto, equivale a un obstáculo opuesto al vital crecimiento relacional en cada miembro.

¿Existe un principio de placer colectivo?

Si dos o más personas suman sus fuerzas para ayudarse a evitar el dolor del crecimiento emocional, su evasión de la realidad equivale a una aventura compartida, como si su economía mental regresiva estuviese guiada por un principio del placer colectivo. Sin embargo, la ventaja que obtienen los participantes está relacionada solo parcialmente con la "dependencia receptiva y la necesidad de descarga inmediata" (Fenichel, 1945, pág. 42). Ningún miembro, como individuo, es capaz de disfrutar la descarga inmediata de impulsos y tampoco es un simple participante pasivo, dependiente del sistema; el mantenimiento de éste requiere una ejecución coordinada de papeles entre los miembros, lo cual exige a su vez, que el individuo esté constantemente "a tono" con las acciones pertinentes de los otros, en vez de estar "en conflicto con el mundo entero, tanto con el macrocosmos como con el microcosmos" (Freud, 1929, pág. 27). Considerada en su complejo contexto de interacción, la conducta de los participantes en un sistema amorfo dinámico, es sólo en parte irreal. Los participantes no se entregan a una ensonación aislada, autista, con exclusión de toda la realidad social. Sus "complementaridades patológicas" (Soszormenyi-Nagy, 1962) equivalen a una validación social de facto, aunque parcial e implícita, a través del

compartimiento de una ganancia económica psíquica. La meta simbiótica del sistema amorfo, por lo común, es inconsciente en los miembros, pero las fuerzas que mantienen al sistema a lo largo de los años, tienen que actuar a un nivel consciente o preconscious de ganancia óptica, delineadora y confirmadora del Yo.

La presunta debilidad del ego, compartida por los miembros del sistema amorfo que no son autónomos y que penaliza la separación y permite el aplazamiento del duelo, no siempre se manifiesta en la proclividad de los participantes a una satisfacción inmediata de impulsos. Más bien, su estado de "ausencia de pesar" (H. Deutsch, 1937), interminablemente prolongado, se basa en una estructuración compleja que requiere grandes inversiones emocionales y plazos para su mantenimiento. El sistema representa un contrato inconsciente entre los participantes. La adhesión al contrato, supuestamente protege a los participantes contra la posibilidad de la amenaza de pérdidas desastrosas de objeto. A veces el sistema se manifiesta en una aparente falta de apego entre los miembros. El estado simbiótico mismo se basa no solamente en la negación de la pérdida de objetos de amor originales, sino también en una negación del consiguiente fracaso en la realización de un delineamiento del Yo, recíproco, progresivamente integrado, entre los participantes. Por otra parte, la ganancia no es el placer de la descarga, sino la seguridad obtenida al "no agitar el agua". La repetición de los rituales que mantienen estos sistemas familiares estancados se encuentra, por así decirlo, más allá de un principio del placer colectivo.

Volviendo ahora al problema de la ejecución de las asignaciones de papel de objeto, dentro de sistemas familiares amorfos, tenemos que reconocer las grandes limitaciones de nuestro conocimiento, en vista de la enorme riqueza de estrategias relacionales del hombre. En todo caso, las asignaciones encubiertas de papeles de objeto constituyen la estructura de los sistemas relacionales. Me propongo describir algunas de las manifestaciones (esquemas), empíricamente observadas, de los sistemas familiares patológicos, en otra sección. Pero primero intentaré enumerar dos dimensiones transaccionales, conforme a las cuales los miembros de la familia efectúan a menudo asignaciones de objeto: bondad en contraposición a maldad, y diferencial relacional.

Asignación de papeles de bondad y maldad

Entre las familias que han acudido a nuestro centro de tratamiento, pocas se han visto exentas de una asignación casi compulsiva de papeles de "bueno" y "malo" durante un prolongado periodo. Parece que, en momentos de tensión o tal vez después de un determinado periodo de

freno que se ha puesto a sí mismo, el sistema de interacciones familiares pura y simplemente tiene que incluir una determinada conversión en chivo expiatorio de algunos miembros, junto con una idealización complementaria de otros (asignación de los papeles de demonio y de ángel). Muy frecuentemente, la única expresión de tensiones en la pareja conyugal se presenta en forma de censura conjunta, que los padres hacen de la mala conducta de un vástago psicótico. En otros momentos, las intolerables tensiones que se crean entre una madre y su hija adolescente, se expresan en una explícita conversión del padre en chivo expiatorio, y no del todo sin la anuencia de éste. Aunque la asignación de papeles de "bueno" o "malo" a algunos miembros puede considerarse como un intento de delineamiento del Yo complementario, basado en el sistema, estos patrones relacionales sirven también para las necesidades fundamentales de descarga de impulsos de los miembros. Sin embargo, en la medida en que las relaciones externas se convierten en simples personificaciones de las fantasías familiarmente compartidas, se hace imposible un diálogo auténticamente recíproco entre los participantes, en su calidad de personas completas por derecho propio. La completa pronosticabilidad de la secuencia de todas las transacciones, despoja a los miembros de toda elección o iniciativa verdaderas. Por ejemplo, el convertir a alguien en chivo expiatorio priva a éste de la posibilidad de aclararse a sí mismo y, a la vez, de devolver los golpes de manera recíproca y adecuadamente agresiva, aceptable y aceptada.

El terapeuta debe mostrarse cauto en lo que respecta al valor nominal de las interacciones intrafamiliares. Aunque sus manifestaciones humillantes puedan parecer indeseables, tal vez satisfagan importantes necesidades intrapsíquicas. La "relacionalidad" intrapsíquica con los valores "bueno" y "malo" es un factor importante de la elección relacional. Por ejemplo, los sentimientos de culpa pueden atribuirse a una transacción interna con el crítico interno de uno: el superego. Éste, como imago o representación intrapsíquica del objeto, es heredero natural del papel delineador del Yo que cumplen los objetos relacionales originalmente externos: los padres. Por consiguiente, la perpetuación del sentimiento de culpa de uno mismo puede considerarse como meta relacional; proporciona un fondo o "combustible mental", a través de la dolorosa transacción interna misma. Lo que desde el punto de vista del ego consciente es desagradable, puede mantenerse de tal manera en el interés de necesidades configurativas inconscientes, para la discriminación Yo-Otro. Desde el punto de vista anterior, pueden examinarse varias clases de relaciones externas, reales. Se mantienen patrones de odio aparente, con aparente reciprocidad entre los miembros. Las relaciones de odio pueden ser verdaderamente recíprocas, o su persistencia es debida a un

entrelazamiento de necesidades autísticas en dos miembros, cada uno relacionado con sus propios objetos internos malos? Es un hecho empírico el que una de las características de las familias de esquizofrénicos, es la producción de innumerables variaciones al tema de encontrar un culpable para la desdicha de un miembro ahora, y luego de otro. Hemos llegado a considerar este crónico disputar en las sesiones de terapia familiar, como una de las manifestaciones de una inseparabilidad simbiótica subyacente y, paradójicamente, como canal principal para la expresión de "pertenecer", entre los miembros de la familia. A este respecto, nuestra concepción se asemeja a aquel aspecto del concepto de "pseudohostilidad", de Wynne (1961), que sirve para "disimular y oscurecer el impacto de... la intimidad y el afecto productores de ansiedad" (pág. 110). Si suponemos (con fundamento en datos clínicos-confirmados) que los miembros de la familia están navegando entre el Scila de la identificación primaria (fusión) y el Caribdis de la irrelacionalidad solitaria, extremos que conducen a una pérdida de la mismidad, es comprensible que, a pesar de su "maldad", una atmósfera de constante discordia pueda dar lugar a una definición óptima de los límites del ego en los miembros. Esta concepción es consistente con lo dicho por Erikson (1959) acerca de la aparente ventaja de algunas formas de elección negativa de identidad respecto al horror de la falta de identidad.

Aunque la delineación del Yo con ayuda de relaciones "malas" puede ser preferible a la irrelacionalidad, también es verdad que, comúnmente, la sociedad no recompensa a aquéllos cuyas actitudes desconfiadas y hostiles se vuelven difusamente generalizadas. Tales actitudes encierran otro peligro de aniquilación: un desbordamiento de propensiones destructivas u hostiles. De tal manera, es fácil sentir empatía con el alivio de la paciente que, durante un intermedio entre dos fases paranoicas, le dijo a su terapeuta: "cuando me siento buena con usted, el mundo entero parece volverse bueno también." La agonía de un mundo de odio está ejemplificada en la aseveración de un paciente esquizofrénico, en una sesión de terapia familiar, durante una fase psicótica agudamente perturbada: "odio a toda mi familia, creo que. . . odio a todos los que están aquí... ato se puede uno vengar de la gente, porque ellos no sienten que estén haciendo algo malo... ojalá hubiese sido capaz de acercarme a mi madre cuando era pequeño y decirle: mamá, estas personas me están haciendo daño. . . me odian... me odias ... eso le hubiese hecho tanto daño... no creo que a mi madre le hubiese importado... cuando odias a todo el mundo, te entra miedo de morir... no puedo confiar en nadie... esa es la manera como sé acercarme a las personas: ¡haciéndoles daño!" Es obvio que a este paciente le preocupan las implicaciones sociales de las elecciones relacionales "malas", dictadas por sus patrones

de necesidades relacionales, basadas a su vez en una elección negativa de identidad.

Una de las aplicaciones importantes de la asignación del papel de objeto "malo", es el fenómeno que se describe con la expresión "convertir en chivo expiatorio". Ésta es una práctica antiquísima, que tiene como objeto deshacerse mágicamente del mal. Requiere la existencia de un grupo, cuyos miembros se sientan amenazados por alguna implicación del "mal" (peste, pecado, etcétera) y que convienen en utilizar a un Otro (cabra, esclavo, prisionero, etcétera) para personificar el "mal", del que finalmente se deshacen mediante la destrucción del chivo expiatorio. Así pues, para convertir en chivo expiatorio a alguien, se requieren tres participantes al menos. Aunque una persona puede tratar de proyectar la maldad en otra, por lo común no puede ejercer por sí sola una sanción social; necesita un tercero que validará sus nociones de la identidad de "malo" del chivo expiatorio. Además, una persona puede ser convertida en chivo expiatorio por colusión entre su superego crítico y un Otro exterior.

El supuesto de que las situaciones en que se convierte a alguien en chivo expiatorio posee una estructura mínimamente triádica, tiene implicaciones importantes en algunas interacciones malignas en familias de esquizofrénicos. A medida que uno se va familiarizando más con los patrones de interacción de aquéllas, lo más probable es que descubra mecanismos que parecen estar dirigidos a un control posesivo, a través de la amenaza de inducción de desintegración psicótica. Después de haber pasado años en un estado psicótico "crónico", una paciente comenzó a mostrar señales claras de funcionamiento social mejorado. Este estado de cosas produjo una variedad difusa de ansiedad en otros miembros, o al menos coincidió con la misma. En una sesión familiar, sin razón aparente, la madre exclamó: "Susana, tal vez hayas mejorado con la ayuda de estos doctores, pero sé que muy hondo, dentro de tí, abrigarás siempre los mismos viejos resentimientos que solías tener antes." Esta comunicación produjo en la paciente, a la que era muy fácil desalentar, un sentimiento de rabia impotente, además de conducir al colapso de sus esfuerzos por mejorar su conducta. La conversión en chivo expiatorio, que se halla implícito en este tipo de situación, se basa en la "alianza" del padre o de la madre con objetos internos malignamente críticos, que existen en el paciente. La validación del veredicto del superego destructivo, por parte del padre, que está genéticamente relacionado con el superego, puede equivaler a una ligadura ineludible, basada en la operación simultánea de la culpa y de la ira.

Parece existir una interrelación entre la "enfermedad mental", la asignación de papel de objeto y la necesidad de delineamiento del Yo.

El acting out o la conducta psicótica paralizadora del Yo, puede representar aspectos de un papel de objeto cautivo asignado por el sistema familiar. Por ejemplo, es posible que siempre que en el triángulo relacional padre-madre-hija, a los padres se les asigne el patrón de interrelacionalidad "bueno", una asignación concomitante del papel de "malo" a un niño se manifieste en el acting out por parte del hijo. A la inversa, una actitud incondicionalmente tolerante y protectora de la madre hacia su hijo como objeto "bueno", a menudo complementa la asignación de objeto malo al esposo. Habiéndosele asignado un papel de objeto bueno, el miembro de la familia tendería a reprimir y dirigir inconscientemente todas las tendencias agresivas contra el Yo, con lo cual limitaría gravemente su autonomía. Como resultado de esto, la persona puede experimentar una amenaza desintegrativa para su existencia. Desde este punto de vista, vale la pena investigar el papel del "buen hermano", respecto al malo, mediante el acting out de aquél. Jerman Rose ha observado la aparición bastante regular de un hermano "bueno", algo afeminado, en las familias de chicas adolescentes que tienen acting outs sexuales (1963).

La asignación de papeles de "malo" en los sistemas familiares, puede tomar muchas formas: a un niño se le puede acusar de tener carácter malo innato, a dos niños se les puede atribuir el papel de ser incorregiblemente hostiles y destructivos, el uno para con el otro; habitualmente se puede calificar de "malo" al matrimonio, o puede considerarse defectuosa la constitución genética de uno de los padres. En todo caso, las asignaciones colusivas de papel de objeto bueno o malo, son componentes importantes de los patrones intersubjetivos e indicadores de delineamientos deficientes en la persona.

La división de los objetos relacionales en buenos y malos corresponde con el tipo de patrón de organización, descrito por un grupo de psicoanalistas ingleses (resumido por Guntrip, 1961), como características de estructuras relacionales endopsíquicas. Melanie Klein llama posición paranoide a la primera fase de desarrollo psíquico, caracterizada por la división de aspectos buenos y malos en la fantasía, tanto de los objetos maternos como del ego. Fairbairn (1952), que originalmente pensó sólo en suscitar y rechazar objetos internos malos, más tarde reconoció la existencia de objetos internos buenos y malos, opuestos, a los que llamó ego "central". El modelo objeto-relación dividido (bueno y malo), nos recuerda la configuración de las formulaciones clásicas de la fase edipo, en la cual la identificación (fusión?) con el padre "agresor" del mismo sexo coexiste con una relación sexual con el otro progenitor, calificada como "buena". Tal vez nunca se renuncie a la configuración poderosa y triangular delineadora de la persona, como modelo de relaciones más profundas; de él resulta toda una variedad de triángulos posteriores, que

algunos matrimonios parecen necesitar para su existencia. El "envolvimiento" del futuro hijo esquizofrénico en el matrimonio parece análogo al "envolvimiento" triangular de un abuelo, un amante o alguna tercera persona, como se patentiza en varias de las familias que hemos observado, por el hecho de que el comienzo de un proceso esquizofrénico en el vástago, se produjo poco después de la muerte de un abuelo, que había estado profundamente inserto en la familia nuclear.

La última determinación motivacional de la necesidad de asignar los papeles dicotomizados de bueno y malo a otros, puede conceptualizarse a través de marcos de referencia tales como los de arquetipos buenos y malos, instintos de vida y muerte, o amor en contraposición a la agresión. Desde el punto de vista de la teoría dialéctica, una relación negativa o ambivalente perdurable puede interpretarse como una complementación figura-fondo mutuamente requerida, aunque no conscientemente deseada, en vez de considerarla simplemente como un canal interpersonal para la descarga de impulsos agresivos innatos. Probablemente sea correcto suponer que el modelo dialéctico de la persona postula la necesidad de que exista al menos una eventual delineación de identidad bilateral simultánea, es decir, hacia objetos tanto buenos como malos. Esta última suposición equivale a sostener una teoría transaccional, ego-estructural, de la ambivalencia.

El diferencial relacional como papel asignado

La observación a largo plazo, durante la terapia, puede revelarnos capas de "ganancias" relacionales que no están conectadas inmediatamente con el aspecto del contenido de los síntomas. Una importante ganancia relacional (secundaria) está implícita en el concepto regresión: el adulto regresivo restablece el diferencial niño-adulto entre él mismo y los otros. En este sentido, su efecto neto es el mismo que el de cualquier relación de forma transferencial. La transferencia instantánea del psicótico, a menudo descrita, es una faceta de la misma "ganancia" relacional, de la cual la sintomatología infantilmente regresiva es otra faceta. Evidentemente, la debilidad de un determinado equilibrio relacional interno es dinámicamente responsable de este aspecto de la psicopatología.

Comúnmente se concibe el ser dependiente de un Otro como una posición relacional subordinada, más débil, opuesta a un Otro más fuerte. Una niña recién nacido, abandonado en una acera, dependerá absolutamente, para su supervivencia, de quien pasara por ahí. Desde el punto de vista de la contingencia biológica, la situación define al bebé como miembro subordinado y débil de la relación. Sin embargo, en el contexto

de los sistemas de valores de la sociedad, según están internalizados en el miembro común del género humano, es el bebé quien, a través de la "captura" que hace del superego del peatón, convierte a éste en objeto cautivo de sus necesidades. El bebé puede sacar provecho instintivamente de las necesidades ópticas del viandante, quien a su vez necesita ser definido como persona decente, aun cuando sus necesidades funcionales propias lo llevarían a preferir la libertad en vez de la responsabilidad. El débil vence a través del dominio pasivo, es decir, a través de haber asignado la posición superior (paternal) al más fuerte.

Muchas luchas intrafamiliares parecen tener como meta la asignación de la posición superior a otro miembro. Es sabido que una de las maneras más eficaces de disciplinar a un niño consiste en inducir en él sentimientos de culpa. La manipulación de los sentimientos de responsabilidad y de culpa del Otro, es uno de los medios más poderosos con los que se puede influir en las decisiones de las personas, sin que el asignador de culpa tenga que desempeñar un papel de autoridad. En efecto, el dominio pasivo equivale a una muy activa asignación de papel de objeto. Muchos tipos de conducta patológica apuntan esencialmente a la ventaja secundaria, que consiste en asignar el lado superior de un diferencial relacional (dependencia) a otros. Por ejemplo, cuando se le pega a uno la etiqueta de enfermo o de borracho, se le concede también un estado socialmente tolerado de responsabilidad disminuida, al mismo tiempo que se le asigna al sano o abstemio una carga implícita de responsabilidad superior. Hemos visto alternar la regresión "psicótica" infantil y la enfermedad psicósomática entre una madre y un hijo, como maniobras inconscientemente ejecutadas, que tienen como mira provocar el cuidado y la atención de parte de los demás miembros. El delincuente con acting outs invoca una respuesta protectora, controladora, de parte de la sociedad.

Se necesitan maneras más sutiles de asignar un diferencial de papel superior, cuando la persona que asigna se encuentra en una posición de autoridad intrínsecamente superior. Este es el caso de la "paternalización" de los hijos por sus padres. Una devoción como de mártir, la enfermedad o un excesivo dar valores materiales, pueden equivaler a una poderosa ligadura del niño a través de su superego, es decir, de su orientación interna hacia valores. Paradójicamente, la supresión del "dar" emotivo al niño, puede conducir en sí mismo a la asignación de un papel de objeto cautivo, probablemente a través de medios más complejos. La frustración y el "hambre emocional" del niño pueden ligarlo al padre, aunque este último represente una fuente "pródiga" discutible. Las relaciones incestuosas entre padre e hijo pueden conducir al establecimiento de complejos lazos de cautiverio, de los que el niño no podrá zafarse

sin ayuda exterior. La regresión infantil conjunta de ambos padres, por ejemplo, interminables disputas sin objeto, amenazas continuas de separación y de asesinato, son maneras poderosas de ligar al niño a través de un papel de responsable, esencialmente paternal. Hemos visto a niños "buenos" manifestar violentamente su ira en el transcurso de la terapia familiar, cuando llega el momento en que pueden finalmente enfrentarse a su ira acumulada y largo tiempo reprimida, por haber tenido que ser el intermediario entre padres irresponsablemente pendencieros.

EL PROCESO RELACIONAL FÁSICO

El concepto de proceso connota una sucesión temporal ordenada. En esta sección, tanto la "conducta" de grupo o transaccional de los miembros de la familia como su desarrollo intrapsíquico subjetivo, experiential, tendrán que ser estudiados como series organizadas de acontecimientos. Además, el término proceso se usa en el sentido de una "serie de acciones u operaciones que conducen definidamente a un fin" (Webster's New Collegiate Dictionary, 1949) más que como antónimo de "personal" o "experiential", como lo usa por ejemplo Guntrip (1961). De hecho, una verdadera teoría de la personalidad psicológica tiene que desarrollar hipótesis de proceso, tanto de los aspectos observables impersonalmente de la conducta interaccional, como de las vicisitudes de las experiencias YoOtro privadas.

Desde el punto de vista de la conducta de grupo observable, el proceso de la vida familiar, a largo plazo, puede compararse con el de un organismo biológico. El denominador común biológico de los procesos familiares humanos, y aún subhumanos, es el círculo procreativo : apareamiento, nacimiento, crianza de los vástagos, maduración, apareamiento, etcétera. Dentro del círculo generacional de largo alcance, existen breves círculos de relacionalidad funcional. La madre, por ejemplo, participa en un complejo de relaciones nutricias con cada recién nacido, seguido de fases consecutivas de destete gradual y autonomía creciente. El esquema Freud-Abraham de desarrollo de los instintos, y las fases epigenéticas de desarrollo psicosocial de Erikson, pueden considerarse como ejemplos importantes de una teoría de las relaciones que hace hincapié en el proceso psicodinámico. La teoría de Erikson integra los procesos relacionales familiares con los extrafamiliares, en un marco conceptual más amplio.

Mientras la serie sucesiva del desarrollo de la conducta en las familias constituye el tema de la "ecología" psicosocial, el papel que desempeñan las relaciones en las experiencias de delineamiento del Yo, es la materia

de estudio de la teoría dialéctica de la personalidad. Esta sección se ocupa de las raíces relacionales (dinámicas) del desarrollo de la experiencia del Yo ("sentimiento del ego" Federn, 1952). Este foco experiencial está relacionado, aunque es más personal y "antropomorfo", con la premisa de Erikson (1959), basada en "la complementación mutua de la síntesis del ego y la organización social" (pág. 26). Si suponemos que la experiencia discreta del Yo de uno mismo depende de las vicisitudes de los encuentros Yo-Otro de uno mismo, los reinos relacionales intrapsíquico e interpersonal adquieren una significación causal interconectada. Los patrones relacionales internalizados predeterminarán, en cierta medida, las preferencias relacionales externas y el destino y nivel de los involucramientos emotivos. Las relaciones externas, a su vez, pueden contribuir a determinar el contenido y la calidad de lo que se convertirá en piedras fundamentales de la estructura endopsíquica de las representaciones del Yo y del Otro. Ejemplos clínicos comunes de lo anterior son la "proyección" de las actitudes del superego sobre relaciones externas, por una parte, y la incorporación de las actitudes de otros significativos, cuasi paternos, en la configuración del superego de uno mismo, por otra parte.

La meta específica de esta sección es la construcción de un marco inclusivo para la serie sucesiva de fases, tanto de la interacción social como conducta observable, como del delineamiento Yo-Otro como experiencia interna. Como nuestro foco tiene que ver primordialmente con la experiencia subjetiva, considerada como fuente dinámica, nuestra orientación para el ordenamiento de las fases del proceso tiene que basarse en un marco conceptual experiencia)-fenomenológico. La dimensión clave del marco experiencia)-fenomenológico es la demarcación Yo-Otro, en vez de la función sintética, organizadora, adaptativa y ejecutiva del ego. Así pues, lo que implica la propuesta teoría de fases es que existe una interrelación entre los estilos de conducta interaccional o transaccional (de grupo) y los modos de experiencia del yo de los miembros individuales. Al mismo tiempo, por ejemplo, cuando desde el punto de vista del observador, los miembros van alternando entre el desapego y el apego estrecho, los propios miembros sienten que fluctúan entre modos de experiencia del yo en singular ("yo") y en plural ("nosotros"). En la medida en que cualquier acontecimiento experiencia) está organizado en torno al Yo plural, como base para el delineamiento Yo-Otro, varios Otros pueden compartir la experiencia "Nosotros". Sin embargo, la estructuración subjetiva de mi frontera Yo-Otro podría coincidir con las maneras, como la experiencia subjetiva de otros miembros los lleva a estructurar las fronteras Yo-Otro del "Grupo Nosotros" desde su posición ventajosa. Cada nueva fase de desarrollo del proceso relacional de la familia está marcada por una nueva disposición de patrones transaccionales y modos de delineamiento Yo-Otro.

Una simple enumeración de las etapas importantes del desarrollo de la personalidad, desde el nacimiento hasta la madurez, podría proporcionarnos un modelo para el lado experiencia) del proceso relacional de grupo. La madre y el niño recién nacido inician la interacción ostensiblemente, desde una línea base de completa irrelacionalidad. Por otra parte, es verdad que ha habido algunas disposiciones previas que, en cierto grado, determinan sus relaciones subsiguientes: el bebé posee un aparato instintivo innato y la madre aporta a la relación sus deseos conscientes e inconscientes, sus sensibilidades idiosincrásicas, etcétera. Está relacionada con Otros internalizados, anteriores, y dirigirá parte de sus pasadas expectativas relacionales hacia su hijo como objeto de transferencia. De tal modo, en su primera fase, podemos calificar de autística la relación madre-hijo. La primera fase de falta de relacionalidad o de exclusiva relación por transferencia no tarda en ser sustituida por un sentimiento de fusión simbiótica. Los momentos más críticos, dinámicamente, de esta afiliación pueden calificarse de experiencia de un "nosotros amorfo". A medida que el niño va creciendo, tiene lugar gradualmente una diferenciación Yo-Otro (ego-objeto), basada en la capacidad de ambos participantes para distinguir lo que desea el Yo, de lo que el Otro quiere.

Junto con la recesión de la experiencia del nosotros amorfo, tiene lugar una internalización del Otro; a esta fase se la puede llamar de individualización. Uno puede decir también que, en este caso, la experiencia privada de relacionalidad cobra la forma de un "Nosotros diferenciado", con una distintividad creciente de las relaciones Yo-Tú entre Yoes singulares y Otros. Sin embargo, hay que añadir que la relación, comúnmente se encuentra entremezclada, al menos hasta cierto punto, con experiencias del nosotros amorfas y simbióticas. La experiencia del "nosotros" sólo desaparece cuando la sustituye el establecimiento de fronteras Yo-Otro singulares y discretas, en el mundo intrapsíquico de los participantes. Puesto que el abandono de antiguos lazos es requisito para el establecimiento de relaciones ,nuevas, la fase de individualización prepara el terreno para la etapa de separación. Está implícito en esta última etapa, como de duelo, el que, a fin de completarla, el miembro tiene que ser capaz de internalizar no solamente la contribución de su compañero a su experiencia del nosotros amorfo, sino también su propio aspecto otro antitético. En la etapa de separación, el abandono o renuncia tiene que ser real, no simplemente estructural; el miembro individualizado tiene que volverse capaz de efectuar la separación psíquica. Es obvio que esta etapa no puede resolverse con éxito sin el cumplimiento de la fase de individualización. Después de la separación, o concurrentemente

con la misma, puede llevarse a cabo un reingreso en una nueva relación (por ejemplo, noviazgo, matrimonio, etcétera). De tal manera se completa el ciclo de proceso relaciona) y comienza un nuevo ciclo con una nueva figura nuclear y nuevos vástagos.

En términos de la asignación del papel de objeto, puede caracterizarse el proceso relaciona) diciendo que consta de fases consecutivas de integración creciente de percepciones y aptitudes relacionales internas y externas. En este sentido, la fase autística está caracterizada principalmente por asignaciones de papel de objeto anticipatorias e internamente determinadas, con un mínimo de percepción empática de las necesidades del Otro. La etapa afiliativa o simbiótica está caracterizada por un choque confuso de los respectivos esfuerzos por asignar papel de objeto, junto con una conciencia gradualmente creciente de las necesidades subjetivas del Otro. Así, algunas complementaciones parciales objeto-necesidad habrán de parecerles a los participantes como si fuesen mutuamente ego-sintónicas, aunque las relaciones de conjunto aún no se hayan delineado. En vez de ser un diálogo, la relacionalidad cobra la forma de una evasión de diferencias o bien de intentos desesperados por convencer al Otro del propio punto de vista. En la etapa de individualización, el diálogo mejorado entre los compañeros introduce una alineación sintética de expectativas interiores, con una comprensión más adecuada del Otro y la consecutiva disponibilidad como objeto para el Otro de parte del Yo. Aquí, la reciprocidad o mutualidad se basa en una clara distinción y aceptación de las diferencias, más que en la evasión del conflicto. La alternación de complementaciones sujeto-objeto compatibles constituye el diálogo de dos personas individualizadas. Al aumentar la capacidad de compromiso personal del miembro, la ansiedad debida a la amorfidad y a la falta de delineamiento tiende a disminuir. En las familias, una de las señales de este desarrollo es la reducción de la gama de temas cuya discusión es tabú.

Cuando se establece el "diálogo de necesidades", éste se convierte en una de las más grandes fuentes de seguridad y confianza relacionales. Su realización permite el planteamiento de demandas reales, es decir, de clases transitoriamente no recíprocas de asignaciones de papel de objeto, con la seguridad de que el Otro se sentirá libre, posteriormente, de exigir lo mismo a su vez. En cierta manera, la calidad mutuamente recompensadora del diálogo extiende la libertad de las expresiones de necesidad. El aplazamiento de la complementaridad o mutualidad se vuelve crecientemente posible, a consecuencia de un previsto toma y daca futuro. La estructura del diálogo no está basada en una constante complementación de necesidades. En vez de eso, es un contrato para el libre intercambio de las aserciones de necesidades no complementarias de ambos

El proceso relacional fásico

<i>PATRONES TRANSACCIONALES</i>	EXPERIENCIA INTRAPSIQUICA
P <i>A. Vida embrionaria</i>	A. Autismo (padres con primera infancia expectativas relacionales internas)
P <i>B. Afiliación</i>	B. Confianza básica, Conjunción Fusión Simbiosis
P <i>C. Individualización (formación de las fronteras del ego)</i>	C. Sentimiento de una Autonomía mismidad distinta
P <i>D. Separación</i>	D. Pesar Disyunción
P <i>E. Reenvolvimiento</i>	E. Amor, Confianza, el Compromiso Fusión Matrimonio

Fig. 3.

compañeros, basado en su confianza de la mutualidad general de disponibilidad como objeto de cada uno de ellos. Entonces, la estructura experiencial del diálogo de necesidades es más o menos así: "sé que sabes que soportaré tus demandas; por consiguiente, acudo a tí con la mía".

Una representación esquemática simplificada de la ley relacional fásica es la que aparece en la figura 3. Este dibujo esquemático pretende representar la unidad de los aspectos transaccional, conductual y experiencial-personal del proceso fásico. Ostensiblemente, es un esquema para los cambios en el aspecto, global del relacionarse, aunque la ley relacional fásica es aplicable a los cambios (mucho más frecuentes) relacionales en parte, por ejemplo, orales, anales o genitales. Puesto que el esquema nos describe la tabla ideal de la maduración, no da cuenta y razón de los estancamientos relacionales.

La fase A representa la etapa autística, en la que simplemente se anticipa una relación padre-hijo. Las líneas punteadas en los círculos de los padres indican las actitudes relacionales internas de la búsqueda

de objeto (restos de relaciones pasadas) de cada padre, dirigidas de manera expectante hacia un objeto amoroso prospectivo (recuperado). Otra expectativa relacional de los padres ha sido satisfecha, en parte, por la relación matrimonial, como lo indica el traslapamiento de sus dos círculos.

En la fase B, la expectativa ha sido sustituida por una relación real y el impacto de las fuerzas afiliativas debilita los delineamientos de la persona (fronteras). El grado de conjunción entre miembros, aquí realizada, predispone a cada participante a la realización de experiencias internas de fusión interpersonal, con patrones de acción fusionados, simbióticamente sustitutivos.

La fase C indica una distancia relacional incipiente, junto con la formación de fronteras tentativas del ego. Sin embargo, indica más significativamente la primera aparición de relaciones internas en el niño. La naturaleza de las relaciones con objetos internos determinará el éxito de la fase de individualización, como preparación para la fase siguiente. El comienzo de una resolución satisfactoria del complejo de Edipo y la consecutiva formación del superego son ejemplificaciones de esta fase.

La fase D representa la dolorosa fase del abandono real de los lazos familiares, que al mismo tiempo es la puerta de entrada a la libertad emocional y a la realización de sí mismo, en un nivel maduro. La prueba del cumplimiento con éxito de la fase de separación estriba en un recomprometimiento subsiguiente con auténtica entrega. Sin embargo, muchos de los actos violentos de separación, en los adolescentes, sólo sirven para poner de relieve la falta de realización de los niveles C o B, o para recrear la supremacía de la fase B como meta de una familia.

En la fase E, el niño ha "madurado" y en su calidad de individuo discreto, está preparado para recomprometimientos con sus iguales. Sus relaciones internas bien delineadas le permiten, a quien ya es un adulto joven, buscar relaciones de tipo complementario (diálogo), sin la amenaza concomitante de despertar una necesidad o bien de fusión con el compañero o de "deformación por transferencia" de este último, como si fuese un objeto amoroso paterno durante largo tiempo buscado.

Las cinco fases del esquema representan metas parciales del proceso de maduración psíquico y cada desplazamiento (desde A hasta B, desde B hasta C, etcétera) representa un cambio dinámico, una realineación relacional. La transición de una fase a otra puede compararse con el "trabajo" del duelo, a través del cual la capacidad de absorber pérdidas representa una meta de la maduración.

Fase de afiliación o simbiótica

Las motivaciones afiliativas pueden basarse en las necesidades internas (de transferencia) de las participantes, que consisten en asignarse unos a otros los papeles de representantes de objetos internalizados. Estas necesidades tienen que dar lugar a expectativas y demandas mutuamente decepcionantes. Una atmósfera de frustración y de búsqueda desesperada de posesión de objeto, es característica del tipo de familias "oralmente" exigentes, simbióticas. Es como si los miembros hubiesen llegado al grado de intimidad necesaria para plantear demandas de disponibilidad relacional, sin haber alcanzado el nivel de "toma y daca" recíproco, o de diálogo de necesidades. La finalidad de la lucha es conseguir que el otro miembro se interese realmente, es decir, se convierta en un "fondo" bien dispuesto para el delineamiento del Yo, deseado por uno.

Con frecuencia, las aparentes complementariedades de las expectativas del padre y del hijo equivalen a ligaduras simbióticas, contraautónomas. Una madre reveló que cuanto más fastidiosamente hostil y exigente solía ponerse su hija, tanto más abnegada y dueña de sí misma se volvía ella porque, según decía, su hija quería que así fuese. Por otra parte, la hija sentía que tenía que comportarse de manera incontrolada, a fin de ayudar a su madre a expresar su ira. Satisfacciones más sutiles entre miembros de una familia pueden cobrar la forma de una complementariedad menos patente.

Con todo, una madre puede censurar ostensiblemente la conducta sexual autodestructiva de su hija y, sin embargo, participar en el patrón de conducta a través de una identificación y un compartimiento inconscientes. Tales "lagunas del superego" (Johnson, 1949) pueden dar origen a poderosos lazos simbióticos que contribuyen a experiencias del yo, basadas en un "nosotros amorfo".

La fase simbiótica se manifiesta, tanto en interacciones patentes, como en interacciones encubiertas entre miembros de la familia. La naturaleza conjuntiva de estas interacciones puede quedar embozada por actitudes conductuales patentes, ostensiblemente disyuntivas. Pueden encontrarse manifestaciones de necesidades afiliativas, simbióticas en: a) la conducta observable (por ejemplo, una esposa joven abandona a su esposo "insoportable" y a su hijo y regresa hacia su madre, ocultándose a sí misma su deseo inconsciente de unión con aquélla) ; b) el

contenido de pensamientos (una paciente informa que tiene que consultar con una madre, introyectada en su fantasía, antes de tomar cualquier decisión) ; c) graves trastornos del pensamiento (oír "la voz" de la madre constantemente) ; d) la calidad de la experiencia subjetiva ("todo el mundo me hace recordar a mi madre"; "no me siento como persona" o "me siento hecha polvo cuando la tengo cerca"). Las características formales y de contenido de los sueños y de los materiales de los tests proyectivos, pueden darnos también testimonios de un estado psicológico empapado de motivaciones afiliativas.

Las necesidades posesivas inconscientes pueden clasificarse de acuerdo a niveles cada vez mas específicos. Puede existir: a) una necesidad global de tener a alguien en calidad de objeto cautivo, para el cierre a través de la relacionalidad. Muy característicamente, esta demanda está oculta "entre líneas", no es evidente. Corolario de esta necesidad, es una expectativa inconsciente de que el miembro de la familia, por ejemplo, un niño, fracase en sus esfuerzos de crecimiento, si se advierte que éstos conducirán con el tiempo a una separación. El novio de una de nuestras pacientes recibió una carta de la madre de la muchacha, en la que brutalmente le advertía al joven que no debía casarse con la chica y añadía que la crianza de su hija había sido para ella como "nieter dinero al banco". Otro nivel de necesidad es: b) satisfacer la necesidad de objeto de la manera más, satisfactoria, es decir, haciendo que el Otro se ajuste constante y unilateralmente a las necesidades que uno tiene de contar con una persona "recurso" u objeto complementario específico. Aplicada a la relación padre-hijo, la dinámica inconsciente de las necesidades restitutivas de objeto del padre, habrá de modelar el crecimiento emocional del hijo. El hijo que se elige para el desempeño de este papel es, comúnmente, aquel que ha mostrado mayor capacidad para establecer empatía con las necesidades del progenitor.

En otras ocasiones, el niño constitutivamente más indefenso será el que más fácilmente reciba tal papel no autónomo. El sistema entero de la mutua desconsideración, que los diversos miembros tienen respecto a las necesidades de personalidad autónoma de cada uno de los demás, combinado con la demanda de que los otros miembros proporcionen el esperado fondo complementador de la persona, puede asemejarse al fenómeno de la "pseudomutualidad" (Wynne y colaboradores, 1958). Un tercer nivel c) consiste en hacer que el objeto cautivo

ofrezca actitudes positivas y amorosas de objeto y sujeto. Si las expectativas libidinales del niño permanecen vinculadas a los padres, se vuelve más tolerable el vacío del matrimonio de los padres. En una de las familias tratadas por nosotros, el padre prefería a la hija más que a la esposa, lo mismo como compañera inteligente que como auditoria simpatizante de sus aspiraciones sociales y políticas ambiciosas. Por otra parte, la madre esperaba que su hija fuese como había deseado siempre que fuese su propia madre: amorosa, cordial y dispuesta a corregirla, en todo momento.

En un caso distinto, la madre de otra joven esquizofrénica esperaba de ella una curiosa oscilación entre papeles de "buena" y "mala" compañera. Cada verano, mientras la otra hija, preferida, estaba fuera de la ciudad, se esperaba que la paciente se convirtiese en una compañera no psicótica y afectuosa para su madre, papel que desempeñaba con gusto. Al llegar el otoño y regresar la otra hija, la paciente volvía a desempeñar el papel psicótico y caía en estado de "congelación profunda" en el hospital, hasta el verano siguiente.

Fase de individualización

La individualización es la segunda fase del proceso relacional; representa un avance más allá de la realización de la afiliación o de la simbiosis. El vástago individualizado puede relacionarse heterosexualmente o como padre, con tal que exista capacidad para una inducción activa y espontánea de un proceso recíproco (diálogo). Sin embargo, la fase de individualización, tiene validez para el sistema familiar en su conjunto. Aunque las dos fases siguientes, la separación y los nuevos envolvimientos, conducen más allá del sistema de la familia de origen, la individualización es una fase compartida del desarrollo. En otras palabras, solamente puede producirse en un grupo que la permite. Por ejemplo, no tiene caso esperar que un niño dé pasos conducentes a una individualización auténtica, antes de haber absorbido una cantidad suficiente de envolvimiento verdaderamente "generoso" de parte de sus padres. Dicho más exactamente, el niño no puede incorporar el modelo de confianza y valer por sí mismo, si los padres no han sido capaces de actuar como tales. Solamente si éstos han ofrecido verdaderos reconocimientos a las necesidades de crecimiento del niño y han llegado a una reciprocidad plena de confianza, la existencia personal del niño se volverá auténticamente autónoma.

Muchos ejemplos de la incapacidad de los padres o de su ambivalencia en lo relativo a ayudar a sus vástagos a individualizarse, se pueden obtener de las experiencias de terapia familiar. Los padres que parecen haber convenido en mantener un perpetuo desacuerdo y no llegar nunca a la solución de ningún problema, perpetúan una atmósfera en la cual, la necesidad que tiene el niño de un punto de orientación firme, queda frustrada. Es como si los padres y el hijo estuviesen luchando por ocupar una posición de máxima irresponsabilidad, de manera que alguien, las organizaciones de la comunidad más grande, por ejemplo, la policía o un tribunal, tenga que intervenir tarde o temprano en calidad de cuasi padres.

El niño cautivo está a merced de un papel abruptamente alternante: o se espera que actúe como juez maduro entre dos adultos que se pelean como niños, o se le incita a estar de acuerdo con un padre en contra del otro. En cada uno de estos casos, el niño carece de un progenitor que le inspire confianza, para hacerle oír sus propios problemas y necesidades. Una familia cambió radicalmente durante la terapia, cuando la hija tranquila y "buena" explotó coléricamente y dijo: "Ustedes dos se están peleando siempre como perro y gato, cuando deberían actuar como adultos responsables . . . mis propios sentimientos no se toman para nada en cuenta."

Además, no solamente las relaciones externas dentro de la familia pueden oponerse a los esfuerzos en pro de la autonomía de los vástagos. Algunos sistemas motivacionales internalizados (de valores), a los que se les ha dado el nombre de "estructura contraautónoma del superego" (Boszormenyi-Nagy, 1962), actúan como un obstáculo interior que se opone a que se piense siquiera en hacer algo respecto a una autonomía eventual. El hijo está imbuido de la convicción de que es su deber "enderezar" a sus padres y de que la individualización de su parte equivaldría a una traición.

El vástago adolescente o adulto joven, que pasa de la afiliación a la individualización, puede ofrecer una prueba severa a la madurez de los padres. Esto es especialmente verdadero si los padres necesitan al hijo como objeto de transferencia para su diálogo interior inconsciente, vitalmente importante, con sus propios padres. La incapacidad de los padres para poner fin al duelo, puede hacer que el aferrarse al vástago sea la meta más importante de sus motivaciones inconscientes. Hemos visto a padres que han ofrecido cambiar su relación matrimonial por un prolongado comprometimiento estrecho con el vástago psicótico.

La subyacente motivación positiva del padre puede quedar disfrazada por una disposición racionalizada a efectuar todo sacrificio que sea necesario para ayudar al hijo a mejorar. Los padres, desesperadamente anhelantes, se ciegan al hecho de que recargan al hijo, hasta abrumarlo con sus demandas de dependencia. Estas relaciones padre-hijo tienden a provocar actitudes mutuamente frustradoras, unilaterales y defensivamente autísticas, en ambas partes.

Fase de separación

La separación de los vástagos es una importantísima meta "sana" de la familia nuclear. La separación, entendida como proceso físico, connota una clara acción disyuntiva, de parte de un miembro e, implícita mente, de parte de todos. Como proceso emocional, es extensión de una fase crucial del desarrollo de toda la familia. En la medida en que los miembros de la familia representan un importantísimo segmento del fondo dialéctico de la personalidad de cada uno de ellos, el renunciar al Otro como parte del diálogo significa una dolorosa pérdida para la configuración sujeto-objeto de cada uno de los miembros. La individualización, como requisito previo de la separación, ha significado ya un final parcial de la "unicidad" de la familia simbiótica amorfa. La separación de un miembro no sólo afecta las relaciones de uno a uno, del miembro que se separa con cada uno de los otros miembros, sino que dispara una reacción en cadena de cambios relacionales compensatorios entre los demás miembros del sistema familiar. El resultado final de los reordenamientos compensatorios depende de la madurez de la familia en su conjunto, además de la madurez de los miembros considerados como individuos. De manera más concreta, podemos decir que en la medida que los miembros puedan absorber los patrones de necesidades "expuestos" por cada uno de ellos, podrán ajustarse a la necesidad de renunciar a un miembro. Y a la inversa, la pérdida de un hermano, por ejemplo, a causa de matrimonio o de muerte, puede "precipitar" la psicosis en algún otro de los niños o en uno de los padres, que habían estado compensados previamente.

La separación es un proceso muy complejo y el éxito de su realización requiere que previamente se alcancen, de buena manera, las metas de la simbiosis y la individualización. Sólo después de haber establecido relaciones estrechas, de confianza y recíprocas, con miembros de la familia, y de haberlas internalizado, podrán los vástagos cortar los lazos familiares y sustituirlos por vínculos extrafamiliares. La separación va precedida a menudo por un "relineamiento" de las relaciones intrafamiliares de los vástagos; por ejemplo, el desplazamiento del apego estrecho de la muchacha por la madre, hacia el padre o un hermano.

Diversas fuerzas familiares complejas pueden contrarrestar las acciones de un miembro tendientes a la separación, "incluso en la familia "normal". Un determinado hijo puede llegar a representar simbólicamente un concepto o fantasía familiar inconscientes de fidelidad y leal "unicidad". Hemos visto familias en que a una de las hijas se le ha "seleccionado" para desempeñar el papel de quedarse con la madre después de que los otros hijos se hayan casado. La presión moral para la aceptación de este papel de cuidador, puede ejercerse en forma de una expectativa indiscutible de parte de los hermanos, amigos o consejeros religiosos. Es como si se eligiese a un hermano para pagarle a la madre la obligación contraída por todos los hijos. El acuerdo familiar no verbalizado "confirmará" _ las necesidades de identidad personal de esta hija, sólo a condición de que cumpla el papel de cuidador que se le ha asignado y, de tal manera, calme la culpa de los demás miembros.

Fase de reenvolvimiento

Las relaciones extrafamiliares que van surgiendo, normalmente requieren la ejecución de papeles de sujeto más activos y de papeles de otro-objeto más generosamente aceptados de parte del adulto joven. Deberá ser capaz de expresar sus deseos (más maduros) a su nuevo objeto amoroso y de responder a los deseos (no siempre maduros) del compañero. Los adultos jóvenes esquizofrénicos y gravemente neuróticos descubren dolorosamente que los amigos, colegas, cónyuges y, en gran medida, sus propios hijos, tienden a rechazar sus actitudes parasitarias, dependientes. Las demandas de nuevas relaciones estrechas y las responsabilidades del compromiso recíproco, despiertan naturalmente, ansiedad en el adulto joven. La naturaleza de estas ansiedades se ve a menudo disimulada por una nostalgia, cargada de sentimientos de culpa, por los padres o por el estado simbiótico del pasado. Está uno propenso a tener sentimientos de culpabilidad por haber recibido de los padres más de lo que se les podrá pagar; tal vez, paradójicamente, la mayor o menor confianza y seguridad que uno ha adquirido gracias a los padres.

OBSERVACIONES FINALES

Las cuestiones acerca de la "patología" de las relaciones intrafamiliares están inevitablemente conectadas con el problema de la "salud" de la familia. En nuestra opinión, la cuestión de la salud y la enfermedad de la familia tiene que separarse de las consideraciones relativas a la salud de sus miembros individuales. El concepto de diálogo puede ayudarnos a definir la estructura transaccional de las relaciones familiares saludables. El "toma y daca" del diálogo verdadero presupone un elevado nivel de confianza entre miembros de la familia. Uno puede mantener una receptividad perdurable para las necesidades del Otro, solamente si confía en que

el Otro mostrará reciprocidad. La alternación de los papeles de sujeto y objeto entre los participantes, constituye una salvaguardia contra la fusión intersubjetiva y la relacionalidad amorfa, simbiótica o indiferenciada. La existencia o inexistencia de una atmósfera de confianza puede caracterizar todo el sistema relacional, y no sólo a sus miembros. La "patología" de un sistema es más que la suma total de las patologías de los individuos.

Los conceptos transaccionales de salud o de patología, de crecimiento o estancamiento, tienen que estar basados en nociones de confianza, es decir, en una pronosticabilidad "temporal" de transacciones recíprocas. Si la reciprocidad pronosticable conduce a la confirmación del Yo de los participantes, la "posesión" mutua resultante cobra las características de un diálogo. El mejoramiento de la capacidad de diálogo en la familia es una meta por demás importante y constituye, por sí sola, una señal de buen pronóstico. Si la pronosticabilidad de las transacciones consecutivas no conduce al mejoramiento de la confirmación del Yo en los miembros, tendrá que aumentar el patrón de la fusión colusiva, intersubjetiva. Puesto que sin la existencia de un mínimo de delineamiento del Yo dialógico o con carácter de sujeto-objeto, la seguridad fundamental de los miembros se ve amenazada, tienen que considerarse incluso patrones relacionales "negativos" como algo preferible a la fusión amorfa. A fin de "ayudar" a la familia a recorrer las etapas de inducción del diálogo de inicio de la modificación de sistemas de interacción estancados, no recíprocos, el terapeuta mismo tiene que recorrer las fases de un proceso de crecimiento relacional "terapéutico". La capacidad que tenga para cambiar a otros, proviene de su propia libertad para cambiar continuamente y ser cada vez más él mismo, a través de un dar y tomar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balint M. (1958) Three areas of the mind; theoretical considerations. *Int. J. Psycho-Anal.* 39, 328-340.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1, 251-264.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. H. (1962). A note on the double bind. *Family Process* 2, 154-161.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1962). Concept of schizophrenia from the perspective of family treatment. *Family Process* 1, 103-113.
- Boszormenyi-Nagy, I., y Framo, J. L. (1962). Family concept of hospital treatment of schizophrenia. En J. H. Masserman (dir.), *Current psychiatric therapies*, vol. 2. Nueva York: Grune & Stratton, págs. 159-166.
- Bowlby, J. (1960). Ethology and the development of object relationships. *Int. J. Psycho-Anal.* 41, 313-317.

- Brodey, IV. M. (1947). Image, object, and narcissistic relationships. *Amer. J. Orthopsychiat.* 31, 69-73.
- Buber, íy-1. (1947). *Between man and man*. Traducido por R. G. Smith. Boston: Beacon Paperback, 1955.
- Buber, M. (1958). *I and thou*. Nueva York: Scribner's.
- Buhler, Ch. (1962). Values in psychotherapy. Glencoe: Free Press. Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanal. Quart.* 6, 12-22. Deutsch, H. 1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal. Quart.* 11, 301-321.
- Erikson, E. H. (1959). ' -Problem of ego identity. En G. S. Klein, (dir.). *Psychological issues*, vol. I, num. 1. Nueva York: Int. Univer. Press. Erikson. E. H. (1962). Reality and actuality. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 10,451-474.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Londres : Tavistock.
- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. Nueva York: Basic Books.
- 114 Cap. 2 Una teoría de relaciones: experiencia y transacción
- Referencias bibliográficas
- Fenichel, O. (1945). *Psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York: Norton.
- Findlay, J. N. (1962). *Hegel: A re-examination*. Nueva York: Collier Books. Freud, S. (19)1, originalmente fue publicado en 1921). *Group psychology and the analysis of the ego*. Nueva York: Liveright.
- Freud, S. (1961, originalmente fue publicado en 1923). *The ego and the id*, en *Standard Ed.*, vol. 19, Londres : Hogarth Press.
- Freud, S. (1957, originalmente fue publicado en 1929). *Civilization and its discontents*. Londres: Hogarth Press.
- Freud, S. (1949, publicada originalmente en 1938). *An outline of psychoanalysis*. Nueva York: Norton.
- Friedman, M. S. (1960a). *Martin Buber: The life of dialogue*. Nueva York: Harper Torchbooks.
- Friedman, M. S. (1960b). *Dialogue and the "esential we"*. The bases of values in the philosophy of Martin Buber. *Amer. J. Psychoanal.* 20, 26-34.
- Gruntrip, H. (1961). *Personality structure and human interaction*. Nueva York: Int. Univer. Press.
- Harlow, H. F. (1962). *Development of affection in primates*. En E. L. Bliss (dir.). *Root of Behavior*. Nueva York: Hoeber.
- Hartmann, H. (1950). *Comments on the psychoanalytic theory of the ego*. En *Psychoanalytic study of the child*, vol. 5, N. York: Int. Univer. Press. Johnson, A. (1949). *Sanctions for superego lacunae of adolescents*. En K. Eissler (dir.). *Searchlights on delinquency: New psychoanalytic studies*. Nueva York: Int. Univer. Press, pigs. 225-245.
- Klein, M. (1963). *Our adult world*. Nueva York: Basic Books.

- Lorenz, K. (1959). Role of aggression in group formation. En B. Schaffner (dir.). Group processes. Transactions of the 4th Conference, Oct. 13-16, 1957. Nueva York: Macy, pags. 181-252.
- Marcel, G. (1960). The mystery of being, vol. I, Reflection and mystery. Chicago: Gateway.
- Pfuetze, P. (1961). Self, society, existence. Human nature and dialogue in the thought of George Herbert Mead and Martin Buber. Nueva York: Harper Torchbooks.
- Rapaport, D. (1958). Theory of ego autonomy: A generalization. Bull. Menninger Clin. 22, 13-35.
- Rapaport, D. (1960a). Structure of psychoanalytic theory. En Psychological Issues, vol. II, núm. 2, monograph 6.
- Rapaport, D. (1960b). Psychoanalysis as a developmental psychology. En B. Kaplan y S. Wapner, (dir.). Perspectives in Psychological Theory: Essays in Honor of Heinz Werner. Nueva York: Int. Univer. Press, pags. 209-256.
- Rose, J. (1963). Workshop on family therapy. Annual meeting of the American Orthopsychiatric Association, Washington, D. C., March.
- Sartre, J. P. (1956). Being and nothigness. Essay on phenomenological ontology. Traducido por H. E. Barnes, Nueva York: Philosophical Library.
- Spielgelberg, H. (1960). The nonhuman enviroment in normal development and in schizophrenia. Nueva York: Int. Univer. Press.
- Spielgelberg, H. (1960). The phenomenological movement. A historical introduction, 2 volúmenes. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Weelder, R. (1960). Basic theory o f psychoanalysis. Nueva York: Int. Univer. Press.
- Wynne, L. C. (1961). Study in intrafamilial alighments and splits in exploratory family therapy. En N. W. Ackerman y colaboradores (dir.). Exploring the base for family therapy. Nueva York: Fam. Serv. Ass. of Amer., pags. 95-115.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., y Hirsch, S. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. Psychiatry 21, 20'5-220.

Ca p. 3 LA TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA COMO PROCESO 116

IVAN BOSZORMENYI-NAGY

Marco de la acción, 117.

Conceptos de patología individual y patología basada en el sistema, 122.

El contrato terapéutico, 127.

Descripción de un caso, 129.

Metas y fundamentación, 162.

Problemas de la terapia y los terapeutas, 169.

Observaciones finales y perspectivas, 174.

Referencias bibliográficas, 177.

LA TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA difiere de todos los demás métodos de salud mental, por su aplicación de los principios y las técnicas derivados de la psicoterapia dinámica individual y, en menor grado de lo que podría suponerse, de la terapia de grupo, para ayudar a los miembros de la familia mediante la observación directa y la modificación de sus interacciones.' Aunque la terapia familiar nos ofrece algunas de las visiones más claras y profundas de las relaciones íntimas, quien la practica tiene que enfrentarse a problemas situados en un singular nivel de organización de un sistema multipersonal, que envuelve la existencia de los miembros de manera mucho más global que la terapia de grupo.

La salud y la enfermedad psiquiátricas reciben una definición nueva en la terapia familiar. La sintomatología del paciente al que también se le llama paciente "designado", es sólo una manifestación de un conflicto que varía, en el que participan muchas personas. En la familia, existe una lucha individual y colectiva cuyas metas opuestas son la identidad autónoma por una parte y la seguridad, a través de la fusión simbiótica, por la otra.

** El autor desea reconocer, con gratitud, la ayuda del estado de Pensilvania y de los funcionarios administrativos del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, sin exceptuar a la junta de Gobierno, a la Comisión Consultiva Médica y a sus directores médicos, los doctores John E. Davis y William A. Philips. Ofrecieron un ambiente estable, con libertad académica, que permitió al autor establecer y llevar a cabo un programa de investigación en una de las ignotas fronteras del tratamiento psiquiátrico.*

En un nivel consciente, tanto la individualización como la sumisión abnegada o lealtad a la familia son valores recompensados socialmente. Cada valor está conectado con una amplia gama de motivaciones inconscientes, en cada miembro del sistema. Frecuentemente, el choque de estas motivaciones no se nos revela hasta que las relaciones se ponen al descubierto en las sesiones de terapia familiar conjunta, puesto que gran parte de lo que se espera de un determinado miembro y lo que realmente hace, de acuerdo con esa expectativa, está latente y es percibido de una manera distorsionada por otros miembros. Diversas familias exhiben una amplia gama de respuestas a la sugerencia de considerar el valor de la terapia conjunta. En un extremo del continuum, se encuentran las familias que rechazan claramente la sugerencia de una exploración en común de lo que, según creen, es estrictamente el problema de un solo miembro. En el otro extremo, encontramos familias en las que no es posible aislar a los miembros para su estudio individual. Frecuentemente, aunque a menudo de manera inconsciente, interpretan la oportunidad de estudio conjunto de los problemas como sanción de sus profundos deseos de unidad simbiótica interminable.

La clave para la comprensión de la "patología familiar" y de las técnicas terapéuticas familiares especializadas, se encuentra en la integración de las dinámicas individual y del sistema familiar. A este respecto, este capítulo cumple una doble finalidad: a) la descripción de un caso, a fin de ejemplificar parte del proceso de la terapia familiar conjunta, y b) la aplicación de algunos de los conceptos esbozados en el capítulo dos, en la identificación de algunas dimensiones de la dinámica del sistema multipersonal.

En secciones sucesivas de este capítulo, describiremos algunos pensamientos acerca de la relación entre los conceptos de patología basados en el individuo y en el sistema, junto con extractos de la historia de un caso de terapia familiar,, los problemas de las metas y de la concepción teórica general, así como las cuestiones de la terapia y los terapeutas.

MARCO DE LA ACCIÓN

La base de las observaciones y pensamientos que se leerán en este capítulo, tiene su origen en los seis años de experiencia del autor en materia

de terapia familiar intensiva, durante los cuales desempeñó los papeles de terapeuta y director de un programa de investigación sobre terapia, llevada a cabo en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute ¹. El autor también obtuvo experiencia en materia de terapia familiar, después de cinco años de servicios como terapeuta de medio tiempo en el programa del U. S. Public Health Service, intitulado "Tratamiento familiar en la esquizofrenia en el hogar", en el Philadelphia Psychiatric Center (el director del programa fue el doctor Alfred S. Friedman). La enseñanza y la supervisión en el EPPI, el intercambio de experiencias y comentarios con colegas en ambos programas y una experiencia complementaria en materia de terapia familiar, obtenida durante la práctica psiquiátrica privada, han contribuido a dar forma a los conceptos que expongo en este capítulo.

El programa de terapia familiar del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute nació de un proyecto de psicoterapia a largo plazo, organizado por el autor en 1957; concentró su atención, primeramente, en la exploración de los límites de la psicoterapia intensiva de la esquizofrenia, desde el punto de vista de la relación. Esta última orientación tuvo su origen en diversas fuentes: los muchos años de contacto profesional que el autor mantuvo con uno de los primeros en proponer la psiquiatría familiar, Lialman Gyarfás, quien primero trabajó en Budapest y más tarde en la Universidad de Illinois; otra influencia fue ejercida por la afiliación del autor (1956-1957) al Departamento de Psiquiatría de la New York State University con sede en Syracuse, donde, bajo la atinada dirección de Marc H. Hollender, la significación de la teoría de la relación de objetos de Fairbairn fue constructivamente estudiada por pensadores tan penetrantes, como Thomas Szasz. La idea de que el factor organizador del ego está constituido por patrones relacionales, era congruente con los componentes existenciales fenomenológicos de la orientación psiquiátrica teórica del autor.

Así pues, el proyecto comenzó siendo un propósito de exploración del valor potencial de un enfoque psicoterapéutico psicoanalíticamente fundado, pero con fuertes inclinaciones relacionales, para el tratamiento de esquizofrénicos. La organización de un proyecto terapéutico de largo alcance, en una institución estatal de investigaciones, parecía tener muchas ventajas. El marco en el que habría de efectuarse la investigación ofrecía una oportunidad para seleccionar personal y prestar una atención superior

¹ *Miembros: Margaret Dealy, M. D., James L. Framo, Ph. D., Geraldine Lincoln, M. A., Leon R. Robinson, M. D., David Rubinstein, M. D., Oscar R. Weiner, M. D., Gerald H. Zuk, Ph. D. Miembros anteriores del personal: Thomas Downs, M. D., Eddis Holden, M. S. W., Elaine Jones, M. D., S. G. Koepp, M. S. W., Jane Keenle, M. D., Elsa Katz, M. D., Kenneth M. Milgram, M. D., Laura Odian, M. D., Jerry Osterweil, Ph. D., Barry, J. Schwartz, M. D.*

al promedio general a los pacientes. Estas circunstancias eran requisitos previos para poner a prueba nuestra suposición de que algunos conflictos psicóticos pueden ser objeto de un working through con tal que las adecuadas dimensiones relacionales se encuentren en el foco de la exploración dinámica y se cuente con un ambiente terapéutico seguro y que preste apoyo suficiente. Nuestro interés en la psicoterapia intensiva se mantuvo durante más de cinco años de tratamiento a largo plazo, de más de setenta mujeres psicóticas.

La visita del doctor Maxwell Jones, en 1958, constituyó otra influencia importante en las primeras etapas de desarrollo del programa. La espontánea informalidad de su manera de abordar las relaciones entre los miembros del personal, y de éstos con los pacientes, fue un estímulo para la orientación de nuestros conceptos. En esta coincidencia de psicoterapia intensiva, por una parte, y comunidad terapéutica, por la otra, nuestro trabajo comenzó a prestar mayor atención a las relaciones familiares y, hacia fines de 1958, a la terapia familiar.

El autor tomó la decisión de iniciar la terapia familiar después de asistir a la reunión sobre este tema en la Academia Americana de Psicoanálisis, que tuvo lugar en San Francisco, en 1958. Nos pareció cada vez más claro que el estudio de los conflictos relacionales psicóticos, tiene que cobrar mucho más sentido en el contexto de las relaciones primarias originales de la persona. Por consiguiente, la significación de las relaciones artificiales o de transferencia* (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1961, 1962) en la comunidad terapéutica, pasó a ocupar un segundo lugar privilegiado, con tal de que fuésemos capaces de hacer participar en el tratamiento a la familia de origen del paciente.

Para empezar, establecimos reuniones de terapia familiar múltiple, en junio de 1958. Conforme a este programa, uno o dos terapeutas se reunían semanalmente con un grupo constituido por pacientes esquizofrénicos internos, sus padres y el personal de enfermería. El "clima" de estas reuniones ha dado lugar a un cambio gradual en nuestra orientación clínica, en el cual el tratamiento de una sola familia se ha convertido en el enfoque predominante. Sin embargo, en fechas más recientes, la necesidad de amplificar el efecto de la terapia familiar dio lugar al establecimiento de nuestro Programa de Grupos Familiares, con sus turnos matutino y vespertino, que consisten en sesiones de terapia con varias familias y en programas de actividad familiar.

Comenzamos a tratar a familias, de una en una, en la segunda mitad de 1958. El paciente designado (en aquella fecha era una mujer esquizofrénica hospitalizada) y sus padres, se reunían semanalmente con dos terapeutas, uno de los cuales era el que atendía a la paciente. Durante

* *Que traducimos como translaboración.*

los cinco años siguientes, nuestra experiencia se basó en terapias conjuntas, individuales y familiares, de jóvenes esquizofrénicas. Las pacientes provenían de diversas clases socioeconómicas y a menudo habían sido clasificadas como casos difíciles o crónicos, a quienes sus anteriores terapeutas habían desahuciado como candidatos para una psicoterapia con posibilidades de éxito. Aun tomando en cuenta nuestro entusiasmo inicial, las primeras respuestas de nuestros pacientes fueron muy alentadoras. La mayoría de aquéllas no sólo mostraron alivio sintomático poco después del comienzo de las sesiones familiares, sino que comenzamos a observar el despliegue de una dimensión multipersonal de motivaciones crecientemente significativa, aunque por demás compleja. Cuando comenzamos a advertir las fuerzas de resistencia que operaban en un miembro de la familia, respecto al cambio en otro, poco a poco nos fuimos formando una idea nueva de la responsabilidad del individuo psicótico en el mantenimiento de su patología. También nos fuimos enterando de cómo la víctima aparente, el psicótico designado, estaba contribuyendo también al mantenimiento de la "patología" en los demás miembros de la familia. En pocas palabras, el concepto de "sistema" multipersonal de la motivación profunda fue apareciendo gradualmente, como un punto de vista lógicamente inevitable. Sin embargo, esta ideología naciente comenzó a exigir que se hiciesen cambios en el diseño administrativo.

La plena comprensión de la significación del concepto del sistema familiar, primero puso en tela de duda el valor de la hospitalización. Hemos descubierto que muchos de nuestros psicóticos designados, remi tidos para su hospitalización, responden mejor a la terapia familiar de consulta externa. Al mismo tiempo que dejamos de hospitalizar a dichos pacientes, comenzamos a aceptar una gran variedad de otros casos psiquiátricos, aparte de los esquizofrénicos. La terapia familiar demostró ser una valiosa manera de atacar una amplia gama de trastornos neuróticos y del carácter. En total, cerca de 50 familias han sido tratadas por el personal del programa, mediante una terapia a menudo prolongada (hasta de cuatro años) ; otras 50 familias han sido atendidas para su evaluación, prestarles terapia de apoyo a corto plazo, o ambas cosas a la vez.

La transición desde una terapia primordialmente individual hasta una orientación de la terapia casi exclusivamente familiar, se fue haciendo poco a poco. A medida que nuevos terapeutas se fueron incorporando al programa, cada uno tuvo que reajustar sus orientaciones técnicas y axiológicas mediante la adopción de un papel, al cual hizo resistencia emotiva al principio, y que con el tiempo llegó a adoptar con la casi exclusión de otros enfoques psicoterapéuticos. La mayoría de los terapeutas han sido psiquiatras, que se incorporaron al programa después de la terminación de su entrenamiento psiquiátrico. Otros son psicólogos

con diversos grados de experiencia psicoterapéutica. En algunos casos, el proyecto mismo proporcionó entrenamiento complementario y supervisión en materia de psicoterapia. Creemos que es requisito previo absoluto, para el terapeuta familiar que trabaja intensivamente, un buen conocimiento de la teoría y la práctica de la psicoterapia individual. No hemos tropezado con dificultades para conseguir que profesionistas bien preparados en los campos de la psiquiatría, de la psicología y del trabajo social, colaboren en el desempeño de papeles terapéuticos intercambiables. Sin embargo, no nos parece recomendable la participación en este trabajo de terapeutas que no estén casados, con el debido respeto a casos excepcionales.

La creciente importancia de las relaciones del equipo de terapia depende del aspecto "intensivo" de nuestro enfoque de la terapia familiar, así como de otros factores como nuestro interés y experiencia previos en la psicoterapia de pacientes "difíciles" (psicóticos, psicopáticas, etcétera), nuestro compromiso a largo plazo, nuestras metas de terapia profunda que se van descubriendo y nuestra experiencia especializada en los puntos de vista terapéuticos simultáneos, duales, (individual y familiar). Por otra parte, en varios casos hemos ofrecido un tratamiento de apoyo más breve a las familias, a causa de la naturaleza especial de su problema o de las limitaciones de su potencial para un cambio más profundo. El método de terapia en equipo de trabajo dual, representa probablemente un reto para las capacidades del que comienza aún mayor que el paso del tratamiento individual de pacientes al tratamiento familiar. La observación del trabajo de cada equipo, a través de una cámara de Gessel* por los otros ocho terapeutas, ha dado como resultado un proceso complejo de relaciones de consulta y cuasisupervisión mutuas, que se han ido desarrollando dentro del programa. Este proceso colectivo determina las maneras en que los terapeutas se seleccionan unos a otros, como coterapeutas, para la evaluación y tratamiento de nuevas familias. La dinámica compleja de las relaciones en el equipo de terapeutas está expuesta con mayor detalle en otra parte de este libro y en un trabajo de Rubinstein y Weiner (1964).

Como norma, se trabajó con las familias durante cerca de una hora, una vez a la semana, en una habitación que permite que las personas se sienten cómodamente, en círculo. Hemos descubierto que esta manera de ordenar las sillas es la que mejor permite los contactos visuales entre los participantes. En la habitación hay un micrófono y una cámara de Gessel. En el momento de la sesión de evaluación, se pide a los miembros de la familia que firmen una solicitud de terapia familiar y una Cámara que permite a un observador ver a través de ella sin ser visto él. Con autorización para la observación de las sesiones por profesionistas y la posible publicación de las observaciones, en revistas especializadas, a condición de que se oculte la identidad del participante.

CONCEPTOS DE PATOLOGIA INDIVIDUAL Y PATOLOGÍA BASADA EN EL SISTEMA

Si definimos el término patología diciendo que designa la "ciencia de las enfermedades", ¿podemos hablar de una patología de toda la familia? Y, aun en el caso de que el concepto de patología familiar tenga significado, nos queda todavía una pregunta: ¿en qué sentido es algo más que la suma total de las enfermedades de los individuos miembros de la misma? Sin que pretendamos ofrecer respuestas definitivas a estas interrogantes fundamentales, intentaremos esbozar algunas de las diferencias fundamentales entre la patología individual y la familiar.

Desde el punto de vista de la fenomenología, podemos considerar la patología individual de los miembros de la familia como si estuviese constituida por patrones repetitivos de acting out. En su acepción tradicional, el acting out neurótico es una "conducta intencional de una situación anterior adecuada a una nueva que la representa simbólicamente". (English y English, 1958, pág. 8). Por ejemplo, una actitud impropia de constante "regaño" de parte de una esposa puede derivarse del hecho de que, cuando niña, haya recibido atención mediante la persistencia en un lloriqueo colérico. Pero este modelo de motivación, basado en el individuo, evidentemente no nos permitirá explicar de manera adecuada los complejos patrones de la interacción esposo-esposa.

A fin de averiguar plenamente lo "adecuado" de las acciones de cualquier individuo, es preciso estimar el lugar que ocupa el individuo dentro de sus sistemas relacionales de retroalimentación. Por lo común, es difícil distinguir una motivación basada en el individuo solamente, de los efectos de reforzamiento social que reverberan entre los otros miembros o dentro de todo el sistema familiar. El sistema de la relación matrimonial de la esposa regañona, por ejemplo, puede incluir mensajes inconscientes de reforzamiento de parte del esposo, cuyas necesidades profundas requieren de una influencia paternal en forma de reprimendas. La terapia familiar ofrece una oportunidad de averiguar tanto la adecuación de las aportaciones de los miembros a su sistema relacional, como el grado de adecuación del sistema a las necesidades profundas de los miembros. Entonces, puede surgir la cuestión de si las acciones (acting outs) recurrentes de personas estrechamente relacionadas entre sí pueden ser verdaderamente inadecuadas.

Las implicaciones del concepto acting out, para el "sistema" transaccional de la familia, plantean interesantes cuestiones nosológicas. La relativa estabilidad y utilidad para la adaptación a la realidad de algunos de los acting out repetitivos, nos recuerda aquello que en psiquiatría individual se denomina rasgo de carácter, en vez de síntoma. Sin embargo, los caracteres con acting out no son necesariamente idénticos a los caracteres impulsivos, como se lee en el resumen de un informe sobre una mesa redonda psicoanalítica sobre "los acting outs y su relación con los trastornos de los impulsos" (Kanzer, 1957b). Es interesante señalar que los participantes en esta mesa redonda consideraron necesario introducir un marco relacional, en sus exploraciones orientadas básicamente al individuo, del "carácter acting out". Greenson, por ejemplo, señaló la tendencia de los pacientes con acting out a confundir las identificaciones, con relaciones de objetos. Frosch subrayó el papel de absorción por la madre de individuo con acting out prospectivo, lo cual da lugar a patrones de aplazamiento débilmente desarrolladas. Adelaide Johnson dijo que los defectos del superego del niño con acting out son la imagen en el espejo de los de sus padres. Kanzer (1957a) señaló acerca del paciente con acting out, que "la conducta externa de un paciente no nos permite decidir si estamos ante un caso de sublimación, de acting out o de síntoma. Esto es tanto más cierto cuanto que los acting out decisivos tienen lugar, a menudo, fuera de la situación analítica y el informe subsiguiente del paciente tal vez nos ofrezca sólo una descripción inadecuada". Más adelante, añade que una "necesidad regresiva de posesión in?mediata de objeto probablemente es más primaria que la actividad motora que la sirve" (pág. 667). Para nuestros fines, es importante que el acting out, tal como ha sido descrito en las anteriores aseveraciones, sea considerado como la línea fronteriza entre la determinación intrapsíquica y la relacional.

La naturaleza implícitamente colusiva de las "defensas", que consisten en los acting outs de parte. de los miembros de la familia, se ponen de manifiesto en el punto de la sensibilidad a la pérdida de objeto. Por ejemplo, si nos representamos a `dos' miembros de la familia "hambrientos de objeto", como parte de un sistema de retroalimentación, la semejanza y correspondencia de sus organizaciones de impulso-defensa-ansiedad hace que no venga al caso (desde el punto de vista del sistema simbiótico) establecer cuál de los dos compañeros amenazará al otro de absorción, separación o emancipación. Entonces, ¿tiene más sentido considerar la situación como una relación entre dos caracteres "como si" discretos (H. Deutsch, 1937), o bien investigar cómo un encaje interpersonal

excepcionalmente vulnerable puede acentuar las respectivas "lagunas del ego" de cada uno de los compañeros, respectivamente? El primero de los dos enfoques es el tradicional, basado en el individuo, y el segundo es el relacional, basado en el sistema.

Vista en su totalidad, como sistema multipersonal, la patología familiar no consiste exclusivamente en una serie de descargas motoras, sublimaciones, proyecciones y desplazamientos de individuos. Más bien es una estructura interconectada de maniobras conservadoras de objeto, que tienen carácter de proceso primario. La naturaleza de la interrelacionalidad primitiva, entre miembros de un sistema familiar patológico, es tal que impide la individualización necesaria que podría conducir al desarrollo de la personalidad autónoma y a la separación eventual. El sistema ofrece un campo de descarga inmediata para las fantasías de varios de los miembros, a través de patrones de transacción o de acting out repetitivos. En esta atmósfera de proceso primario compartido, cada miembro puede asignar un papel paternal, inconscientemente deseado, a otro. Las identidades de papel, pasivamente asumidas al servicio del sistema familiar, no pueden ser realistas. El miembro al que se le ha asignado un papel paternal se ve reducido al estado de "ser un objeto" (cap. 2), en conflicto con sus propias aspiraciones autónomas de crecimiento. Cada uno de los miembros que participa en la asignación de un papel paternal de fantasía (de transferencia) a otro miembro, queda simultáneamente exento de la tarea de un crecimiento auténtico a través de la individualización; aplaza el doloroso proceso que conduce a la formación de fronteras opuestas a los objetos paternos perdidos, de su propio pasado.

Los supuestos anteriores poseen gran importancia práctica para el terapeuta familiar. Tendrá que guiarse por alguna fórmula hipotética, en lo concerniente a la dinámica inconsciente de la patología en la que trata de influir. Una fantasía de posesión de seres queridos realmente perdidos, mantenida inconscientemente, puede manifestarse en un acting out, a través de una deformación de las relaciones familiares presentes. En otras palabras, la transferencia repetidamente "actuada" entre miembros de la familia, ayuda a éstos a evitar el reconocimiento de pérdidas reales. El significado simbólico de los patrones de acción repetitivos pueden descifrarse en términos de un deseo infantil no satisfecho, por ejemplo, de un deseo de ser abrazado, alimentado o corregido. La fantasía inconsciente, a través de la cual el padre asigna su propio papel paternal a sus hijos, puede dar como resultado actuaciones estafalarias, impropias. La conexión entre los patrones de acting out y las necesidades subyacentes a las mismas, por ejemplo, la de asignación de papeles de padres, puede ser completamente inconsciente. Tales fantasías regresivas de los padres pueden dar como resultado demandas de responsabilidad

prematura a sus hijos, los cuales pueden satisfacer el deseo de los padres a través de un desarrollo precoz. Sentimientos de odio y deseos de venganza, originalmente conectados con una figura paterna introyectada, pueden "actuarse" respecto al hijo en forma de una transferencia inconsciente, como lo ejemplifican los casos trágicos de palizas brutales y asesinatos de hijos. Tal vez la peor causa del odio inconsciente contra uno de los padres es el sentimiento de rechazo, generado por la pérdida a temprana edad de uno o de ambos padres, por muerte, abandono o separación prolongada.

El aplazamiento de la terminación del duelo por relaciones perdidas puede conducir a una desdiferenciación de sujetos y objeto. Como medida para la conservación del objeto, una parte del Yo puede quedar fusionada con la representación imaginaria del objeto perdido. Tal fusión imaginaria puede estar reforzada por acciones simbólicamente significativas, respecto al miembro a quien inconscientemente se toma por representativo del objeto perdido. Si las necesidades de transferencia del otro miembro, necesidades de deformación de las apreciaciones y de acciones simbólicas, complementan la del primero, una inversión mutua se convierte en un sistema interaccional compartido. Sin embargo, puesto que uno de los miembros no es verdaderamente objeto de los anhelos del otro, ninguno de ellos queda verdaderamente delineado como un sujeto de la relación. En una atmósfera en la que este tipo de defensa contra la pérdida es practicado mutuamente por varios o todos los miembros de la familia, la diferenciación y la común y corriente "tarea constante de poner a prueba" (Brody y Mahoney, 1964, pág. 58). Las fronteras sujeto-objeto está prohibida. Al estado de fusión resultante se le puede llamar, como acertadamente ha hecho Bowen (cap. 5), "masa indiferenciada de egos".

La fantasía o fórmula interior, a través de la cual se mantiene un patrón de acción "patológica", es una fantasía específica; cada miembro individual posee su propio "patrón de necesidades relacionales" (Boszor nmenyi-Nagy•, cap. 2). Uno puede comprometer al otro a través de la impotencia infantil o asignar el papel de padre a través de actos censurables, que requieren corrección -de parte de! otro. Es erróneo suponer que el contexto de la terapia familiar conjunta no es adecuado para la exploración profunda de las fantasías de los individuos miembros. Por ejemplo, el terapeuta familiar experimentado encontrará una clave en los numerosos lapsus verbales que revelan los aspectos conflictivos de las relaciones, así como la confusión de los miembros entre relaciones e identificaciones. Naturalmente, el número, de deslices irá aumentando a medida que los patrones de acting out comiencen a fallar como defensas. Para el estudio óptimo de las dimensiones intrapsíquica e interaccional

de la relación de la familia con el terapeuta, así como las relaciones de transferencia entre miembros, éstas tienen que ser tales que pueda darse libre juego espontáneo a los patrones repetitivos de acting out, tal como es fundamental para el psicoanálisis una capacidad para la asociación libre.

El terapeuta experimentado y verdaderamente orientado hacia la familia, desarrollará un tercer oído para captar los designios de asignación de objeto, inconscientes, de cada miembro, así como para captar la aceptación inconsciente, por parte de cada compañero, de las necesidades narcisistas del otro. Los conflictos de carácter manifiestamente diádico, frecuentemente envuelven a tres o más miembros.

El padre de una chica sexualmente delincuente estaba conscientemente airado por la "chifladura" de su esposa, porque no le permitía castigar a la muchacha al volver tarde de noche, pues creía que habría de dejar físicamente inválida a ésta, aun cuando nunca había golpeado severamente a sus hijos. No obstante que el padre se reía de las suposiciones "chifladas" de la esposa, también daba pie para creerlas, al hacer amenazas repetidas de "matar a golpes a la chica", si ponía las manos encima de ésta. Posiblemente no se daba cuenta de cómo sus comentarios ayudaban a su esposa a prevenirlo de los encuentros nocturnos, agresivos y tal vez sexualmente estimulantes, con su hija crecida. Por otra parte, aunque la esposa decía a los terapeutas que había pensado en suicidarse por vergüenza, paradójicamente afirmaba que si encarcelaban a su hija "mala" la echaría de menos, todavía más que a su otra hija, de conducta idónea. Incluso, añadió que tal vez se portaría de la misma manera si tuviese la edad de la hija "mala". No tardó en resultar evidente que sus mensajes no verbales para la hija eran principalmente de aprobación y aprecio, que equivalían a una condonación de su conducta "mala". En pocas palabras, a pesar de sus quejas en esta situación, aparentemente conflictiva, los tres miembros realmente actuaban de acuerdo a las señales sutiles y a las expectativas enmascaradas de cada uno de ellos.

Es importante examinar si la correspondencia neurótica con el acting out del otro constituye una reciprocidad. En términos de nuestra lista de modos de relación (cap. 2), aun cuando los dos conjuntos de patrones de acción inconscientes (ser el sujeto y ser el objeto) son complementarios, no tienen que constituir una relación dialógica. La complementación relaciona) de las actitudes narcisistamente colusivas y regresivas de dos miembros, no da lugar al estímulo recíproco de crecimiento y maduración emocional. Estas complementariedades son colusivas, puesto que pueden contribuir a un interminable aplazamiento del crecimiento y de la resolución del duelo, de parte de todos los participantes. En la atmósfera de proyecciones y deformaciones narcisistas, a nadie se le obliga a renunciar a los objetos de su pasado, nadie tiene que individualizarse.

EL CONTRATO TERAPÉUTICO

La protección de los intereses y del carácter privado de la vida del paciente ha estado implícita en el "contrato médico" tradicional, de ayuda al paciente. Esta tradición ha garantizado el carácter privado del trato, aun en lo que respecta a los miembros de la familia del paciente, salvo en casos de enfermedades graves e incurables o de enfermedad mental. El contrato psicoanalítico tradicional hace hincapié en el carácter privado de la relación paciente-doctor, característicamente, con exclusión de los miembros de la familia. Por otra parte, precisamente el carácter privado de la relación terapéutica o individual puede estorbar la exploración terapéutica directa de los patrones de interacción social patológica. El paciente puede quedar atrapado en la privacidad del tratamiento que se le ofrece. Él solo carga con la "culpa" de la patología relacional diádica o triádica, al propio tiempo en que, por supuesto, se le ofrece ayuda para convertirse en un individuo más autónomo e integrado. En el marco orientado a la responsabilidad del individuo, característico del psicoanálisis, las referencias que hace el paciente a las contribuciones realizadas por miembros de su familia a su "patología", comúnmente son desalentadas y calificadas de resistencia a una autoexploración cabal. Sin embargo, se reconoce que no todos los pacientes son capaces de trabajar conforme a tales exigencias. Por consiguiente, hay que examinar las indicaciones de la conveniencia de la terapia familiar como enfoque exclusivo o bien como complemento de la terapia individual.

La terapia familiar cruza las fronteras del estereotipo cultural de lo que es la psicoterapia, puesto que pide a todos los miembros de la familia que abran viejas y dolorosas heridas personales en la atmósfera de un derecho a la vida privada rescindido mutua, aunque renuientemente. Además, el enfoque de la terapia conjunta toca un problema ético al suponer, al menos hipotéticamente, que miembros de la familia, bien intencionados conscientemente, están contribuyendo causalmente a los trastornos psiquiátricos patentes de otros miembros de la misma. Por consiguiente, la decisión de llevar a cabo la exploración de los problemas de la familia requiere una gran movilización de las motivaciones de parte de ésta. Idealmente, requiere la fuerza que consiste en desear el cambio colectivo, tal como una motivación para cambiar como individuo es la base del progreso terapéutico en la terapia individual. Inicialmente, al menos, los miembros de la familia no tienen más motivación, por lo común, que la de "ayudar al paciente", es decir, cambiar al otro y obtener consejo profesional acerca de cómo tratar al enfermo. Aun en el caso de que algunos miembros estuviesen auténticamente motivados

para cambiar, otros, al menos transitoriamente, podrían salir ganando con el mantenimiento del statu quo. A los miembros no-sintomáticos de la familia, tal vez se les dificulte el reconocimiento del crecimiento familiar detenido o deformado, y aún las consecuencias del mismo, gracias a la concentración continua de su atención sobre la "enfermedad" patente de otro miembro. A menudo las pseudomotivaciones para la terapia familiar se basan en el deseo de poner al descubierto, pero no de cambiar la enfermedad o las actitudes de otro miembro.

La variabilidad de las motivaciones de los individuos miembros de la familia no es el único factor importante y difícil del "contrato" de terapia familiar. Si la terapia familiar se efectúa paralelamente a la terapia individual, como ha ocurrido frecuentemente en nuestro programa se vuelve necesario aclarar la relación existente entre las dos maneras de trabajar.

¿Puede llevar dos chaquetas el mismo terapeuta: la de terapeuta de un individuo y la de terapeuta de una familia? Cada nuevo miembro del personal de nuestro programa ha pasado inicialmente por un periodo de enjuiciamiento de la compatibilidad de los dos papeles. Surge otra cuestión, en lo tocante a la distribución de papeles en el equipo de tratamiento.

Así pues, ¿crea la presencia de dos terapeutas, orientados diferentemente, una lucha consciente o inconsciente, de carácter competitivo, entre los miembros del equipo? El tiempo ha demostrado que estas preocupaciones poseen tan solo validez relativa y que las ventajas del trabajo en equipo, con el tiempo, superan sus inconvenientes, siempre que las personalidades de los dos terapeutas sean de alguna manera compatibles. Es como si el proceso de crecimiento, en la relación de un equipo determinado, estuviese interconectado con el proceso de crecimiento de la familia.

Otro problema inherente al "contrato" de terapia familiar estriba en la calidad de novedad de la terapia familiar como modo de tratamiento. El papel del psiquiatra o del psicoterapeuta individual ha quedado relativamente bien definido, como parte de la escena cultural norteamericana contemporánea; rara vez tiene que iniciar su trabajo justificando su enfoque o los fines de su proceder. No puede decirse otro tanto del terapeuta familiar. Quiéralo o no, las familias lo obligan a que las "convenza" de que su método es un modo de tratamiento válido. El terapeuta familiar se encuentra a menudo tan indefenso frente a las actitudes tradicionales y a los clisés del prejuicio social, como lo estuvieron los pioneros del psicoanálisis.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO z

La familia elegida para ejemplificar el proceso de terapia familiar conjunta intensiva ha exhibido un cambio positivo, profundo y significativo, en el transcurso de la terapia familiar. Sin embargo, es difícil

formular y expresar adecuadamente el entrelazamiento de los puntos de vista basados en el individuo y el sistema de la dinámica del cambio. A causa de la carencia de fundamentos conceptuales uniformes, esto sería cierto aun para los terapeutas que tienen experiencia directa en materia de terapia familiar intensiva. Para la descripción del cambio terapéutico individual, he usado el marco conceptual de la teoría dinámica fundada psicoanalíticamente y he tratado de descubrir los cambios en el proceso de la familia, sobre la base de la estructura teórica del capítulo 2 y de las establecidas en la bibliografía de la terapia familiar.

Se incluyó a la familia S. en el Programa de terapia familiar, para el tratamiento de María ², de 16 años de edad, que primero estuvo hospitalizada durante un mes para el tratamiento de un estado diagnóstico como psicosis esquizo-afectiva. Su historia era la de una chica precozmente inteligente, a la que no se consideró como problema grave de conducta hasta que ingresó a la secundaria. Preocupaba algo el hecho de que hubiera sufrido una caída en su primera infancia y también que hubiera sido atacada sexualmente por un primo de nueve años de edad, cuando ella tenía apenas cinco. Se la describió diciendo que siempre había sido físicamente saludable y madura, a la edad de once o doce años. Se arreglaba con cuidado y era atractiva. Antes de su admisión a nuestra unidad, como paciente voluntaria, había sido hospitalizada tres veces. Los problemas de María comenzaron, aparentemente, a principios de 1960, cuando comenzó a dar señales de que no se concentraba bien en la escuela y a recibir malas notas. Según decían los padres, mostró numerosas señales de rebeldía y conducta irrespetuosa y finalmente fue hospitalizada por "trastornos de la adolescencia", en marzo de 1961. La dieron de alta a fines de ese mismo mes. En el verano de 1961, a la señora S. empezó a preocupar la posibilidad de que María tuviese trato sexual con varios jóvenes. Por aquellas fechas, María huyó a Nueva York, ostensiblemente para consolidar el matrimonio de sus padres, que en su opinión estaba a punto de deshacerse. En octubre de 1961, comenzó a mostrar hiperactividad y una conducta algo estafalaria en el hogar y fue admitida en la unidad de psiquiatría de un hospital particular

2 El autor quiere expresar su agradecimiento a Oscar R. Weiner, M. D., por las numerosas y valiosas discusiones sostenidas con él, en lo concerniente a la aclaración de los conceptos clínicos de María, a todo lo largo del tratamiento de esta familia.

lar. Se le dio, de alta al cabo de un mes después de haber recibido terapia intensiva con tranquilizantes. Sin embargo, no tardaron en reaparecer los problemas de María en la escuela y en el hogar, y en enero de 1962 fue rehospitalizada con síntomas de insomnio, hiperactividad y, al parecer, ideación marginalmente delirante. Poco después, se entrevistó a la familia para averiguar los motivos que tenían para la terapia familiar y María fue remitida al programa.

La familia está constituida por los padres y dos hijos: María, que ahora tiene 18 años y Paco de 16. El padre es lo que en Estados Unidos se llama trabajador de "cuello azul", es decir, obrero, y la madre hace trabajo de oficina. Viven en una casa propia y mantienen contactos sociales con vecinos y miembros de la numerosa familia de la señora S. Con excepción de Paco, a los miembros de la familia no les cuesta trabajo verbalizar y poseen un vocabulario y una capacidad de razonamiento que sobrepasa su nivel educativo general. A pesar de su capacidad para el debate y la argumentación, ha sido imposible obtener de algún miembro de la familia una descripción consistente de la esencia de sus problemas. Desde el principio, ha quedado claro que algunos elementos del estado de María y de los problemas de la propia vida de los padres están inseparablemente entrelazados, en todas las descripciones del "problema" familiar. No se ha negado el hecho de que la relación conyugal de los padres dista mucho de ser buena. Desde el punto de vista de la experiencia terapéutica, toda la familia está envuelta en el proceso patológico, aun cuando María sea el único miembro que, como individuo, ha satisfecho el criterio tradicional de mostrarse sintomáticamente enferma. Retrospectivamente, parece que la enfermedad de la chica ha debido proporcionar a la familia una suerte de función de pararrayos, mediante la cual ha prevenido otras formas de patología, mucho más catastróficas, de parte de los demás miembros.

Ambos padres provienen de familias inmigrantes. Los padres de la señora S. fueron originarios de Lituania; el padre falleció cuando ella tenía entre once y trece años de edad; declaró repetidas veces que no recordaba la fecha de la muerte del padre y que tenía muy pocos recuerdos de él. Era la más pequeña de 4 hijos en una familia dominada por la madre. Después de la muerte del padre, su familia se trasladó al campo. La madre no insistió en que terminase la secundaria. Comenzó a trabajar pronto, pero se quedó con la madre hasta que se casó, a los veintitantos años. La señora S. es alta, viste atractivamente y tiene una inteligencia que capta rápidamente las cosas.

El señor S. nació en una familia de origen latino. Tiene dos hermanos mayores y una hermana menor. Perdió a sus dos padres a los 9 años de edad; a la madre por muerte y al padre por abandono. Fue

criado, sucesivamente, por una familia adoptiva, su hermano mayor y una institución para menores. Lo que cuenta de su adolescencia está lleno de decepciones y sufrimientos; dio a entender que estuvo a punto de andar en malos pasos. Hizo su servicio militar poco después de casarse. María nació mientras el señor S. estaba cumpliendo el servicio militar. Al regresar, se sintió muy decepcionado por el hecho de que ni su hija de dos años de edad, ni su suegra, dieran señales de sentir gran afecto por él. En las disputas subsiguientes, su cuñado prácticamente lo echó de la casa y vivió separado y en- comparativa pobreza, durante un año más o menos.

Nunca se expusieron con completa claridad los detalles de la primera fase del matrimonio de los padres, pero es razonable suponer que su relación estuvo profundamente marcada por deformaciones de transferencia. El señor S. tal vez volvió a vivir algunas de las experiencias de separación de su infancia, a través del conflicto con la familia de su esposa; y la señora S. tal vez se casó a causa de una necesidad inconsciente de recuperar el objeto perdido, su padre. En el momento de la admisión, la relación matrimonial exhibía el patrón de dos cónyuges infantiles extremadamente regresivos, que buscaban la justificación mediante la reivindicación de sus derechos a tener un padre.

La descripción inicial de Paco fue la de un "hermano sano", que no había sido un problema emocional para la familia. Era callado, obediente y tímido, alumno promedio en la escuela. Daba la impresión de miembro sometido, que contaba con muy poco "espacio vital" emocional entre los otros tres miembros exigentes. En una de las primeras sesiones a la que asistió, su única respuesta al ruidoso maltrato del señor S. fue un llanto impotente, doloroso, callado. Más tarde, los padres lo mantuvieron fuera de las sesiones familiares durante más de un año. Sigue siendo el menos comprendido, pero tal vez también el menos engolfado de los miembros del sistema familiar.

La historia de la conducta de María reveló que parecía haber cambiado, desde un excesivo apego, hasta una defensividad manifiestamente hostil, en lo tocante a su madre. Simultáneamente, pareció exhibir algún grado de apego, que no carecía de matices de seducción, respecto a su padre, evidentemente hambriento de cariño. En el momento de la admisión, María consideraba que su situación era insoportablemente tensa, a causa de las demandas opuestas de sus padres. Sentía que se encontraba "en medio" y que tenía que hacer de "árbitro" entre sus padres que, según dijo, disputaban el amor de ella, como si fuesen "amantes" rivales. La observación directa de la conducta familiar parecía corroborar los alegatos de María. Ejemplos de sobreenvolvimiento y sobreestimulación en las relaciones padres-hija, comúnmente vinieron seguidos

de demandas mutuamente frustrantes en la relación matrimonial. Las batallas verbales tendían a degenerar en rabia incontrolada y odio vengativo, de parte de todos y cada uno. Sin duda alguna, era conveniente separar a María del ambiente hogareño.

La suposición de que los padres sobreestimulaban a María se hizo evidente desde la primera sesión familiar, como lo muestra el extracto siguiente

SEÑORA S. (a María): ¿Cómo explicas este cambio? ¿Hemos hecho algo para que ocurra? ¿He hecho yo algo?

MARÍA: Sí.

SEÑORA S.: Bien, dime ¿qué has hecho, María?

MARÍA: Me has acariciado, me has abrazado, me has besado en los labios.

SEÑORA S.: Creía que eso era lo que tú querías.

SEÑOR S.: ¿No querías eso?

MARÍA: No.

SEÑOR S.: Eso es lo que dijiste. De eso te quejabas, de que no recibías suficiente amor.

MARÍA: ¿Tenías que besarme en los labios? SEÑOR S.: Bueno, mira...

MARÍA: ¡Siempre que quería besarte en la mejilla, tú querías que fuese en los labios! No era bastante sincero ... tenía que tomarte en mis brazos...

SEÑOR S.: Yo nunca te dije cómo quería que besases a tu. ..

SEÑORA S.: María, te estás contradiciendo. Siempre has dicho que sientes que te falta amor.

La fase inicial de tratamiento consistió en una combinación de psicoterapia individual, para María, y sesiones semanales de terapia familiar, las cuales, al principio, por lo común, no incluyeron a Paco. Fueron múltiples las razones por las cuales éste no participó en esta etapa. No sólo se mostraba despegado e improductivo durante las sesiones, sino que apenas si había espacio para dar cabida a las necesidades de expresión verbal de los otros tres miembros, extremadamente activos, durante la hora. Sin embargo, después los terapeutas consideraron que debían haber insistido en la presencia, desde un principio, de este chico demasiado callado.

María estableció pronto una relación intensiva con su terapeuta particular, que era uno de los terapeutas de la familia. Aunque obtuvo apoyo evidente gracias a esta relación, tendió también a utilizar la terapia para hacer sentir celos a sus padres. Inicialmente, los padres utilizaron las sesiones familiares para acusar a su hija, supuestamente desleal, y después para sus interminables disputas airadas. Después de la primera sesión familiar, la terapia familiar quedó interrumpida durante dos semanas,

porque María se estaba comportando de manera agudamente psicótica; se puso a hablar sometida a gran presión, comenzó a atacar, predijo una explosión de bomba de hidrógeno, dijo que era Dios y la Virgen María y pretendió ser capaz de hablar en cualquier idioma. Poco después de este episodio psicótico, de corta duración, la terapia familiar se reanudó y ha proseguido a razón de una sesión por semana, con sólo una interrupción breve. En el momento- de escribir este trabajo, la terapia se encontraba en su trigésimo mes.

Sería importante, aunque muy difícil, describir los aspectos no verbales de la estructura interaccional de las sesiones familiares, a medida que se fueron efectuando durante el primer año y medio de terapia. A veces parecía como si existiese una competencia entre María y sus padres, que se expresaban y autoafirmaban de las maneras más infantiles y regresivas. Se ponían a gritar simultáneamente a todo pulmón, golpeaban la mesa y se negaban a escucharse el uno al otro, todo lo cual hacía que la mayoría de las sesiones pareciesen ser caóticas y estar vacías de todo significado. A través de la cámara de Gessel, la aparente impotencia de los dos terapeutas que se esforzaban por hacer sentido, dejó en los colegas que observaban una impresión de muy mal pronóstico. Contra la aplastante intensidad de este incesante disputar, carente de sentido, lo único que podían hacer los terapeutas era consultarse el uno al otro para encontrar algún significado. Sus declaraciones e interpretaciones parecían ser rechazadas por la resistencia rígida de los padres. La ostensible alianza temprana de María con los terapeutas, que a veces la hacían parecer un terapeuta familiar auxiliar voluntario, resultó ser un simple ejercicio intelectual que tenía como objeto, tal vez, inflamar la celosa posesividad de los padres. Sin embargo, a pesar de todas las indicaciones de mal pronóstico iniciales, esta familia ha sido quizá la que ha cambiado de manera más significativa, entre dos o tres docenas de familias. El proceso terapéutico ha producido una masa enorme de material clínico, que puede estudiarse en las cintas de más de cien sesiones familiares. En este capítulo no hemos intentado llevar a cabo un análisis clínico exhaustivo. El material clínico, basado sobre todo en sus aspectos más profundos, en la dinámica revelada por la señora S., ha sido extraído del material total con objeto de ejemplificar conceptos de la dinámica del sistema multipersonal. Puede resultar aplastante la complejidad de las oscilaciones dinámicas de un solo miembro. Es todavía menos probable que la totalidad de la patología de los cuatro miembros pueda explicarse satisfactoriamente, mediante una sola formulación. No obstante, ha sido posible delinear una modalidad típica de patrones recurrentes y compartidos de acting out, y postular una formulación dinámica consistente, en la cual se fundamenta.

También ha sido posible relacionar el patrón de

acting out y la hipótesis subyacente, con un camuflaje en forma de un "mito familiar", que queda al descubierto a medida que avanza la terapia y comienzan a palidecer los patrones mencionados.

El mito familiar puede descubrirse en una entrevista entre los dos padres y el terapeuta familiar de María, efectuada el día siguiente al de su ingreso.

TERAPEUTA: ¿Qué provocó la enfermedad

SEÑORA S.: Siente [María] que su padre no se debe, que las disputas que tenemos son a ha hecho saber que probablemente no siones, si no fuese por culpa de ella.

TERAPEUTA: ¿De qué manera?

SEÑORA S.: Bien, si el padre la regañase regañarla, comenzaríamos a discutir. esposo ha sido demasiado estricto con tiempo en que tenía... bueno, diría edad. interesa de en ella todo lo que ella... y que se le habría ni la mitad de las discu causa por algo por lo que no debería En primer lugar, creo que mi ella desde un principio, desde el yo, que entre 10 y 11 años de edad.

Ostensiblemente, la madre está en esta sesión (como en muchas de las subsiguientes), preocupada por la severidad del esposo y la falta de interés en María, como causa contributiva de la enfermedad mental de su hija. Pero una observación más atenta de sus oraciones nos ofrece una indicación más clara de la complejidad de las asignaciones del papel de objeto y de las confusiones de identidad, que constituyeron una de las dimensiones principales de la patología de la familia. La primera declaración de la señora S. tiene que ver con la supuesta falta de "interés" del señor S. en María. Recordamos que la señora S. dijo que su propio padre se pasaba regularmente las tardes fuera del hogar, lo cual se ofreció como causa de la amnesia que sentía respecto del padre. En la segunda parte, en la misma oración, la señora indica que en vez de no interesarse, ella y el esposo se interesan demasiado y que sus discusiones tiene como objeto a María. En efecto, a medida que avanza la terapia, el énfasis se desplaza hacia la excesiva tendencia del señor S. a regañar a su hija, en vez de hacer caso omiso de ella. Hablando concretamente, se le acusa de ser irrazonablemente estricto con la hija, desde que ésta cumplió once años. No sabemos porqué la señora S. se refiere a este periodo llamándolo "desde un principio"; lo único que sabemos es que la señora S. perdió a su propio padre más o menos a una edad semejante. Es interesante, a este respecto, que la señora S. se quejase de una falta de afecto físico entre el señor S. y María, y que el desarrollo físico de ésta, su transformación en señorita, haya comenzado aproximadamente hacia la misma edad. Aunque el material de sesiones posteriores validará un tanto la suposición de que la señora S. se inclinaba a

confundir su propia identidad con la de su padre y la de María, a la vez, en el extracto anterior la única indicación, en este sentido, la tenemos en su uso de la expresión "el padre", en vez de decir el "padre de María" o "mi esposo". De hecho, en la mayoría de los casos, la señora S. siguió refiriéndose a su esposo llamándolo "el padre".

Naturalmente, si la lógica implícita en la anterior aseveración es correcta, la señora S. podría en verdad sentirse más celosa que protectora de María, aunque sus celos nunca se han verbalizado. Por otra parte, si María es víctima pasiva de la severidad del padre, parece ser extrañamente inconsistente que la señora S. le haya "hecho saber que probablemente no habría ni la mitad de las discusiones, si no fuese por culpa de ella". Esta aseveración descarga la culpa explícitamente sobre María. Si fuese víctima pasiva de la injusta severidad del padre, ¿por qué habría que hacerle saber que era la causa de las discusiones de los padres, especialmente si las discusiones tienen que ver con el carácter estricto del señor S.? Es posible que la lógica extrañamente inconsistente, como de proceso primario, de la implicación de María, esté basada en la transferencia de los sentimientos de la señora S., originalmente dirigidos hacia su propia madre, a la cual se la vio en el papel de una intrigante, aunque esto no haya sido reconocido. Probablemente, el ingrediente oculto de la lógica de la señora S. se base en una memoria reprimida de competencia con su madre, por poseer a su padre pasivo.

La observación real de las interacciones de la familia convencieron cada vez más a los terapeutas de que el señor S. no controlaba tanto a su esposa y a su hija, como era controlado por ellas. Aunque el "mito" representaba al señor S. como padre injustamente punitivo, la verdad parecía ser que, comúnmente, era manipulado por su esposa para que desempeñase dicho papel. Después de esto, cambiando repentinamente, se ponía a atacarlo por ser padre ásperamente "regañón". La inconsistencia de la conducta de la señora S. hacía juego con la buena voluntad paradójica del señor S., para caer una y otra vez en el desempeño de un papel, por el cual no tardaría en ser repudiado de manera igualmente "regañona". Por último, resultaba intrigante que María fuese materia dispuesta para el "juego" de su madre.

Los primeros meses de la terapia familiar revelaron que uno de los "síntomas" principales de la patología familiar consistía en un patrón transaccional triádico, repetido a menudo, en el que participaban los dos padres y por lo común María o, a veces, Paco. El patrón transaccional constaba de cuatro fases:

1. La señora S., mediante añagaza o presión, consigue que el señor S. regañe a María (o a Paco).
2. Una vez que la cólera del señor S. ha alcanzado intensidad suficiente, la señora S. se vuelve contra el señor S. y lo acusa de ser injustificadamente duro.
3. Luego, la señora S. logra dirigir sobre sí misma los regaños paternales del señor S.; se establece entre los dos padres una disputa ruidosa, mientras el hijo va perdiendo relieve.
4. La señora S. repudia la conducta paternal del esposo, poco después de haberla provocado.

En una de las sesiones iniciales se desarrolló un ejemplo típico de este patrón de cuatro fases, teniendo a María como objeto. En la primera fase, la señora S. acusa a María de varias "faltas", especialmente de una conducta deliberadamente embarazosa e irreflexiva con los huéspedes del último fin de semana. Los cinco minutos siguientes de la grabación están llenos de un torrente de aseveraciones benignamente críticas, más bien ineficaces y repetitivas, del señor S. para María. En un determinado momento, le pregunta a ésta por qué tiene que "simular". En este momento comienza la fase dos, cuando la señora S. le da "pie" a María, pronunciando en voz suave y con un tono intrigante: "¿ves?, te lo decía". Instantáneamente, María comienza a llorar. Mientras el señor S. le habla con delicadeza a María y le ofrece un pañuelito de papel, la señora S. la incita a que hable y diga por qué se siente herida, por qué está llorando. María estalla, con gran cólera en su voz, y ataca al padre por haber utilizado la palabra "simular". La fase tres, que se desenvuelve rápidamente, nos muestra a un padre airadamente defensivo, que desplaza la discusión desde María hasta su esposa. El extracto siguiente es característico de dicha fase plenamente desarrollada:

SEÑORA S.: Siempre regañas a la otra persona.

SEÑOR S.: No te estoy regañando a ti, tú siempre... como dije antes, cuando uno expresa algo, tú siempre. . .

SEÑORA S.: ¿No sermoneas a tus hijos?

SEÑOR S.: No sermoneo a mis hijos, trato de corregirlos.

SEÑORA S.: Bueno, ahora si ... llamas corregir ... (ambos hablan al mismo tiempo).

SEÑOR S.: Creo que los estoy corrigiendo. Si creo que están haciendo algo malo y que se les debe castigar porque lo han hecho, entonces creo que los estoy corrigiendo.

SEÑORA S.: ¿Hacen alguna vez bien algo?

Con esta última pregunta comienza la fase cuatro. La señora S. repudia ahora a su esposo por ser un sermoneador irrazonable, irresponsable, apenas unos minutos después de que él comenzase a regañar a María, incitado por ella.

Se desprende de nuestra prolongada observación que al parecer, la cuestión de la "enfermedad" de María ha sido utilizada también conforme a esta sucesión dinámica de cuatro fases. Por lo general, el señor S. propendió a expresar sus dudas de que María estuviese enferma, y la enfermedad de la hija fue utilizada frecuentemente contra él, a manera de "garrote", por su esposa. Por ejemplo, mientras María estuvo en el hospital, la señora S. utilizó la enfermedad de aquélla como pretexto para negarse a mantener relación sexual con el esposo. Casi cualquier manifestación de control o disciplina, de parte del señor S., fue interpretada por su esposa como una falta de consideración con la hija enferma. Otro mecanismo utilizado para la perpetuación del conflicto padre-hija, ha sido el hábito exhibido por la señora S. de discutir planes por separado con María, y hacer que ésta le presente luego al padre situaciones plenamente decididas o arregladas, por ejemplo, la asistencia a una fiesta. La tardía solicitud de permiso ha tendido a producir, de parte del señor S., una actitud inflexible de enojo.

Otro caso de la misma serie esencialmente cuadrifásica, tuvo como protagonista a Paco. Éste y sus padres fueron a un día de campo con otra familia. Paco y otro chico de 16 años rentaron una lancha para remar arroyo arriba. Se les dijo que regresaran a las 5 de la tarde, pero se atrasaron más de media hora. La fase 1 comenzó a desarrollarse cuando el señor S. se cansó de tranquilizar a su esposa, que cada vez se estaba mostrando más histérica, y que pensaba que tal vez los chicos se habían ahogado. Cuando los chicos hicieron acto de presencia, a las 5 y 40 minutos de la tarde, el señor S. cogió a Paco y le empezó a pegar delante de las demás familias, diciéndole que no debía haber preocupado tanto a su madre. La fase 2 se desarrolló inmediatamente, cuando la señora S. comenzó a atacar a su esposo por lo que, en su opinión, era una injustificada dureza con Paco. En la fase 3, los padres en conflicto se desentendieron por completo de Paco y los altercados, que duraron toda una semana, dejaron al señor S. con una etiqueta, recientemente reforzada, de padre brutal e insensible (fase 4).

La sucesión fásica de acting outs nos sugiere una hipótesis dinámica implícita, que habrá de ponerse a prueba en el transcurso de la terapia familiar. La hipótesis se basa en tres supuestos fundamentales: a) la motivación a buscar padre (restaurativa de objeto), dependiente, es uno de los elementos dinámicos principales de los miembros de la familia que presenta acting outs; b) el deseo de ser regañado, es uno de los principales patrones de necesidades o canal para esta dinámica, en esta pareja y c) los miembros que participan en el esquema triádico de acting outs, están motivados (al menos inconscientemente) para aceptar los papeles de "objeto", requeridos por las reglas del patrón o estructura

conductual. Teniendo presentes estas premisas, podemos suponer que una satisfacción tranquilizadora, dependiente, consistente en tener simbólicamente "un padre", se deriva, primero, de asignar el papel de padre implicado a un tercer miembro y, luego, en asumir el papel como objeto de las reprimendas o castigos del "padre" implicado. En otras palabras, una identificación regresivamente deseada con el yo-niño del pasado, se lleva a cabo óptimamente cuando se la vuelve a vivir en oposición a un padre dispuesto a "corregir". La meta inconsciente, hipotética, de poseer un objeto-padre enérgico, largamente deseado, es exactamente lo opuesto del mito familiar declarado. Aunque, ostensiblemente, el mito familiar condena la dureza de las "reprimendas" del padre, la censura paterno-materna es profundamente deseada, como una forma regresiva de relacionarse con el objeto parcial. Al parecer, la señora S. reaccionaba a la disposición del señor S. de regañar a María como si su hija fuese excesivamente mimada, con la misma relación padre-hija que la señora S. había echado de menos desde su infancia. Por consiguiente, para la señora S. el "agarrarse" al papel de objeto regañado equivale a competir con su hija por una satisfacción dependiente. Luego, cuando ella repudia ásperamente al esposo, el señor S., a su vez, obtiene su parte de satisfacción, al ser corregido por haber cometido una falta. De esta manera, también él sale ganando en la competencia con su hija por la atención paternal de la esposa. Finalmente, empujan a --María a desempeñar el papel de tercera parte, implícitamente como árbitro, que es también un papel de objeto paterno-materno sustituto.

La validación clínica de nuestra hipótesis dinámica se hizo posible, a través de la creciente libertad con que la familia repitió los acting outs de patrones patológicos, y a través de los lapsus verbales y otras manifestaciones semejantes de una determinación inconsciente. Frecuentemente, pareció que, en su conducta en el hogar, los miembros de la familia estaban manteniendo una interacción comparativamente "normal", y que sólo adoptaban los papeles de la "trama" de cuatro fases para ayudar a la exploración terapéutica durante las sesiones de terapia. Este patrón es característico de las familias capaces de cambio terapéutico, puesto que la libertad para una exhibición espontánea de la "patología" es un requisito tan importante para la terapia familiar intensiva, como lo es para el psicoanálisis la capacidad de libre asociación. Los lapsus verbales se produjeron comúnmente en estas "reactuaciones", y reflejaron la textura inconsciente, o apenas consciente, de los deseos de los miembros de esta familia de asignarse, unos a otros, las identidades transferenciales.

Consistentemente con el deseo de recuperar sus objetos paternos perdidos los lapsus verbales de los padres frecuentemente asignaron un

papel paternal al otro, como lo ejemplifican los del señor S. (en cursiva), en el siguiente extracto de la primera sesión familiar:

SEÑOR S.: Mi hija, cuando estaba creciendo... quiero decir, es una niña, y hay que tratar a la niña como tal, como he dicho antes. Pero cree que cuando su madre le dice que haga algo que existe un gran... este. .. este ... obstáculo para que lo haga y que no debería hacerlo porque ella... porque se supone que lo tengo que hacer yo, que yo era su padre, que yo tenía que hacerlo, que se suponía que ella no tenía que hacer nada. En otras palabras, cuando no me ponía yo a lavar las ventanas como mi madre ... como mi esposa me lo pedía diciendo, papá... Paco, ¿por qué no lavas las ventanas? Mi hija... si yo le sugería a ella diciéndole "bueno, María, ¿no crees que deberías ayudar a tu madre." Lo que yo creo que era correcto, pues mi esposa realmente trabajaba para ella, para beneficio de su hermano (de María) y para el mío.

Los dos lapsus que aparecen en esta última cita, poseen interesantes propiedades estructurales. En el primero de ellos, el señor S. asigna inconscientemente el papel de madre a su esposa, mientras que en el segundo comete el lapsus que solía cometer su esposa, como si estuviese descubriendo las motivaciones inconscientes de ambos.

Podrían citarse muchos otros, para ejemplificar la tendencia de los padres a apreciarse a sí mismos, en sus fantasías cargadas de deseo, como si fuesen uno el hijo del otro. En una sesión, el padre afirmó que su esposa no quiso llevar a "los dos hijos", es decir él mismo y su hijo, al juego de pelota. En otra sesión, su lapsus consiste en designar a su esposa y a su hija, diciendo que son sus "dos hijas". En otro, el padre regaña a su esposa y a sus dos hijos colectivamente ("ustedes tres"), por no reconocer haber obrado mal: "no pueden acercarse a mí y decirme: «papá, lo he hecho»". Ocasionalmente, la señora S. ha cometido el lapsus de llamar a su esposo "papá" y, casi consistentemente, cada vez que lo menciona lo llama "el" padre.

Hay muchos indicios y testimonios, sutiles a veces, que confirman la suposición de que ser regañado o abofeteado puede significar recibir amor de una figura paternal, simbólicamente recuperada. A este respecto, es interesante comparar las cintas de dos sesiones. La primera contiene una airada disputa entre los dos padres, en lo concerniente a las veces que el señor S. ha abofeteado a María. Al principio, la voz de la señora S. tiene un tono sarcástico cuando desafía al esposo a que confiese: "¿Cuántas veces le has pegado a María?, ¿sólo una vez?" Sin embargo, cuando se escucha con más atención la grabación, se hace patente que a María no le preocupa demasiado el que le hayan dado sus azotes y que el tono de voz de la señora S. parece estar cargado de envidia, tal vez

porque su hija ha recibido lo que, inadvertidamente, ella ha venido deseando desde hace mucho tiempo. La validación real del deseo de la señora S., consistente en ser "castigada", se encuentra en otra sesión familiar, efectuada diecinueve meses más tarde. A estas fechas, la señora S. ha venido pasando por un largo y doloroso proceso de revaloración de sus actitudes respecto a sus imagos paternas. La "maldad" del recuerdo de su padre está a punto de disiparse y la amnesia de su infancia comienza a desaparecer. Se acuerda de la historia de una de sus travesuras infantiles y añade con voz nostálgica: "recuerdo que mi padre me pegó, y fue una sola vez". Este cambio explícito que hace la señora S. en la estimación del valor del carácter "estricto" del padre, constituye un aspecto importante de su cambio terapéutico gradual.

Sin embargo, durante el primer año y medio de terapia, la lucha principal pareció girar en torno a los desesperados intentos, por parte de ambos padres, de asignar papeles de objeto paterno-materno el uno al otro, a María y finalmente, durante la transferencia, a los terapeutas. Los padres hicieron todo lo que pudieron por frustrar la emancipación de María. Ridiculizaron la única amistad que fue capaz de formar con otra paciente de su edad. Sabotearon su regreso a la escuela y si no hubiese sido por la intervención del terapeuta, esta chica inteligentísima podría haber perdido un semestre de trabajo escolar que tan excelentemente había ejecutado.

Durante año y medio fue prácticamente imposible obtener la cooperación de los padres para cualquier discusión significativa de sus propios antecedentes o de sus acciones posesivas, respecto a María. Sin embargo, en algunas ocasiones, la señora S. fue capaz de reconocer su tendencia regresiva a confundir relaciones con identificaciones, en lo concerniente a María.

Tuvo lugar un interesante incidente, durante los meses en que María estaba aún hospitalizada y sólo pasaba los fines de semana en su casa. Ésta se quejó de que, cuando su madre la había enviado a comprar unos pasteles, fue humillada delante de los invitados, por no haber sabido tomar una buena decisión, pues había comprado una cantidad insuficiente. Madre e hija se excitaron muchísimo al discutir este incidente. Inicialmente, la señora S. se defendió, mientras María la acusaba de falta de consideración y trato humillante. Sin embargo, negó la sugerencia de que su madre hubiese tratado de humillarla a propósito. La señora S. comenzó a llorar entonces, y dijo que creía que su hija debía haberse sentido humillada a propósito; expresó recuerdos de su propia infancia, de cómo se esforzaba por agradar a su madre y ésta, a pesar de todos sus esfuerzos, seguía insatisfecha. En este momento, el señor S. y María recordaron juntos varias ocasiones en que la señora S. había criticado

regalos que le había hecho su hija. Sin negar los incidentes, la señora S. conectó su propia conducta hacia María y la actitud de su madre con ella misma.

SEÑORA S.: ... ahora que lo pienso, es precisamente lo que mi madre solía hacerme. .. y... ahora estoy devolviéndole lo mismo [a María], cuando no debería hacerlo...

SEÑOR S.: Es cierto.

SEÑORA S.: Como yo solía hacer las compras para mi madre, era la que casi siempre compraba la carne. Cada vez que se la llevaba, ella decía eso (?), se ponía a oler para ver si estaba fresca o decía, ¿por qué no me conseguiste esto? ... lo mismo ... ahora que lo pienso, la misma situación.

MARÍA: Problemas de los padres.

SEÑORA S.: Me enojaba tanto que eso (?) pensaba que era tan mal agradecida, que encima de írselo a comprar, no hacía más que regañar. Pero nunca se lo reproché; tomé las cosas como venían. Quiero decir, la aceptaba como lo que era. .. me decía, así es ella y qué es lo que se va a hacer. Y lo mismo si se me ocurría comprarle un vestido para regalarle; me decía "bueno, no me queda bien", y "no se ve bien" y "hubiese preferido otro" o algo por el estilo, y ahora que nos hemos estado contando cosas, me doy cuenta de que eso es lo que mi madre me hacía y ahora yo se lo estoy haciendo a ella.

Es por demás evidente que en el pasaje anterior, como en muchas otras ocasiones, las fluidas fronteras del ego de la señora S. se desplazaron una y otra vez desde a) la identificación con María, como su yo infantil, hasta b) ella misma, como extensión de María o c) de su propia madre. La suma total de transferencias, falsas identificaciones, inversiones y fusiones, equivalió a una desindividualización de la familia, con su debilitamiento implícito de las discretas fronteras del ego de todos los miembros. Tal fusión del ego o regresión a una "masa de egos" (Bowen, capa 5), se reflejó en las deformaciones gramaticales del párrafo anterior, cuando la señora S. sustituyó los pronombres personales "ella" y "yo" con el impersonal "eso", como de cosa. Además, el primer "eso" se refiere a sí misma, mientras el segundo se refiere a su madre. El "eso" representa una masa de egos, literalmente fusionada, constituida por la señora S. y su madre.

Este aspecto de la patología de la familia se expresaba también en algunas configuraciones verbales típicas, aparte de los lapsus verbales. Estas deformaciones, inconscientemente determinadas, expresan, como se sabe, motivaciones más profundas que interfieren y alteran percepciones y explicaciones adecuadas de las relaciones aparentemente exentas de conflicto. Por ejemplo, a consecuencia de sus anteriores pérdidas de objeto,

incompletamente resueltas, el pensamiento primario de los diversos miembros puede revelar una fusión imaginaria del Yo con un Otro paterno-materno, una reversión de la diferenciación generacional u otras apreciaciones deformadas de relaciones e identidades. Aunque los lapsus del señor S. implicaron a menudo que aceptaba inconscientemente una posición de padre, frente a su esposa, a su hija frecuentemente le hizo declaraciones como la siguiente: "no soy un padre", "nunca fui un padre". Una arbitrariedad juguetona, pero que provocaba dolor, del diferencial padre-hijo, se nos revela en las siguientes declaraciones desconcertantes, hechas a María: "mientras yo sea tu padre", "supongamos que soy tu padre". Como si el señor S. dudase de concederle a su hija lo que le había sido negado a él: la prolongada posesión de un padre.

Algunos de los lapsus de la señora S. dejan la impresión de una fusión inconsciente, entre las imágenes del Yo y del Otro paterno-materno. Dos de ellas nos sugieren importantes consideraciones en relación con el hecho de que, tanto el señor como la señora S., perdieron a uno de sus padres a temprana edad. En una sesión que data del comienzo del segundo año del tratamiento familiar, la señora S. cometió el lapsus siguiente: "Morí cuando mi ßa ... quiero decir, mi padre murió cuando yo tenía once años de edad." Otro, que implica tal vez la fusión imaginaria de la persona de su esposo con su propio yo fusionado, se produjo al principio del tercer año, momento en el cual la situación terapéutica estaba sufriendo un cambio significativo. Hacia el final del segundo año, la señora S. parecía sentirse menos inclinada a re proyectar sus imagos paternomaternas malas, i.nternalizadas, sobre su esposo. Había caído en depresión y dedicado un esfuerzo considerable a reexplorar sus memorias infantiles olvidadas y sus sentimientos hacia sus padres.

El señor S. se sentía evidentemente muy molesto por el cambio de su esposa, el cual saboteó de muy diversas maneras, a pesar de su espíritu de consciente cooperación. En una sesión regañó a su esposa por criticar a sus padres, diciendo: "Un padre es un padre. Deberías respetarlos, en vez de echarles la culpa." En este momento, la señora S. estalló coléricamente: "¡Oh, Francisco!, ¿qué edad tenías cuando tú moriste... cuando ellos murieron?" Este lapsus no sólo pareció fusionar al señor S. con su padre, sino tal vez también con los aspectos aborrecidos de los propios imagos paternas de la señora S. Además, la fusión entre el propio padre de la señora S. y el padre del señor S. está implícita en la palabra "ellos" de la última oración. La madre de ella y su suegro en realidad murieron años después de que ella y su esposo llegaron a la edad adulta; aunque el padre del señor S. desapareció por las fechas en que murió su madre.

Estos lapsus expresaron una dimensión, no solamente compartida, sino también fundamental, del estancamiento del desarrollo de los dos

padres, como se ve en uno de los sueños de la señora S., mencionado en una sesión que tuvo lugar en el 13avo mes de la terapia familiar. Soñó que su esposo había decidido, finalmente, visitar la tumba de su madre y, en su sueño, la señora S. se sentía muy contenta. Hay que señalar que en esta misma sesión, su esposo fue capaz, por primera vez, de hablar de lo solo y abandonado que se sintió cuando perdió a sus padres. En un momento determinado, hizo la siguiente declaración espontánea: "Tal vez no quise vivir cuando mi madre murió y mi padre se fue." Pareció ser una significativa coincidencia que, a la semana siguiente, el señor S. mencionase por primera vez, con mucha animación y orgullo, un acto de excepcional actividad social de su parte. Contó, con evidente gusto, que había pensado en invitar a un grupo de sus amigos para jugar a las cartas, tomarse unas copas y unas papas fritas.

Es lógico suponer que el sueño de la señora S. tenía mucho más que ver aun con su propio estancamiento o "muerte" psíquica. Se reveló que no había visitado la tumba de su madre. Al parecer, el contenido del sueño no era el único vínculo que conectaba las experiencias de la infancia del señor S. con las de la señora S. Esta última hizo, también espontáneamente, la declaración siguiente, al describir su sueño: "Nunca me sentí tan cerca de mi esposo, como en este sueño."

A medida que la terapia familiar fue avanzando, los padres se convirtieron en los "pacientes" principales. Parecieron estarse desprendiendo de su culpa, a medida que los síntomas psicóticos de María se fueron atenuando y fueron capaces de expresar y actuar sus sueños y deseos durante largo tiempo frustrados, utilizando la seguridad del apoyo profesional. Los terapeutas funcionaron como un escudo contra la destrucción real y por consiguiente, los padres pudieron dirigir sus ávidas demandas, el uno al otro y a María, con creciente libertad. Aun cuando estas demandas infantiles siguieron obligando a María a ocupar una posición de padre, aliándose con los terapeutas pudo soportar la presión mucho más fácilmente. En general, su conducta avanzó desde la impotencia inicial, hasta la movilización de sus defensas en contra de demandas enormes. En esta primera etapa de la terapia, parecía estar huyendo tanto de las demandas de sus padres como de su propio instinto de adolescente, excesivamente estimulado. Aunque no tenemos datos de actos manifiestos de incesto, los comentarios de María en la primera entrevista familiar, en lo tocante a las caricias, los besos en los labios, etc., parecen haber validado la suposición de que estimó que estos actos de sus padres tenían carácter sexual. Más tarde, María relató que había adquirido el hábito de encerrarse en el baño para lavarse y vestirse, a fin de que su madre no pudiese verla. Las demandas dirigidas a María, para que se convirtiese en padre para sus padres, se volvieron más sutiles y enmascaradas,

disfrazadas a menudo de peleas infantiles entre los padres. En otros momentos, se manifestaron en forma de lapsus verbales. Hacia el final del segundo mes de tratamiento, la señora S. inició una sesión dirigiéndose a María con uno de éstos, clásico:

SEÑORA S.: Vamos, María, empieza a dar. ¿De qué tienes que quejarte?

TERAPEUTA: ¿Dijo usted "dar"?

MARÍA: Qué cosas dice, ¿verdad?

SEÑORA S.: ¿Me decía?

TERAPEUTA: ¿Dijo usted: vamos, María, empieza a dar?

SEÑORA S.: No, ¿eso dije? ¿Qué dije?

TERAPEUTA: Dar.

SEÑORA S.: ¿Dije: vamos, María, comienza a dar? Vamos, debo estar diciendo cosas que no sabía que estaba diciendo.

SEÑOR S.: Es muy posible.

SEÑORA S.: Dije: vamos, María, comienza a hablar.

Los diez minutos siguientes de cinta grabada contienen una discusión entre el señor S. y su hija. Él afirma que no le ha pegada a ella más de cinco veces en toda su vida, y sobre todo lo ha hecho por "respondeo y faltar al respeto a tu madre y a mí". Sin embargo, María alega que una vez le pegó tan solo por haber estado hablando con su madre acerca de él, que se encontraba entonces en la entrada. Cuando mengua el calor de la disputa, salen a la superficie la lógica del señor S. y sus profundas necesidades de búsqueda de padre

"Lo único que puedo recordar, como dije, es que sólo cinco veces te he pegado y lo que debería haber hecho es haberte dado más nalgadas. Tal vez no habrías sido tan mala como eres, de diferentes maneras. María, tú no creas que te hayan tratado inal, como dices que te han tratado. Después de todo, no piensas continuamente eso, como lo haces al decir que tienes problemas con la familia. No dirás lo que son los problemas de la familia. No creo que te importe nada de lo que tu madre y yo hacemos. Eso queda entre nosotros dos."

Las últimas dos oraciones implican acusaciones hondamente sentidas, de parte de ambos padres; al no importarles, María se convierte en chivo expiatorio de las privaciones de la infancia de ellos. Se ve que su padre, quien perdió a sus progenitores antes de los diez años, está luchando con las sombras de su propio pasado, privado de amor paterno: ¿Cómo puede un padre, o una madre dar más de lo que recibieron de sus propios padres? Este es uno de los conflictos claves del crecimiento y desarrollo, de más de una familia.

Unos cuantos momentos más tarde, en la misma sesión, las necesidades inconscientes del señor S. se manifiestan en forma de dos lapsus verbales

"Bueno. Ahora, déjenme contestar ... déjenme hacer esta pregunta. ¿Qué es lo que pasa cuando el hijo está delante de las visitas y empieza a hablar descaradamente? ¿Qué es lo que tiene que hacer un padre entonces? ¿Cómo puede corregir al hijo, cuando éste está tratando de corregir al padre... tratando de ponerlo en vergüenza delante de las visitas?"

A medida que la discusión se va convirtiendo en pelea, entre el señor S. y su esposa, el primero, airadamente defensivo, revela algunos elementos de insight:

"¿Por qué deberían sentir los niños? Bueno, hemos hecho algo malo y sin embargo, al padre lo están ridiculizando y castigando por algo que nosotros hicimos. ¿Por qué él... sería... bueno, por qué no debería haber esta confusión todo el tiempo, entre padre e hijo?"

Estos lapsus sugieren una inversión emocional inconsciente del señor S., en un cambio fantaseado de la diferenciación de papeles padre-hijo. Los extractos antes citados ejemplifican también la colusividad entre las motivaciones profundas de los dos padres, revelada asimismo por sus lapsus. Además, la cinta está llena de ejemplos de "doble-ligadura", de parte de los padres, y su interferencia de las declaraciones de María. La presa que los padres hacen de María, equivale a una apretada inseparabilidad simbiótica. Tal vez sea mejor empleo de esta inseparabilidad una declaración espontánea que hizo el padre en una sesión familiar: "¿Por qué creen ustedes, doctores, que yo no quiero que mis hijos crezcan? Si uno tiene un árbol, ¿no es un estúpido no desear que crezca?" (cita más o menos fiel). La metáfora del árbol puede simbolizar una clase de crecimiento que no altera el estado de cautiverio de una persona; es decir, un árbol puede crecer, pero nunca irse.

Frente a la patente posesividad de los padres, nos dio mucho gusto ver que María se transformaba de adolescente psicótica en adolescente rebelde. Aunque pasó por la etapa común de una estrecha amistad adolescente con una compañera, es discutible que haya formado jamás relaciones con iguales, aunque fuesen ligeramente significativas. Al parecer, buscó amistades principalmente para agravar el celoso apego de los padres. Se observó que tendía a utilizar las relaciones terapéuticas para obtener ventajas semejantes.

La relación de María con su padre pareció fluctuar entre largos periodos de discusiones y fases más breves de afectuosa intimidad. Compartían un interés vivo en algunos deportes y programas de televisión. Sin embargo, al parecer, la señora S. interpretaba cualquier intimidad emocional entre María y su padre como una relación peligrosamente hostil, e intervenía inmediatamente con lo que conscientemente creía que era una intención protectora.

Hacia el 16avo mes se produjo un gran cambio en la dinámica de todo el proceso de tratamiento de la familia; en esta fecha se cambió el diseño terapéutico, al terminar las sesiones de terapia individual. Hubo múltiples razones que llevaron a tomar esta importante decisión. Era evidente que la terapia individual había agotado su potencial de "fortalecimiento de María", para su participación en el proceso familiar. El simple hecho del continuo calificar de "paciente" a María, habría ayudado a la defensa de la familia contra el cambio. Se fue haciendo cada vez más claro que los demás miembros de la familia estaban encubiertamente "presentes" en las entrevistas individuales de la joven. El grado de fusión entre las personalidades de ésta y la señora S., hizo impropio tratar las motivaciones de la primera, como si pudiesen separarse de las ventajas neuróticas de su madre. Además, al terapeuta se le estaba manipulando constantemente en torno a los límites de su entrega a una confidencialidad basada en el individuo, mientras María podía utilizar las entrevistas, tanto para influir en la interacción familiar, como para hacer resistencia a la exploración de problemas familiares durante las sesiones de terapia familiar. Así también, los padres comenzaron a utilizar el enfoque terapéutico dual, tratando de dividir al equipo terapéutico y dar origen a una competencia entre sus miembros. Éstos comenzaron a darse cuenta de la necesidad de reforzar su trabajo de equipo, aumentando la concentración de la atención en las interacciones familiares y eliminando la influencia divisoria de la psicoterapia individual y su carácter confidencial.

El rechazo en la relación de terapia individual, tal vez haya provocado en María un agudo sentimiento de pérdida, al que luego trató de hacer frente con acting outs; comenzó a comportarse de manera patentemente extravagante y enfermiza. Empezaron a efectuar llamadas telefónicas al consultorio de su terapeuta, y aun al domicilio particular de éste, a menudo durante la noche. Llamaron los servicios de emergencia de algunos hospitales, y se puso de manifiesto que la familia estaba jugando con el "peligro" de que María fuese internada en la sala de admisión de un hospital estatal. Sin embargo, los terapeutas se mantuvieron firmes en su negativa a readmitir a María en la sala del programa o a tratar el problema fuera de las sesiones de terapia familiar. La familia respondió primero negándose de nuevo a llevar a Paco a las sesiones y, finalmente, interrumpiendo el tratamiento durante varias semanas. A pesar de la falta de cooperación de la familia, los terapeutas no suspendieron la terapia; pensaron que la familia regresaría con mejores motivaciones para cambiar y al cabo de unas semanas así lo hizo.

Poco después de la reanudación de las sesiones familiares, María desapareció. Más tarde, la familia descubrió que se había ido a Nueva

York y estaba viviendo con una familia que no conocían. Durante las tres semanas de su ausencia, la familia efectuó cambios significativos. Prosiguieron las sesiones de terapia familiar y la señora S., que estaba padeciendo ahora a causa de un agudo sentimiento de pérdida, se permitió expresar sus sentimientos de manera más franca que nunca. Rechazó el consuelo que le ofrecía la intimidad afectiva con el señor S. y Paco. A manera de respuesta a esta negativa, en una de las rarísimas ocasiones en que expusieron directamente sus sentimientos, Paco le dijo a su madre: "Estás haciendo de María una santa." Era evidente que la señora S. estaba luchando con su ambivalencia respecto a un valioso objeto perdido, que muy probablemente era su madre introyectada en fusión con María. En una sesión, que tuvo lugar una semana después de la huída de su hija, la señora S. declaró: "Cuando se fue el viernes por la noche, dije que ojalá estuviese muerta, porque entonces al menos mis penas habrían terminado."

Más tarde, después de su regreso, María confesó que a pesar de todos sus intentos ostensibles de hacer creer que su huída era definitiva, constantemente estaba deseando que sus padres la buscasen y la obligasen a regresar. No obstante, el periodo de esta separación física señaló el comienzo de un proceso de reordenamiento en la red de relaciones de la familia. Los estrechos lazos simbióticos se aflojaron algo, tal vez porque la familia había sobrevivido a su más penosa separación hasta entonces.

Hacia estas fechas, algunos de los patrones que habían caracterizado las sesiones familiares durante más de veinte meses, desaparecieron irreversiblemente. María pasó de ser una adolescente provocativa, rebelde y algo exhibicionista, a comportarse como una chica reticente, algo amansa-la, que esperaba que sus padres le permitieran y se sintiesen retribuidos por su crecimiento. Se interesó en terminar la secundaria y esperó que sus padres la ayudaran a hacer planes para el futuro. El cambio más significativo se produjo en la conducta de la señora S. Al parecer, perdió su motivación para mantener el patrón de reproches constante entre ella y su esposo. Hasta cuando él trató de inducirla a disputar y pelear, ella propendió a negarse. En vez de eso, la señora S. estaba atravesando por un periodo de depresión y reexamen de sus relaciones internas, principalmente en lo relativo a su madre. Sus deseos inconscientes de fusión con la madre, previamente revelados, deben haber perdido su utilidad defensiva. Pareció haber adquirido una identidad nueva, más autónoma: la de un yo-niño triste, abandonado. Y lo que es más importante, dejó de implicar a su esposo, proyectivamente, en lo que ahora comenzó a calificar de "faltas" de sus padres. En una sesión del 26avo mes de tratamiento, se observó un ejemplo de una lucha nueva

y de carácter reversivo, entre una señora S., entregada ahora a examinar sus sentimientos acerca de sus padres, y un señor S. que se esforzaba por convertirse de nuevo en el villano dispuesto para las proyecciones largo tiempo aborrecidas de la señora S.

SEÑORA S.: Ahora me doy cuenta... de que mis padres no fueron malos, pero ellos también... este. . . tampoco supieron ser padres. Lo que hicieron, lo hicieron como mejor supieron y ahora que lo pienso me pregunto cómo.. . todos crecimos como lo hicimos.. .

SEÑOR S.: No tienes que explicármelo a mí... (suavemente) no puedo cambiarlo.

SEÑORA S.: No puedes cambiarlo, Francisco... tuve buenos padres, pero no fueron realmente padres, como éstos deben de ser.

SEÑOR, S.: Entonces, ¿cómo crees tú que deben ser los padres?

SEÑORA S.: Deben preocuparse por lo que hacen los hijos o adónde van y enseñarles a distinguir entre el bien y el mal. ..

SEÑOR S.: Bueno, creo que es lo que yo he estado tratando de hacer con mis hijos.

SEÑORA S.: Sí, lo has hecho. No digo que no.

SEÑOR S.: ¿Cómo es que nunca lo reconociste?

SEÑORA S.: Por la manera en que me criaron. . . creía que era la manera correcta. Ten fe y confianza en tus hijos, déjalos hacer... no... este... en otras palabras, no te preocupes por saber adónde van, qué hacen, ni les prohíbas hacer esto o aquello, o que esto está mal o esto está bien. Uno siente que si se tiene fe suficiente, se confía en que harán lo correcto; pero no es así.

SEÑOR S.: No se le prohíbe a nadie... no se le prohíbe a nadie hacer nada... tienen que usar su sentido común, como crean que deben hacerlo.

SEÑORA S. ¿Ves?, haces lo mismo que mi padre y mi madre. SEÑOR S. No hago lo mismo que ellos.

En este último extracto, la señora S. parece haber renunciado completamente al mito original. Más bien, ahora parece estar acusando a sus padres y sentirse culpable después por los hijos a causa de su actitud maternal previa tolerante. Además, cuando al final del extracto el señor S. intenta desempeñar el papel (¿o caricatura?) del padre tolerante o liberal, la señora S. lo ataca airadamente; esta vez no por ser severo, sino al contrario, por predicar un *laissez-faire*, la actitud precisamente que ha atribuido a sus padres. Sería interesante comprender las razones por las que el señor S. ha invertido también su posición. Previamente, solía repetir una y otra vez: "Creo que se debe corregir a los niños." Al parecer, las ventajas que reporta mantener el "sistema" de perpetuas disputas con la esposa son más valiosas para él, que el sostenimiento de su tan mencionada actitud estricta. Puede suponerse que, aunque las

necesidades de dependencia del señor S. encuentran satisfacción a través de la "corrección" implícita en el patrón de las constantes disputas, la señora S. parece estar cada vez menos dispuesta a meterse en estas batallas verbales, anteriormente constantes.

En una reunión familiar reciente, el relato de una de sus pesadillas ejemplifica los importantes cambios internos producidos en la orientación relacional de la señora S. Soñaba con su madre, que se lamentaba incesantemente, con "una voz horrible, como de hombre". Después de despertar, la señora S. siguió oyendo estos lamentos provocadores de culpa y tuvo que decirse a sí misma varias veces que no podía estar oyendo realmente la voz de su madre, puesto que hacía varios años que había muerto. La señora S. se acordó de lo que la solían afectar los lamentos de su madre, mientras cuidaba a ésta en su lecho de enferma, en el último año de su vida. Al describir estos recuerdos, la actitud de la señora S. hacia su madre se transformó, desde ser un objeto perseguido, cargado de culpas y a la defensiva, hasta convertirse en un sujeto libremente crítico, capaz de hacer valer sus derechos. Dijo que su madre tenía el hábito de dejar en las personas la impresión de un sufrimiento mayor que el que probablemente estaba experimentando. En cambio, la señora S. no lo hacía; ni siquiera se quejó mientras estaba dando a luz. Poco a poco, llegó a la conclusión de que la madre solía controlarla a través de sentimientos de culpa. Aparentemente, ayudada por su confianza en los terapeutas, la señora logró transformar su relación pasiva con los imagos que la perseguían, en relación activa.

Podemos detenernos ahora un momento, a evaluar algunas implicaciones prácticas del método de la terapia familiar conjunta y a especular un poco acerca del mismo. Podemos preguntarnos primero, si la señora S., sometida a terapia individual, hubiera sido capaz o no de mantener su motivación durante un espacio de tiempo suficiente, para que se produjese el cambio. Según la impresión clínica inicial de siete terapeutas individuales experimentados, esta expectativa no parecía ser realista, sobre todo porque la razón patente que dio para aceptar la terapia fue la de ayudar exclusivamente a su hija enferma. Además, podemos preguntarnos lo que le habría ocurrido a la relación matrimonial, si el cambio de la señora S. se hubiese producido en el transcurso de la terapia individual. Evidentemente, ha retirado su inversión emocional de algunos de sus antiguos patrones neuróticos de relación y ha luchado con la dolorosa frustración concomitante. ¿Qué es lo que le permitió al señor S. ajustarse a los cambios fundamentales, que se estaban produciendo en la relación matrimonial? Los propios terapeutas se han visto utilizados, tanto por el señor como por la señora S., como objetos paterno-maternos de transferencia y recompensas del cambio intentado. Más recientemente, el

señor S. también ha sido capaz de hablar acerca de sus necesidades de transferencia, al menos en forma de una negativa: "Recordaré estas sesiones. pero usted doctor X no será mi padre ni usted doctor Y será mi hermano." Por lo que puede verse, el avance de un, cónyuge hacia una mejor definición de sí mismo, como persona autónoma, ha llevado al otro a utilizar, aunque sea ambivalentemente, las oportunidades terapéuticas a su alcance.

Aunque los miembros de la familia distan mucho de haber alcanzado el límite de su potencial de crecimiento e individualización, sin duda alguna han cambiado. Para expresarlo en términos convencionales, basados en el individuo, diremos que han tenido lugar los cambios siguientes: la señora S. ha renunciado a la mayor parte de sus intrigas para enfrentar al esposo con la hija, y ha desarrollado una capacidad de introspección. El señor S. se ha vuelto más independiente y seguro en sus decisiones. Al parecer, también ha intensificado sus actividades sociales. Durante la terapia, es capaz ahora de prestar atención y reflexionar sobre las interpretaciones. María ha dejado de presentar acting outs a la desesperada; ha terminado la secundaria y no ha manifestado ninguna señal verdadera de trastorno psicótico, durante más de dos años. Paco parece haber obtenido un mayor sentimiento de seguridad y es capaz de hacer valer más su opinión, cosa que parece estar dispuesto a llevar a cabo.

Interpretación

El proceso total de la terapia familiar tiene que comprenderse en sus interrelaciones complejas, sin exceptuar las interacciones que se producen entre la familia y los terapeutas, y entre éstos últimos. En la exposición y los extractos anteriores del tratamiento de la familia S., se hizo hincapié en el sistema patológico multipersonal de la familia. Tal concepto de sistema de la dinámica familiar, sin duda alguna es la aportación más característica del enfoque de la terapia familiar conjunta. Sin embargo, no podemos subestimar la amplia utilización que hicieron los terapeutas de su experiencia en materia de psicoterapia individual y fenómenos afines, para el desarrollo de la transferencia paciente-terapeuta. Por último, las implicaciones dinámicas más profundas de la relación intraequipo son quizá las que resulten más difíciles de comprender, a causa del delicado equilibrio que tienen que mantener los dos terapeutas, entre sus relaciones personales y profesionales, por una parte, y sus propias experiencias familiares, por otra.

La "patología" de la familia puede describirse de manera idónea, en función de los conceptos de individuo y sistema familiar. Un sistema es

un conjunto de procesos regulados dinámicamente, distinguible en función de sus propiedades estructurales y homeostáticas. Es verdad aceptada que la sede final de la experiencia psíquica es el individuo que siente y aprecia, la persona, y también que, para algunos fines, podemos considerar las motivaciones y las acciones de una persona como un universo contenido y encerrado en sí mismo. Pero no puede discutirse que gran parte de lo que hacemos está regulado por la retroalimentación, que se establece entre nuestras acciones y nuestras propias reacciones, ante los efectos de las primeras. Existe un importante sistema de retroalimentación motivacional entre el yo y sus introyecciones. Sin embargo, otro sector de nuestras motivaciones y acciones se modela, conforme a los efectos de retroalimentación de todas las motivaciones y reacciones experienciales de otros significativos. Naturalmente, tales patrones de sistema multipersonal abarcan aquellos aspectos no individualizados de nuestra vida. Como hemos visto, algunas motivaciones son compartidas sustitutivamente por los diversos miembros, como partes de un sistema patológico entero, como ocurre, por ejemplo, en el caso del aplazamiento del duelo por la pérdida de objetos del pasado. Estas facetas amorfas, no individualizadas, de la constitución psíquica de una persona, representan una fuente, cada vez más reconocida, de lo que en el marco individual ha sido tradicionalmente calificado de psicopatología o enfermedad.

Es importante advertir que es el estado de indiferenciación mismo, y no una determinada fantasía compartida o "folie a deux", lo que constituye la esencia de la patología de un sistema familiar. La indiferencia ¹ relativa al sentimiento de identidad y a las actitudes del papel de los miembros, es una propiedad dinámica del sistema estructural, mantenida por la economía de las necesidades fijadas de los participantes

(véase la conceptualización dialéctica pertinente a esto, en el cap. 2). La ambigüedad del diferencial padre-hijo, o de dependencia, es un ejemplo importante de estos aspectos estructurales de la patología del sistema motivacional-experiencial. En el caso de la familia S., la exposición inicial del mito familiar, realizada por la señora S., nos ofrece un buen ejemplo de las múltiples capas de diferenciales de dependencia conflictivas que existen en un sistema familiar. En un nivel, la señora S. se identifica con las necesidades dependientes de María, respecto a un padre (tal vez para la satisfacción sustitutiva de sus propias necesidades). Sin embargo, en otro nivel, la señora S. parece estar acusando a María, cuando declara que ella y su esposo han considerado necesario señalarle a ésta que sus disputas eran "a causa de ella", con lo cual implica que María tiene el poder y la responsabilidad necesarias para regular la felicidad y satisfacción de los padres. En este nivel, que desde el punto de vista motivacional es fundamental y relevante, el diferencial padre-hijo está

implícitamente al revés: los padres se convierten en los hijos. La estructuración simultáneamente contradictoria de los patrones relacionales, equivale a una cancelación de la frontera padre-hijo.

A fin de comprender el sistema patológico familiar, tenemos que recordar los conceptos dialécticos concernientes al papel que desempeñan las relaciones, como contextos para el sentimiento de identidad del individuo (véase cap. 2). Desde un punto de vista dinámico, los sistemas familiares se basan primordialmente en estructuras existenciales y experienciales profundas, y sólo secundariamente en transacciones comunicacionales y observables, en general. El sistema de la familia valida la identidad de un miembro solamente si éste puede experimentar al otro, o a los demás miembros, como un fondo antitético adecuado a su propio patrón de necesidades relacionales. En una relación recíproca (madura) que funcione bien, el espectro de las complementaciones de papeles, que constantemente se van alternando, es amplio y ajustable a las necesidades del crecimiento relacional. Por ejemplo, en un matrimonio, uno puede ser padre para el cónyuge en un determinado momento e hijo el momento siguiente. Por otra parte, en una relación "patológica", los miembros tienen que repelerse continuamente unos a otros, a consecuencia de las configuraciones de sus necesidades fijadas y mutuamente no complementarias.

La pérdida a temprana edad de uno o los dos padres, ha creado en el señor y en la señora S. actitudes fijadas de dependencia que han durado toda su vida. Podemos establecer hipotéticamente que cuando una persona pierde a los padres prematuramente, como componentes del fondo en que se va delineando la identidad del niño, un anhelo fijado e "infinito" de poder confiar se convierte en rasgo permanente de su carácter. La tendencia natural, observada en todos los padres, a convertir en "padres" a sus propios hijos, aumentará en un progenitor que haya adoptado durante toda su vida tal actitud de dependencia; el niño se verá atrapado entre las dos definiciones o demandas de papel contradictorias: la de ser hijo y la de ser padre (véase también Schmindeberg, 1948).

No obstante, de acuerdo con lo que creen muchos terapeutas familiares, estoy convencido de que las relaciones no mutuas y no complementarias se suman individualmente a los sistemas mantenidos homeostáticamente. El hecho de que tales sistemas no puedan progresar mediante cambios que se efectúen solamente en un participante, es uno de los fundamentos teóricos principales de la terapia familiar conjunta. El terapeuta individual tropieza con la desventaja de no poder distinguir entre un cambio intrapsíquico definitivo y un cambio relacional, consistente en la adopción por parte del paciente, de otro papel relacional fijado.

Ryckoff, Day y Wynne (1959) han descrito, por ejemplo, el estereotipo rígido del sistema de papeles fijado de la familia esquizofrenogénica. Han descubierto cómo otros miembros efectúan cambios de papeles alternantes y correspondientes, cuando un miembro pasa a desempeñar un papel que previamente había ejecutado otro. Mientras haya quien desempeñe cada uno de los papeles componentes, el sistema no cambiará; aun en el caso de que cada uno de los miembros cambie individualmente. En resumen, según nuestro punto de vista, no puede producirse ningún cambio verdadero de papel o transformación definitiva, en un solo miembro de la familia, si no se produce un cambio correspondiente en el sistema.

En contraste con el quedar expuesto al desempeño ambiguo y simultáneo de dos papeles contradictorios, lo que puede ocurrir es que las fronteras de una persona se confundan, por no estar clara y significativamente establecidas por otros. Por ejemplo, en la sucesión del acting out, en cuatro fases de la familia S., María queda expuesta primero a las demandas simultáneas de que sea un individuo crecido que "no simule", por una parte, y de que sea un niño que necesite protección contra su padre, por otra. Sin embargo, subsecuentemente se pierde el interés en la hija y los padres comienzan a librar su propia batalla, en la que cada uno de ellos trata de convertir al otro en padre. A partir de este momento, el papel desempeñado por María en la familia queda completamente indefinido. Ni siquiera se la usa como meta de las necesidades de dependencia transferidas, y mucho menos se le permite satisfacer sus propias necesidades de dependencia. Es concebible que este patrón, de estimulación excesiva y subsiguiente retiro de la relación, pueda haber contribuido a causar el de conducta autodestructiva de María.

En el transcurso de la terapia familiar, lo que principalmente se explora son las implicaciones relacionales, más que las caracterológicas, de la relación de un miembro con sus propias introyecciones. Por ejemplo, cuando la señora S. habló de algunos recuerdos o sueños acerca de sus padres, se hicieron esfuerzos por conectar sus actitudes intrapsíquicas implícitas, con las tendencias hacia la deformación, observables en sus relaciones actuales con los miembros de su familia y con los terapeutas. En la psicoterapia individual o de grupo, el terapeuta tiene que valerse de los informes del paciente acerca de sus relaciones con otros significativos; sin embargo, el terapeuta familiar puede observar realmente la manera como el insight, alcanzado gracias a la exploración intrapsíquica o a los estallidos catárticos, afecta realmente las relaciones actuales importantes.

El conflicto entre miembros, basado en sus necesidades relacionales inconscientes y tenuemente conscientes, dio como resultado una prolongada situación de "guerra fría". Una "guerra caliente", no moderada,

podría haber estallado y haberse manifestado en forma de violencia física; pero no ocurrió tal cosa. Sin embargo, a veces, una lucha franca de necesidades ha surgido y convertido en el tema de disputas verbales, a propósito de los derechos de uno u otro progenitor a ser objeto de cuidados y atenciones por parte del otro, como en el caso del señor y de la señora S., en una sesión de terapia familiar que tuvo lugar al noveno mes de tratamiento. El siguiente altercado catártico, conmovedor, tiene que haber alterado las orientaciones relacionales de la señora S. de manera profunda y probablemente irreversible.

SEÑORA S.: Dijiste algo muy importante ... que he tenido en la cabeza desde que me casé contigo. Siempre pensaste que yo tuve una infancia maravillosa. Yo tuve padres; pero solamente hasta los trece años. Él no. Él llevó una vida difícil. De manera que ahora que nos hemos casado, considera que tengo que darle todo a él, porque nunca tuvo nada. Lo tengo que colmar de todo, como lo hago; trato de hacerlo feliz. Trato de darle mucho afecto y demostrarle que lo quiero. Pero, ¿que pasa con mi propia sed de cariño.' (grita) también yo tengo sed.

SEÑOR S.: Tú no tienes sed.

SEÑORA S.: Sí, sí tengo.

SEÑOR S.: No tienes. No tienes sed.

SEÑORA S.: (Desesperadamente) No ... no ... ¡ No tengo sed de cariño! No necesito ningún amor ni afecto de tí . . .

SEÑOR S.: No lo necesitas. No puedes obtenerlo.

SEÑORA S.: No piensas en mí para nada.

La batalla declarada hace que los miembros estén a punto de expresar sus necesidades más profundas. La señora S. es un niño pequeño, hambriento, que está llorando; y el señor S, el otro niño hambriento, le dice: no hay leche. Incluso le niega el derecho a sus sentimientos, ("no tienes sed"). Tal vez está expresando la dura inflexibilidad de la suerte del niño abandonado: no hay esperanza, muérete de hambre. Después de todo, había perdido a sus padres antes de los diez años y nadie prestó oídos a su llanto de hambre. Así pues, finalmente, el intenso conflicto matrimonial, hondamente enterrado, podía aparecer claramente detrás de la máscara de los complejos conflictos padre-hijo-padre.

En sus frenéticos esfuerzos por lidiar con el dolor de la pérdida de objeto a temprana edad, no compensada estructuralmente, los miembros de la familia tienden a utilizar algunas medidas de defensa, en grado "patológico". Estos esfuerzos defensivos pueden clasificarse en términos de los seis modos relacionales, descritos en la figura 1 del capítulo 2.

a) Frontera intrasujeto. Uno puede crear dentro de sí mismo la ilusión de que su yo está dividido interiormente, por una frontera intra

sujeto, en dos entidades, sin una consecutiva dicotomía Yo-Otra. Esta maniobra intrapsíquica puede manifestarse como un pseudo diálogo narcisista, ejemplificado por el acostumbrado preámbulo del señor S., quien iniciaba todo lo que decía con un "como dije antes". Es como si tratase de validar su propia veracidad, utilizando a otros tan solo como auditorio para su soliloquio. Las ilusiones e ideas hipocondriacas expresan una cuasirelación entre la mente y el cuerpo. Presumimos también que, sometido a tensión, el organismo "responde" con un "acatamiento" psicosomático a los conflictos simbólicos que se libran dentro de su "mente".

b) Relacionalidad interna. La confianza en una relacionalidad puramente interna entre el yo y las introyecciones, se manifiesta en alucinaciones o en sueños persistentes; por ejemplo, cuando el sueño de la señora S. acerca de su madre se hizo tan real, que tuvo que recordarse el hecho de que su madre había muerto. Las depresiones o los sentimientos intensos de culpa en general, representan una relacionalidad interna entre el yo y el superego. Además, la relacionalidad interna constituye la estructura de las fantasías de masturbación.

La relacionalidad interna puede entrometerse en situaciones externas, aparentemente no conectadas, y producir efectos engañosos. Las actitudes relacionales reales y las transferidas pueden sobreponerse unas en otras, de manera compleja. Lo que parece ser una verdadera retroalimentación entre dos socios, puede estar programado realmente por sus acontecimientos relacionales internos. Muchos matrimonios son experiencias vividas, en lo esencial, entre cada cónyuge y sus introyecciones respectivas. La conducta de acting out de dos miembros puede estar efectivamente apoyada o mantenida por las necesidades relacionales de un tercer miembro, en lo tocante a sus introyecciones. Por ejemplo, se ha visto a una madre estimular inconscientemente el mantenimiento de una relación incestuosa entre su esposo y la hija, sin "haber pensado" en ello. Es posible que el deseo de poseer dos padres reales, de parte de la madre, se cumpla simbólicamente al "casar" al esposo y a la hija, que representan a sus padres de transferencia.

c) Fusión. Otro método para tratar una profunda necesidad de objeto, consiste en una fusión imaginaria con el objeto satisfactor deseado (progenitor). Esta técnica se refleja en los lapsus verbales; por ejemplo, en aquél en el que la señora S. se ve como a su propia madre muerta. Los señores S. cometieron muchos lapsus en los que se equipararon, tanto el uno como el otro, con María, a quien frecuentemente colocaron en el papel del progenitor deseado para sí mismos. Las expectativas de fusión profundamente arraigadas, inconscientes, anhelantes, pueden constituir el fundamento dinámico de la participación sustitutiva de un miembro en el acting out de un impulso inconscientemente com-

partido de otro. Una indiferenciación, como de fusión, caracteriza la fase temprana pre-relación-objetal, del desarrollo del ego. Manifestaciones parciales de tal fusión sobreviven en las tendencias a la proyección o a la introyección de los adultos, especialmente en estados psicóticos. La fusión se describe comúnmente dentro de un marco relacional diádico. Sin embargo, tenemos que comprender los aspectos de fusión de todo un sistema familiar, sobre todo en la familia amorfamente simbiótica. A menudo, un miembro no puede actuar recíprocamente con otro sin fusionarse imaginariamente con uno o varios otros. La señora S., como muchas otras madres, ha mostrado tendencia a fusionarse a sí misma y a sus hijos en un "nosotros", al discutir con su esposo. En las batallas que libra un matrimonio, a menudo se puede apreciar la presencia de dos familias contendientes.

d) Ser el objeto. Lo que en el capítulo dos describimos con la frase "ser el objeto", está representado vívidamente en la "patología" de la familia S. El concepto es diferente de una simple reenumeración de la pasividad de la neurosis de transferencia. Aunque la satisfacción esperada es de naturaleza dependiente y pasiva, el acto que consiste en asignarle a alguien un papel de transferencia se basa en una elección activa, aunque parcialmente inconsciente. En este sentido, quien asigna un papel de progenitor transferido a otro miembro de la familia, asume una posición activa; y aquel que está dispuesto a desempeñar el papel asignado, acepta ser el objeto. Por ejemplo, el acting out en cuatro fases, de la familia S., no sería posible si el señor S. no hubiese estado dispuesto a desempeñar el papel asignado de padre regañón en oposición a su esposa. Su aceptación del papel asignado de objeto, se muestra también en forma de lapsus verbales, por ejemplo, ". . . mi esposa me dice, papá ... Francisco . . .". Para ser el objeto, es esencial también en la "progenitorización" de los hijos, que éstos acepten el papel que les han asignado, de ser copia de sus abuelos. Podemos advertir el deseo de tal transferencia, en el lapsus del señor S.: ". . . cuando el hijo corrige avergüenza al padre . . .". Inconscientemente, el padre espera ser corregido por el hijo (como si éste fuera padre).

El ser objeto es una posición relacional que puede ocuparse en referencia a un sistema familiar multipersonal, y no a individuos aislados únicamente. El aborrecimiento interior de la soledad, de la pérdida de objeto o de la carencia de delineamiento dialéctico del yo (cap. 2), llevan a uno a acatar las demandas de papel de un sistema familiar "patológico", aun cuando haya pocas probabilidades de que se establezca un diálogo de toma y daca recíproco. La existencia y perpetuación de un mito familiar compartido, constituye la prueba de la compulsión que sienten los miembros a aceptar determinadas asignaciones de papel de objeto, a fin de mantener y, al mismo tiempo, disfrazar los sentimientos dinámicos familiares más profundos. Un ejemplo de este tipo de acatamiento o colaboración nos lo proporciona la participación de María en los patrones de acting out en cuatro fases, donde la vemos comportarse de acuerdo con las expectativas de la señora S.

María produce primero una conducta que provoca una reprimenda en su padre; luego, después de recibir el mensaje adecuado, pasa a desempeñar el papel del hijo indefenso, injustamente herido, que ansia recibir la protección de la madre, y después, tan pronto como los dos padres reanudan sus peleas habituales, está lista para abandonar la escena. En muchas familias el papel de "paciente" es aceptado por el miembro designado como un papel de objeto. El acto de designación puede cobrar la forma de doble ligadura, conversión en chivo expiatorio, etcétera (véase, en relación con esto, Spiegel, 1957).

e) Ser un sujeto. Si consideramos el aspecto pasivo de ser un objeto cautivo, frente a una figura de progenitor introyectada, acusatoria y paralizadora, es fácil advertir la ventaja de ser un sujeto que asigna un papel paterno-materno de transferencia, a otra persona. Sin embargo, a pesar de su componente activo, las asignaciones de papel transferidas, por lo común, no dan comienzo a un diálogo recíproco entre papeles, a causa de su fuerte componente interior (narcisista). La interacción consecuente, generalmente sólo puede efectuarse en una dirección: se espera del Otro que personifique, por ejemplo, a un progenitor regañón.

Como describimos anteriormente, la asignación del papel paternomaterno puede llevarse a cabo a través de una conducta de papel "negativa" o "pasiva-agresiva", que provoca la reprimenda. Tenemos un ejemplo de asignación de papel de objeto exitosa, en lo que llamamos "ganancia secundaria" neurótica. Ganancia secundaria es una expresión que denota los aspectos satisfactorios de dependencia de una situación relacional, que se desprenden del hecho de que uno está enfermo. Un papel de apoyo y consideración, implícitamente paternalista, se asigna a otros, a consecuencia del impacto social de la enfermedad de otro. Un mecanismo más complicado manifiesta la estructura triádica en la que un miembro tiene acting outs, en los que expresa sustitutivamente las necesidades de dependencia de otro, de contar con una tercera persona, de carácter paternal o maternal, y reprimedora. A este respecto, es interesante especular si María hubiese manifestado acting outs más autodestructivos, si el señor S. no hubiese estado tan dispuesto a aceptar el papel paternal de reprimensión que le fue asignado.

La transición, desde el papel de ser un objeto hasta el de ser un sujeto, es un componente del cambio terapéutico de la señora S., como lo ejemplifica su reacción ante el sueño que tuvo de su madre. Se ha trans-

formado de objeto cautivo, atado por la culpa, en un sujeto activo, críticamente repudiador. Ahora, ni la disposición de su esposo para ofrecerse como padre preocupado y reprendedor, ha apartado a la señora S. de su actitud activa, recientemente descubierta. Es como si la emancipación respecto a su madre opresora, introyectada, le hubiese permitido a la señora S. renunciar a su necesidad de proyección. Los avances que haga un miembro hacia la individualización pueden catalizar el progreso de la familia como sistema dinámico, y ajustarse al mismo. Es preciso descubrir ahora un nuevo patrón de interacción.

f) Diálogo. A pesar de los cambios indiscutibles en los miembros de la familia S., su situación relaciona) no ha llegado aún al nivel de un auténtico diálogo. Tanto el señor como la señora S. se han vuelto más capaces de encarar, y aun de fomentar activamente, cambios dolorosos, pero no han alcanzado a establecer una verdadera relación de toma y daca. Tal vez cuando más se han acercado al mantenimiento de un diálogo significativo, ha sido en el extracto en que se nota que tratan de distinguir sus propias actitudes paternas, de las actitudes de los padres de la señora S. Sin embargo, todo avance hacia la individualización parece anularse cuando el señor S. expone su punto de vista, de manera casi idéntica a la actitud seudoliberal y de abandono, de que la señora S. ha comenzado a acusar a sus padres.

Aunque resulte instructivo definir la patología y su cambio, dentro de los marcos duales de la dinámica interpersonal diádica y la- intrapsíquica, tarde o temprano, la conducta de los miembros tendrá que ser interpretada desde el punto de vista de un sistema triádico y esperamos que también lo sea, como un sistema de cuatro y seis miembros. Por ejemplo, el hecho de que María se ha vuelto psicótica, puede interpretarse desde un punto de vista más complejo, basado en el sistema, como indicación de que se le ha utilizado en una alianza encubierta, pero funcional, de los padres. A pesar de su eterno disputar, los padres se han coludido en lo que toca a su deseo de conservar a María como objeto paterno cautivo, sustituto. A este respecto, su psicosis, por supuesto, representó también un escape del lazo amenazador, especialmente cuando éste comenzó a encerrar sus nacientes impulsos sexuales de adolescente. Sin embargo, la rebelión de María fue únicamente parcial, puesto que no podía renunciar a todas las satisfacciones que le proporcionaba el sistema. La terapia individual probablemente ha enseñado a María a valorarla como modelo de relación estrecha, con lo que tal vez únicamente se ha conseguido someter a tensión la simbiosis, excesivamente apretada, del sistema familiar. Esta tensión ha dado origen a otra colusión entre los padres. Su buena disposición para aliarse con los terapeutas era tanto como hacer a un lado a María, en lo que respecta

a la posesión de aquéllos. Una vez que los terapeutas hubieron ingresado en el sistema relacional cerrado de la familia, se convirtieron en herederos naturales de los papeles de objeto, que previamente se le habían asignado a María.

Un fenómeno recurrente de resistencia familiar puede utilizarse como ejemplo del ordenamiento, en múltiples capas, de la dinámica del sistema, en lo que puede parecer no ser más que una interacción entre dos personas. Hemos observado, repetidas veces, que los esfuerzos de un miembro por recuperar recuerdos pasados reciben la simpatía y el apoyo de los otros, sólo mientras no tienen éxito. En el momento en que un miembro es capaz de explorar sus relaciones internas o se ve interiormente impelido a hacerlo, uno o varios de los otros interviene, comúnmente mediante acciones de distracción, de obstrucción o incluso de franca incitación a que abandone la búsqueda. Es por demás complejo el mecanismo de estas resistencias a permitir que el otro siga llevando a cabo la exploración de sí mismo.

En el caso de la resistencia del señor S. a que su esposa comenzase a comprender de manera diferente sus relaciones pasadas, suponemos que estaba lo suficientemente comprometido con el sistema familiar proyectivo, como para no permitir su cambio. Tiene que haber recibido de buen grado la supresión de las proyecciones punitivas. Pero, ¿a qué cambio intentaba hacer resistencia? ¿Hacía resistencia a que su esposa renunciase a las disputas, o hacía resistencia al cambio profundo de la personalidad de ella? Algunas de sus referencias nos indican una preocupación por la modificación de la relación de los hijos con ambos padres, como impositores de la disciplina. Además, la gratificadora atención de los terapeutas, prestada a cualquier miembro que estaba luchando con discernimientos internos significativos, podría haber sido la motivación más importante para el obstruccionismo del señor S. Como cualquier hermano rival, que carece de la capacidad de superar al otro en alguna ejecución, deseaba estorbar la exitosa operación de búsqueda de atención del otro. Así, además de la transferencia de los miembros a los terapeutas, los actos y comentarios de los terapeutas mismos se convirtieron en partes del complejo sistema de crecimiento y resistencia a éste.

Una de las tareas más difíciles consiste en describir lo que hicieron realmente los terapeutas para contribuir activamente a que se efectuase un cambio en el sistema familiar. Además de inyectar inevitable, aunque intangiblemente, sus propias actitudes vitales como puntos de referencia, han dado lugar a un patrón de equilibrio entre la receptividad y la directividad. El ofrecimiento inicial de terapia individual, dejó sin duda una impresión importante en el sistema de la familia. Aunque la terapia individual para el paciente designado, por sí sola, tal vez no haya con-

tribuido solamente a perpetuar el sistema familiar patológico, en combinación con la terapia familiar ha contribuido a constituir una fuerza rival, dentro del sistema libidinal fijado de la familia, que ha obligado al padre a buscar su propia figura paterna o materna de transferencia, en la persona del otro terapeuta de la familia; mientras que la señora S. se relacionó con el terapeuta de María, a través de lo que, según ella, eran las necesidades de su hija. Al tomar los terapeutas la decisión de suspender la terapia individual, todo el sistema familiar se conmocionó. Esta decisión equivalía a una amenaza de renovado trauma de separación. Sin embargo, a lo largo del proceso terapéutico se ha hecho posible una reorientación del sistema familiar: la señora S. ha aprendido a relacionarse con el antiguo terapeuta individual, sin el subterfugio de las presuntas necesidades de María; el señor S. se ha vuelto mas accesible a las comunicaciones del proceso secundario; María ha adquirido capacidad para enfrentarse a la depresión causada por su maduración y a las necesarias renunciaciones de objeto, en vez de disfrazar la depresión con acting outs y muy someras intelectualizaciones, y Paco ha adquirido la capacidad de decir "no". Con toda probabilidad, estas personas no podrían haber desarrollado relaciones suficientemente profundas, necesarias para el cambio, basándose en una terapia individual. En vez de esto, se habrían ido apartando paulatinamente del terapeuta, impulsados por las fuerzas de la simbiosis familiar.

Asumir los papeles de objeto (transferencias), asignados por los miembros de la familia, no supuso un esfuerzo en los terapeutas. De hecho, cada uno de ellos tuvo que luchar por evitar que lo "sumergiesen" en el papel de objeto, como progenitores sustitutos, que los padres asignaron mediante conducta infantil y un halagador respeto y agradecimiento. Por otra parte, los terapeutas advirtieron que, a fin de ofrecer influencia terapéutica, tenían que representar el papel de objetos paterno-maternos, que pudiesen seguir siendo individuos discretos, y que impulsaran a los miembros de la familia a desenredarse de sus fantasías simbióticas.

Es interesante señalar las maneras como la familia puso a prueba la fuerza de los terapeutas. Uno de los criterios de fuerza de éstos, estribó en la capacidad de mantenerse unidos y no permitir que la familia enfrentase a un terapeuta con otro. Se habrían debilitado, si se hubiesen dejado enfadar lo suficiente, como padres contra sus "hijos descarriados". Si se les hubiera podido angustiar lo suficiente, como para intervenir en las decisiones de la vida real de la familia (como ocurrió en una ocasión, en lo relativo a la asistencia de María a la escuela, durante el primer año de terapia individual), se habrían convertido en una suerte de padres débiles, inseguros y excesivamente protectores. Los terapeutas se dieron cuenta de que deberían guiar, pero no hacerse cargo de las decisiones de la vida real. Tenían que ayudar a meter orden en el caos; ofrecer interpretaciones cuando descubriesen maniobras de proyección, obstrucción, negación de manipulaciones y toda una variedad de otros juegos de resistencia. Por último, deberían recompensar la investigación en torno al duelo y la averiguación seria de las introyecciones,

percatándose claramente de estos esfuerzos a medida que fuesen ocurriendo. Tenían que actuar como padres buenos, a través de su fuerza incorruptible y su empatía constructiva.

Con anterioridad al cambio terapéutico, los miembros de la familia se habían visto envueltos en una lucha aparentemente interminable, con inversiones emocionales excesivas, para poseerse los unos a los otros como objetos paterno-maternos sustitutos. Las fantasías de sus deseos representaban al otro miembro como un progenitor fuerte, reprensivo, corrector y lleno de cuidados. Este círculo vicioso se rompió cuando los terapeutas se convirtieron en los progenitores sustitutos y de transferencia, fuertes. Gradualmente, la "taza vacía" se fue llenando tal vez, y proporcionó a la señora S. una fuerza prestada, que le permitió utilizar su potencia latente para la reflexión sobre sí misma. Por supuesto, tuvieron que pasar casi dos años antes de que los viejos patrones de irresponsabilidad y de dependencia neuróticas fuesen abandonadas por los padres, para efectuar una reversión del deformado diferencial padre-hija. Los padres comenzaron a descubrir otros medios de control, aparte de la negación de la autonomía. En efecto, empezaron a permitirle a María ser la hija, sin tomar represalias inmediatamente contra sus demandas. Por último, el sueño de la señora S. mostró que su confianza en los terapeutas le habían permitido reestimar la fidelidad interna a su madre, a la que se aferraba desesperadamente. Como se descubrió al examinar su sueño, la señora S. abrigaba un resentimiento reprimido, fundado en la apreciación de la personalidad de su madre egoísta, provocadora de sentimientos de culpabilidad, e indiferente.

Algunos lectores podrán pensar que el repetido hincapié en las necesidades de "adopción de progenitores", es una reducción simplista de las motivaciones de los miembros de la familia. El objeto que se persigue al subrayar la importancia de esta profunda fuente motivacional no es impedir la consideración de otros determinantes, sino destacar la utilidad de un marco, por demás comprensivo, basado en las relaciones de objeto interno, para entender la "inadecuación" interpersonal. La intensidad fijada de las relaciones internas de los miembros de la familia, corresponde a la defectuosa capacidad de estos individuos para la neutralización, sublimación y redistribución de las inversiones libidinales. Una conceptualización algo semejante a la de nuestras motivaciones para la búsqueda de padres, es la que nos ofrece el uso transaccional que hace E. Berne

(en 1964), del concepto "estado de ego infantil", potencialmente presente en cualquier persona.

METAS Y FUNDAMENTACIÓN

La terapia familiar encierra complejas implicaciones para las metas de la psicoterapia en general. Sus criterios de curación son todavía menos "operacionales" que los criterios de curación psicoanalítica. Eissler (1963) ha observado que los pacientes psicoanalíticos, a los que técnicamente no se les puede considerar curados, pueden mejorar su función social adaptativa en forma de acting outs de conflictos insolutos. Así por ejemplo, un amplio cambio en la totalidad del estilo de vida adaptativa, puede ser resultado de la resistencia, mas que de la aceptación de cambio estructural. Lo que en el paciente individual se califica de criterios de cambio estructural, tendrá que traducirse al marco conceptual de la "patología" y salud de la familia. Además de hacerlo con los criterios de cambio estructural individual, los terapeutas familiares tendrán que familiarizarse con criterios de cambios en patrones y procesos multipersonales, cubiertos y encubiertos. Posiblemente el proceso relaciona) fálico (descrito en el cap. 2) sea la medida más confiable de cambio, tanto terapéutico como de desarrollo, en una familia. A medida que el estilo de interacciones de la familia pasa de la simbiosis a la individualización, va aumentando la capacidad de encuentro auténtico en los vástagos. La meta práctica de la terapia familiar es lograr una relación conyugal más significativa para los padres, y la separación, matrimonio y paternidad significativos, para los vástagos.

Cuando se enfrenta a las complejas dimensiones de: a) las necesidades individuales, b) las clases de estructura familiar, y c) las etapas del proceso familiar, al terapeuta familiar le resulta difícil contestar esta sencilla pregunta: "¿cuál es la meta del tratamiento familiar?" No obstante, por el bien de la claridad científica, debemos hacer todos los esfuerzos para definir los lineamientos técnicos de la prestación de ayuda, a través de la terapia familiar. En este capítulo me he preocupado más en esbozar tales lineamientos generales, que por ofrecer un catálogo de técnicas terapéuticas concretas.

La premisa fundamental de la respuesta a la pregunta anterior, estriba en el hecho de que los acontecimientos relacionales sólo pueden evaluarse en términos de otros. En general, se supone que el terapeuta ha vivido un número suficiente de experiencias familiares, como para ocupar una posición ventajosa en su trabajo.

Puesto que no trabajará primordialmente con síntomas, ni con personas motivadas para la terapia

individual de autoexplotación, tendrá que acopiar fuerzas relacionales para su tarea. Tiene que ejemplificar y vivir la confianza, en la atmósfera familiar frustrada y a menudo cargada de odio. Es difícil pronosticar la fuerza relaciona) del terapeuta familiar, incluso cuando haya sido analizado. Tiene que permanecer "abierto" a los indicios de proceso primario y profundo, en el contexto de un drama familiar real. Al perforar las fachadas defensivas de una familia, tal vez recuerde de pronto la patología de su propia vida familiar. A menos de que lo ayude un colega en la relación de coterapia, estará expuesto a no hacer caso, selectivamente, de aquellas fachadas defensivas que se parecen a las de su propia familia. En otras palabras, la guía del terapeuta hacia metas, se deriva de su honrado y constante esfuerzo por llegar a la conciencia de sí, y de su buena disposición a inyectar sus estilos relacionales en su trabajo personal, como modelo para los miembros de la familia. Puesto que tiene que confiar en sus relaciones personales, como en un giroscopio, es inevitable que sus relaciones familiares personales resulten afectadas también en el transcurso de su trabajo. Como en muchos otros campos, los crecimientos profesional y personal tendrán que equilibrarse, el uno al otro.

Las guías más generales para las metas técnicas de la terapia familiar, se desprenden de la teoría del proceso relaciona) fálico (cap. 2). De acuerdo con esta teoría, todas las relaciones atraviesan fases de irrelacio nalidad (fase autista), sobreenvolvimiento afiliativo (fase simbiótica), crecimiento de la autonomía en los miembros (fase de individualización), y disolución (fase de separación) que conduce a un reenvolvimiento con grupos nuevos. El terapeuta familiar debe tener conciencia de dos procesos relacionales importantes, cada uno de los cuales se ajusta a la regla fálica: a) proceso de la familia y b) proceso de la terapia. En el capítulo dos, hicimos la caracterización de las fases del proceso de la familia y aquí no añadiré más que algunas aplicaciones terapéuticas. El proceso de la terapia de la familia, está relacionado de alguna manera con el proceso de la psicoterapia individual, pero se complica por los aspectos familiares y, si es aplicable lo es debido a los aspectos relacionales de un equipo terapéutico.

La validación "operacional" de las fases relacionales en la familia, lo mismo que en el transcurso de la psicoterapia, resulta difícil porque pueden tener lugar cambios fálicos en la fantasía de los miembros, es decir, en sus configuraciones relacionales internas, así como en su conducta observable. Además, las representaciones intrapsíquicas (de objeto) de la conducta exterior pueden sufrir una elaboración fálica, sin que haya manifestaciones externas concomitantes. La conducta deformada por la transferencia, es una de las bien conocidas manifestaciones

externas de estos fenómenos ocultos. Por ejemplo, la experiencia de una madre cuya hija de 22 años de edad, simbióticamente ligada, se había mudado bruscamente a otro departamento, fue dolorosa por lo menos en tres niveles: a) el hecho real de una disminución del contacto con la hija; b) la conducta hostil de la hija, que constituyó su defensa contra sus propios anhelos simbióticos; c) los reactivados sentimientos de pérdida y anhelo ambivalente de la madre, transferidos a la hija de los objetos de sus propias relaciones (internalizadas) pasadas. En otras palabras, la experiencia de una separación real, interpersonal, de la madre, entraba en conflicto con objetos amorosos internos del pasado, ambivalentemente anhelados, a los que parcialmente se había renunciado. Un intento de separación en un proceso relacional, activó un sentimiento de pérdida en por lo menos un proceso más.

No pretendo revivir la añeja discusión de si la psicoterapia individual depende o no, principalmente, de factores de insight relacionales o intrapsíquicos. Nuestra perspectiva contempla factores intrapsíquicos, lo mismo que factores relacionales o interpersonales, como codeterminantes del cambio psicoterapéutico. Se supone comúnmente que cuanto menos autónoma es la estructura (ego) de la personalidad del paciente, tanto más tiene que basarse el enfoque en técnicas de apoyo, y tanto más importante se vuelve el componente relacional real, interpersonal. Sin embargo, podemos considerar que cualquier ayuda psicoterapéutica ofrece una nueva relación a una o varias personas que se han detenido en sus relaciones y desearían verse envueltas en otras. Se ha dicho en broma, que la psicoterapia formal o análisis es una amistad pagada. Freud fue muy sensible al peligro que encierran las propias necesidades de comprometimiento del analista (o del terapeuta), cuando recomendó neutralidad y cautela en lo tocante a las actitudes de contratransferencia. Transitoriamente, se espera que el paciente desarrolle cierta capacidad para un reenvolvimiento con un objeto nuevo, el terapeuta (transferencia), a expensas de de los envolvimientos transferenciales existentes, de su vida cotidiana. Por último, se espera que el paciente renuncie a sus envolvimientos internamente fijados, así como a su relación real con el terapeuta y que se vuelva individualizado, capaz de reenvolvimiento con otros en un nivel más autónomo y satisfactorio. Los terapeutas que citaremos más adelante parecen estar de acuerdo, al menos implícitamente, en considerar la psicoterapia como un proceso relacional fálico.

Otto Rank (1950) hace hincapié en tres pasos de la terapia: a) la fase inicial de entrega al proceso, b) la fase intermedia, que requiere una entrega total del yo del paciente a la experiencia terapéutica, y c) la tercera fase, en la cual el paciente aprende a "querer" renunciar al terapeuta, a cambio de otras relaciones con la realidad. Whitaker y Maloase (1953), en su penetrante obra, han hecho nuevo hincapié en la importancia capital de que tanto el paciente como el terapeuta, pueden acceder mutuamente a la dinámica inconsciente de cada uno de ellos. En la

que estos autores llaman etapa principal o "medular" del proceso terapéutico, esta accesibilidad alcanza transitoriamente un nivel de "envolvimiento psicótico" o "psicosis terapéutica" (pág. 96). Searles (1961) describe lo que llama "patrón general del curso de la psicoterapia", en el tratamiento de la esquizofrenia. Traza el proceso desde una fase en que ".no hay contacto", a través de fases de simbiosis, hasta llegar a una fase de individualización. En caso de tener éxito, la terapia proporcionará finalmente al paciente, mediante nuevos vínculos, una creciente capacidad para reducir los sentimientos concomitantes de pérdida y privación, cuando se tenga que renunciar a los antiguos vínculos.

Freud (1919) subrayó explícitamente la importancia terapéutica de la frustración controlada en la relación psicoanalítica, tema que requiere una comprensión más completa. La privación inevitable, inserta en la naturaleza de las relaciones de transferencia del psicoanálisis, es la condición relacional para alcanzar un cambio perdurable en el ego. Así también, la terapia familiar expone a los miembros a experiencias de privación, y la defensa contra éstas, a menudo la lleva a cabo el sistema familiar multipersonal. Conforme a nuestro concepto dialéctico de la identidad del ego, cada estructura del mismo está basada en una configuración (relacional) sujeto-objeto. A fin de obtener una nueva orientación del ego, tendrá que reemplazarse una antigua delineación sujetoobjeto. Para renunciar a una antigua configuración del ego, uno tendría que luchar también con la pérdida concomitante de la relacionalidad intrínseca del ego con su objeto a fondo delineante. En otras palabras, sin la posibilidad de formar una nueva relación interna o externa, no podemos esperar que sea factible cambiar las actitudes del ego.

La renuncia incompleta a relaciones pasadas, constituye la base de los patrones de conducta neurótica, en una amplia gama de manifestaciones individuales y multipersonales. La presencia persistente de vínculos importantes con relaciones pasadas, en parte introyectadas y en parte re proyectadas, constituye la constelación de lo que en un contexto familiar equivale a un aplazamiento del duelo multipersonal expresado en acting outs. En la transferencia al terapeuta familiar, que se va desarrollando, la relación terapéutica queda empapada de las mismas disposiciones internas persistentes, que han contaminado las relaciones familiares de los miembros.

En último análisis, la ventaja principal de la terapia familiar conjunta tal vez estribe en que ofrece una oportunidad de renuncia al objeto, completa o acelerada, en una atmósfera de apoyo colectivamente catalizado.

personas no tienden a desarrollar una fuerte relación de transferencia con el terapeuta, a causa de la naturaleza de sus relaciones con miembros de su familia, deformadas por la transferencia y simbióticas. Además, no pueden relacionarse bien con un terapeuta que trata de ser neutral. De hecho, aun en la mayoría de los casos de la terapia familiar, el progreso terapéutico sólo puede mantenerse si el terapeuta sabe cómo hacerle a la familia demandas de cambio; por ejemplo, para alterar arreglos inadecuados en la forma de dormir, o la distribución de los papeles de hombre y de mujer, etcétera.

La teoría del proceso relaciona) fásicó permite al terapeuta familiar fijar metas terapéuticas algo más concretas, según la etapa en que haya quedado fijada una determinada familia. La familia autísticamente irre lacionada, tal vez necesite un "baño" de confianza. Quizá sus miembros tengan poca o ninguna capacidad para representarse el mundo como un lugar que se puede disfrutar. Paradójicamente, la ira que siente el terapeuta contra los miembros desconfiados o contra las expresiones de desesperanza terapéutica (Fartier, 1958), puede transferir su creencia interior en la existencia de algo bueno en la vida. Por otra parte, la familia simbiótica, atrapada en una apretada red de sobrenvolvimientos, necesitará primero un estudio cuidadoso de las maneras inconscientemente colusivas y sustitutivas en que se bloquea y socava la individualización. Es preciso traer a las sesiones familiares a los miembros que no asisten habitualmente, para que se puedan hacer progresos. Los mecanismos multipersonales deberán entenderse en función de las necesidades deformativas de los participantes y habrán de interpretarse conforme a estas conexiones. La mejor manera de apoyar las necesidades individuales, consiste en catalizar el desarrollo de diálogos de persona a persona, en los que las claras afirmaciones individuales pasen a ocupar el lugar de una anterior carencia de sentido. Una vez que la individualización y la separación se convierten en unas posibilidades tentativas, se necesita apoyo para los miembros que comienzan a experimentar el dolor de la pérdida de objeto a causa de un cambio en el otro miembro. Comúnmente, aquí es cuando el proceso del duelo alcanza un punto en el que se pueden revisar ampliamente las relaciones importantes con las introyecciones del miembro, a menudo con "ayuda" de las resistencias multipersonales como indicios o claves.

Naturalmente, una meta más concreta del tratamiento familiar es hacer que desaparezcan los síntomas y las consecuencias de una manera de vivir mutuamente destructiva. Por lo común, esta es la finalidad motivadora patente que tienen la mayoría de los miembros de la familia para participar en la terapia conjunta. Sin embargo, el terapeuta debe estar alerta para descubrir cualquier deseo subyacente en un miembro. Aunque los miembros de la familia tal vez cuenten con la motivación fundamental para dar este doloroso paso hacia el crecimiento, quizá también se encojan ante la idea del mismo, por miedo a las

frustraciones, las represalias o a una amenaza de pérdida, a menos que se proporcione ayuda de profesionales.

Nuestro énfasis en las ventajas que tiene explorar los complejos sistemas relacionales de la patología multipersonal, no debería dejar la impresión de que el reino de la dinámica intrapsíquica tiene importancia menor en la terapia familiar. Sin duda alguna, la terapia individual y el psicoanálisis son los métodos más destacados para comprender las deformaciones del mundo relaciona) interno de una persona, y para concentrar la atención sobre las mismas. Sin embargo, en lo que hay que hacer hincapié en este momento, es la probabilidad de que aun en la terapia individual, el contexto relaciona), y no una fría curiosidad genética por el mundo interno del paciente, sea lo que produce los cambios más importantes. En sus implicaciones más profundas, el lidiar con problemas es una lucha más relaciona) que conceptual, incluso en la terapia individual o en el psicoanálisis, puesto que encierra la decisión de interrumpir o ahondar la relación terapéutica, en cada nuevo punto de resistencia. La terapia familiar conjunta no puede evitar (ni debería hacerlo) ocuparse de las fuentes intrapsíquicas de las deformaciones (transferencia) ; además, cuenta con la ventaja de hacerlo en el contexto pertinente de relaciones reales estrechas. Algunas constelaciones intrapsíquicas fijadas, sólo pueden revelarse en el campo de interacciones personalmente exigentes. Oír que una madre describa su relación con la hija, es muy diferente a observar su interacción con ésta. Por lo general, la psicoterapia individual y el psicoanálisis son los métodos más adecuados para la averiguación de los fenómenos de stress, mientras el paciente genera demandas personales hacia un profesional que, relativamente hablando, no exige nada. La terapia familiar nos permite la observación de "pacientes", mientras estos se encuentran sujetos a las intensas demandas personales que se hacen unos a otros.

Según la hemos descrito aquí, la terapia familiar intensiva es tan sólo una variante de todo un nuevo arsenal de métodos psiquiátricos de tratamiento. Sin duda alguna, habrá que conservar la entrevista individual para aquellos pacientes que se puedan beneficiar más con la misma. Deberían utilizar especialmente el psicoanálisis y la psicoterapia individual aquellos individuos que han efectuado enérgicos avances en el sentido de la individualización y la responsabilidad y, sin embargo, se sienten neuróticamente inhibidos en su crecimiento. Pero el valor reconocido del método individual no debería estorbar el desarrollo de enfoques terapéuticos más libres, que exploran la multiplicidad de las relaciones. Algunas

de cambiar a otros a fin de "sacar" más cosas de la vida familiar, sin renunciar a su propio compromiso con el sistema patológico de acting out. Una meta dinámicamente más importante de la terapia familiar, tiene que ver con el permitir a los hijos encontrar modelos para la identificación, "realizables". En términos de la teoría dialéctica, tal modelo tiene que basarse en una reciprocidad de capacidades para la empatía. Muy frecuentemente, los miembros de la familia, plagados de conflictos, son incapaces de utilizar hasta su potencial existente para establecer una empatía con un miembro adolescente, desesperadamente ávido de comprensión. A menudo, el fundamento de la incapacidad para la empatía se encuentra en la opinión, deformada por la transferencia, que unos miembros tienen de otros.

Una meta más concreta de la terapia familiar conjunta es suprimir los obstáculos concretos que estorban el camino del crecimiento relacional de la familia. A menudo, sin haber llegado a una comprensión más profunda de la dinámica relacional de la familia, el terapeuta advierte algunas peculiaridades familiares de la comunicación, manidas repeticiones de conversaciones, hábitos de vida fijados, secretos, separaciones emocionales no expresadas. El terapeuta puede pedir directamente a los miembros de la familia que alteren estos hábitos como condición para la terapia, e incluso enseñarles cómo hacerlo. Además de poner a prueba la profundidad de la motivación que tenga la familia para cambiar, tales demandas pueden producir comunicaciones en un nivel más significativo.

Una meta relacionada con ésta, es la obtención de una libertad para plantear y resolver cuestiones controvertidas dentro de la familia. A menudo, la fijación del proceso vital de la familia se manifiesta en una rígida evasión de cualesquier puntos de vista enérgicamente formulados o, en casos extremos, de toda significación o sentido (Schaffer y colaboradores, 1962). Sin embargo, conforme a la teoría de la síntesis dialéctica, el crecimiento sólo puede alcanzarse mediante la presentación manifiesta tanto de la tesis, como de la antítesis. Por ejemplo, un resentimiento no expresado verbalmente o enunciado con demasiada generalidad, no puede resolverse. Con frecuencia, el obstáculo que impide una presentación clara de problemas es un hábito, de parte de los miembros, que consiste en disputar de manera personal, repetitiva, escandalosa y destructiva.

Otra meta implícita en la terapia familiar consiste en el mejoramiento de los intercambios dinámicos con la comunidad más amplia, de parte de la familia. Actitudes más realistas y activas respecto a la comunidad vendrán, probablemente, después de un mejoramiento relacional fundamental dentro de la familia. Sin embargo, el terapeuta tendrá cuidado de no esperar tan sólo buenos "ajustes" a la comunidad, de parte de miembros de la familia, aun en el caso de que el paciente les haya sido remitido por algún organismo correctivo de la sociedad. Sin embargo, al fijar los cambios que desea observar en la familia, el terapeuta tiene que hacer

uso de su buen juicio y no fijar metas demasiado altas. Son éstos los campos en que es humanamente imposible aspirar a algo más que un arreglo.

PROBLEMAS DE LA TERAPIA Y LOS TERAPEUTAS

Al enfrentarse a sistemas patológicos conectados entre sí, el terapeuta familiar tiene que trazar una estrategia conveniente. No debe caer en la trampa de desear salvar a un miembro de otro. Sin embargo, es obvio que la autonomía de cada miembro está amenazada no sólo por sus propias necesidades regresivas, sino también por las necesidades del sistema familiar. Ningún miembro de la familia podrá alcanzar una organización fuerte, autosustentadora y autónoma de su ego, si su "compañero" en una patología complementaria se muestra renuente a cambiar. Un cónyuge, por sí solo, no puede sustituir un patrón sexual sado-masoquista por la genitalidad, si no se efectúa un cambio correspondiente en el otro, a menos que uno de ellos renuncie a la relación. Sin embargo, el terapeuta familiar debe estar alerta para descubrir la gran variedad de complejas maneras en que los cónyuges están "arraigados" en la personalidad de cada uno de ellos.

Un nuevo enfoque estratégico se desprende lógicamente de la conceptualización de la situación terapéutica, que considera a ésta fundada en una dinámica de dos alianzas opuestas: la alianza del terapeuta con los aspectos autónomos del ego de cada miembro de la familia, por una parte, y el sistema familiar de patologías aliadas, por otra. Esto nos trae a la memoria lo que dijo Guntrip (1960), acerca de que la relación de la terapia individual tiene que competir con la fuerza de las relaciones de objeto internas, patológicas, del paciente. Además, en la terapia familiar, la relación terapéutica tiene que competir con todas las relaciones patológicas complementarias, dentro del sistema familiar. Sin embargo, en el lado positivo, tenemos el hecho de que el terapeuta familiar se encuentra mejor situado que el individual, para reforzar enfáticamente los recursos interaccionales, orientados a la vida y al crecimiento (autónomo) entre los miembros de la familia; el terapeuta individual tiene que valerse de una reconstrucción puramente intuitiva de las interacciones familiares.

Los sistemas multipersonales de relaciones familiares pueden considerarse como un contexto complementario para delinear la identidad, y

también como campo poderoso de influencias externas. Rapaport (1958) ha hecho hincapié en la necesidad de extender el concepto de autonomía del ego, hasta incluir una libertad ejecutiva opuesta a los estímulos procedentes del mundo exterior. Para el terapeuta familiar, los estímulos externos que limitan la autonomía del paciente, pueden equipararse al impacto motivacional de las necesidades complementarias de los miembros de la familia, carentes tal vez de síntomas. A este respecto, los mecanismos tan inteligentemente llamados "lagunas del superego" por A. Johnson y Szurek (1952), fueron observados con gran interés en las primeras etapas de nuestro trabajo de terapia familiar. Aunque inicialmente sólo algunos miembros de la familia parecían participar en estas complementariedades limitativas y patológicamente sustitutivas, nuevas experiencias nos han enseñado que la mayoría de los miembros de una familia que aparentemente no tienen síntomas y no están envueltos en las interrelaciones patológicas, son también partes constitutivas de lo que ahora llamamos "sistemas patológico familiar".

En toda situación de terapia familiar, parecería que, transitoriamente, el paciente primario o algún otro miembro está en favor de cambiar el sistema. Sin embargo, en el momento en que un cambio auténtico comienza a trastornar el sistema, aquel que parecía estar dispuesto a ayudar para conseguir la participación regular de todos los miembros, puede empezar a dejar de asistir a sesiones, a impedir discusiones importantes, etcétera. Este descubrimiento es una de las decepciones más molestas que pueden producirse, debido a la motivación para el rescate, existente en el terapeuta familiar inexperto, respecto al paciente primario, y en virtud también de la identificación del terapeuta con él. Una paciente esquizofrénica, soltera, alentó a su terapeuta para que respaldase su punto de vista dentro de la familia, a saber: que vivir con su padre en el apartamento de soltero que tenía éste, equivaldría a un "suicidio" de su parte. Sin embargo, cuando el terapeuta respaldó su punto de vista, la paciente cambió radicalmente de parecer y se sumó a la familia en su vigoroso rechazo de tan rara preocupación del psiquiatra.

El terapeuta inexperto, tal vez no se dé cuenta del conflicto inherente que existe entre su enfoque psicoterapéutico, que concentra la atención sobre el individuo y que él ha aprendido tradicionalmente, y las necesidades del método que se basa en la familia. Existe una tendencia a preocuparse por las aportaciones de los miembros "productivos". El miembro que produce una conducta conflictiva, lapsus verbales, o sueños durante la sesión de familia conjunta, puede, por lo común sin saberlo, formar una complementariedad perfecta con el terapeuta, que a su vez se siente más seguro dentro de los límites de la terapia individual. En sus esfuerzos por llegar dinámicamente al sistema patológico familiar más

pertinente, el terapeuta, sobre todo el que es bisoño en el campo de la terapia familiar conjunta, a menudo se verá distraído por dimensiones patológicas "individuales", aparentemente significativas. En una familia, algunos miembros de la misma que habían sido previamente psicoanalizados, se entregaron a un esfuerzo supuestamente honrado para recordar sueños y llevar a cabo asociaciones con los mismos. Más tarde se supo que éste era un esfuerzo colectivo para hacer resistencia a la averiguación de dolorosos como frecuentes problemas matrimoniales de los padres.

Aun cuando el terapeuta esté convencido de la necesidad de tratar, en última instancia, las formas de patología familiar basadas en el sistema, podrá caer en la trampa de prestar indebida atención a un miembro exigente de la familia. Por supuesto, podrá estimar acertadamente que tal vez el miembro menos razonable sea quien lo conduzca hasta el meollo del sistema dinámico de la familia. Ciertamente, el terapeuta familiar tiene que encontrar a un miembro por lo menos, que sea capaz de establecer un nivel de comunicación a través del cual pueda penetrar hasta el meollo del sistema familiar, y manipularlo. Sin embargo, se necesita experiencia para reconocer los aspectos y los síntomas individuales que tienen importancia para el sistema, y resulta importante tratar de buscar más allá de la expresión verbal. Si uno cree que lo que nunca se verbaliza es una parte de la patología familiar, más importante que la conducta manifiesta, también tiene un derecho a suponer que los miembros que no hablan, a menudo tienen la clave para comprender las facetas más resistentes de la patología familiar. Una víctima aparentemente pasiva, tal vez sea el manipulador más sutil y astuto de los sentimientos de otro miembro.

La suposición de que un miembro de la familia podría darnos la clave de todo el sistema familiar, no debería confundirse con una manera de pensar orientada rígidamente hacia el establecimiento de una sola causa, conforme a la cual la contribución de algunos miembros es secundaria (como de víctima), respecto a las contribuciones primarias de otros miembros. Por supuesto, genéticamente, tenemos que suponer que el matrimonio y su patología antecede a la contribución de los hijos. Sin embargo, una vez que las personalidades de éstos, se han adaptado a sus papeles en el sistema familiar, su inversión emocional en el mantenimiento del sistema puede resultar tan activa como la de los padres. Tal vez el terapeuta necesite la ayuda de su supervisor o de su colega del equipo terapéutico, para darse cuenta de la deformación producida por sus propias inclinaciones, basadas en la transferencia, en la selección del paciente "principal".

Problemas del terapeuta

La extensión de esta obra, nos impide desarrollar de manera verdaderamente sistemática todos los complejos aspectos del papel que desempeña el terapeuta en la terapia conjunta de la familia (véase también el capítulo 8). La contribución personal del terapeuta a dicha terapia, puede resultar crucial, más importante aun que la contribución inconsciente del terapeuta a su propia terapia. Según nuestra experiencia, la diferencia principal entre las dos terapias estriba en el enfoque por equipo de la terapia familiar, con todas sus implicaciones relacionales intraequipo ocultas.

Hemos descubierto que la "armonía" en la personalidad de los dos terapeutas es un factor terapéutico mucho más importante que la diferencia interprofesional (en lo que respecta al entrenamiento), el papel a desempeñar y el rango en nuestro grupo. A menudo, dos profesionistas de igual categoría (por ejemplo, dos psicólogos), han tropezado con mayores dificultades, para hacer coincidir sus puntos de vista, que equipos de composición heterogénea. Sin embargo, la coincidencia automática y un acuerdo de puntos de vista, no es necesariamente la actitud ideal y más conveniente, para un equipo. El reconocimiento de diferencias en las actitudes durante el trabajo, habrá de ir acompañado más tarde por el reconocimiento de actitudes más profundas, a menudo conflictivas o ambivalentes. Hemos descubierto que los equipos alcanzan un éxito mayor en la resolución de sus conflictos, si periódicamente presentan sus problemas ante todos los miembros participantes en el programa; en nuestro caso, ante el equipo de ocho terapeutas.

El aspecto más importante de la "técnica" de la terapia familiar, estriba en la supervivencia emocional saludable de los terapeutas, en medio de las increíbles tensiones generadas por lo que podríamos calificar de manipulación inconsciente de los terapeutas por parte de los miembros de la familia, con el objeto de llevarlos a resolver los conflictos incestuosos y homicidas, encubiertos, de la familia. Por ejemplo, se puede conseguir una abreviación temporal considerable como resultado de la activación de procesos de duelo largamente mantenidos en estado de latencia, y conseguirlo a través de una rápida alternación de la catexia de objeto, en noventa minutos de terapia conjunta de la familia. La necesidad de poseer buenos objetos amorosos y rechazar los malos, sucesivamente, motiva a los miembros de la familia para rechazar a los terapeutas en el momento en que éstos se sienten más firmemente aceptados por aquéllos. La profundidad y confianza de las relaciones dentro del equipo, puede ayudar a los terapeutas a sobrevivir a estos cambios repentinos, sin tener que recurrir a una defensa neurótica.

Las traiciones frecuentes, que se observan en la aceptación de los terapeutas por parte de la familia durante el proceso de terapia conjunta, quedan ejemplificadas por el caso de la terapia familiar de una muchacha esquizofrénica de 19 años de edad

La posesividad patológica de los padres respecto a la hija, quedó de manifiesto inicialmente en sus negociaciones con el médico encargado de la terapia individual de la muchacha en el hospital. No tardó en advertirse que los padres querían que el terapeuta aceptase la hospitalización de la hija, durante un año por lo menos. Por otra parte, a medida que los padres comenzaron a aceptar la terapia familiar, en el transcurso de varios meses exhibieron signos de una transferencia fuertemente ambivalente y regresiva, respecto a los terapeutas de la familia. Concurrentemente, los síntomas de la hija disminuyeron y ésta empezó a expresar su interés por continuar los estudios fuera de la ciudad. La posesión combinada de la hija y de los terapeutas, por parte de los padres, quedó amenazada; era preciso hacer una elección. Después de un considerable conflicto interior, los padres rechazaron tanto la terapia familiar como la individual, con el pretexto de que deseaban respetar el vago deseo -ocasionalmente expresado por la hija- de que a ésta tratase otro terapeuta individual. Paradójicamente, en la caldeada atmósfera de la última sesión, la madre, que rechazaba a los terapeutas, los acusó de crueldad y de no querer ayudar. Poco después, la hija regresó a otro hospital, tras varios intentos de suicidio comparativamente graves.

Del ejemplo anterior y otros semejantes, se desprende que los deseos de "proceso primario", de los miembros de la familia, pueden tener como mira mantener a los terapeutas en papeles "alimenticios" terapéuticamente ineficaces, pero prolongados. La efectividad de los terapeutas en lo tocante a un auténtico cambio en la personalidad, constituye un indeseable producto derivado, en lo que concierne a la constelación de necesidades internas de los miembros. Este estado de cosas coloca a los terapeutas en un dilema, relativo a si deberían o no encargarse de la motivación principal para el cambio. Por supuesto, la mayoría de los terapeutas sienten la necesidad emocional de alcanzar éxito en su trabajo. Por desgracia, las motivaciones de rescate pueden estar reforzadas por las necesidades inconscientes de aceptación y aprobación, que sienten los terapeutas hacia aquellos que desean ayudar. Sin embargo, el terapeuta familiar puede ser rechazado precisamente por aquello por lo cual desea que lo acepten, es decir, por querer ayudar al cambio en la familia. Por otra parte, puede ser cada vez más aceptado y, por consiguiente, recompensado a un nivel más profundo de proceso primario, si renuncia a sus metas profesionales. Si decide participar en el juego de estancamiento de la familia, siente la tentación de renunciar a su integridad profesional; si se opone al juego, pierde la aceptación y el apoyo de

aquéllos por cuyo bien está luchando. Sin una relación coterapéutica buena y abiertamente comunicativa, el terapeuta tal vez perderá innecesariamente muchas horas de sueño en esta etapa. Evidentemente, la suerte de la terapia no depende de lo que está siendo comunicado verbalmente, sino de la posibilidad de conseguir o no que ceda el sistema relacional de la familia. La fuerza relacional del terapeuta tiene que sobreponerse a la fuerza patológica, a la cual desafía.

OBSERVACIONES FINALES Y PERSPECTIVAS

Antes de terminar, creo que le debo al lector algunas palabras acerca de los resultados o efectos de nuestra empresa de terapia familiar. Naturalmente, en este momento, una evaluación sistemática, controlada, de los resultados de este enfoque es todavía menos posible que una evaluación objetiva de la terapia individual intensiva. La falta de tiempo suficiente, así como de un buen número de casos, constituye una de las razones de esta dificultad. La carencia de un marco patológico consistentemente aceptado y de su aplicación descriptiva, constituye una razón más grave de la escasez de publicaciones acerca de los resultados de la terapia familiar.

Desde el punto de vista del progreso científico final, no ofrece mayor consuelo - aunque resulte alentador- el hecho de que quienes han practicado paralelamente las terapias individual y familiar, se han sentido más animados que desanimados a considerar éste último como el enfoque más prometedor, tanto en profundidad como en "volumen numérico" por hora-terapeuta. Nos percatamos de la necesidad de una comunicación más completa, de los cambios familiares observados, a la comunidad profesional; pero la calidad completamente no verbal, multipersonal y a menudo imponderable de los resultados, hace que la tarea resulte por demás difícil y probablemente prematura, dado el nivel actual de claridad conceptual.

El hecho de que por lo menos en familias con pacientes designados esquizofrénicos y delincuentes, nuestros terapeutas se hayan convencido cada vez más de la utilidad del enfoque familiar, nos indica que el tra bajo a este nivel puede contribuir de manera considerable al surgimiento de una evaluación (psiquiátrica) basada en las relaciones de la madurez individual en sí. La esquizofrenia es sólo un caso de toda la gama de fenómenos que nos indican que la seguridad emocional del hombre se basa en la calidad de sus relaciones íntimas. Se necesitarán nuevos adelantos para el establecimiento de criterios indicativos específicos, que determinen cuál sea el mejor tratamiento, el diádico o el de psicoterapia conjunta. Es igualmente difícil la evaluación del resultado del tratamiento, en ambos enfoques. La única comparación controlada que podamos imaginar, sería la que pudiese basarse en grandes números. Además, todavía nos queda el problema de la elección del tipo de terapia familiar. Algunas metas pueden alcanzarse con sólo prestar apoyo a un reordenamiento y "desazolve" de los canales de comunicación. Cuanto más grave es el estancamiento de la personalidad de los miembros, tanto más obvio es que lo

indicado es la averiguación de las deformaciones interpersonales y de sus raíces intrapsíquicas. Sin embargo, el sistema de deformaciones interconectadas y mutuamente reforzantes puede investigarse mejor, a través de sesiones familiares conjuntas. Finalmente, la profundidad e intensidad de cualquier enfoque terapéutico están reguladas por el grado de motivación del paciente.

Aunque podamos prever una aceptación rápidamente creciente del método familiar de psicoterapia intensiva, por parte de los profesionistas, la resistencia a la ejecución sería del cambio, a través de este procedimiento, habrá de ser igual por lo menos a la renuencia inicial a aceptar el psicoanálisis como tratamiento válido de estados nerviosos "graves". Algunos críticos del enfoque utilizarán como argumento el carácter sacrosanto del individuo y la familia. Se hará resistencia a la penetración de la terapia familiar en las facetas inconscientes de los mecanismos neuróticos colectivos, en forma de justa indignación contra las implicaciones supuestamente "injustas", señaladas por el terapeuta, de falta de responsabilidad o destrucción intencionales de parte de los miembros "sanos" de la familia, considerados como individuos. El aumento transitorio de la sintomatología será objeto de tantas críticas, como ocurre en el caso del psicoanálisis. Detrás de una presunta falta de comprensión del aspecto orientado al sistema del enfoque familiar, se oculta lo que realmente equivale a una resistencia dinámica contra el cambio del sistema mismo.

La lucha en pro o en contra de la aceptación de la terapia familiar, no hará sino poner de relieve la confusión en lo que respecta al papel desempeñado por la familia en la vida moderna. La significación de la vida familiar está sufriendo probablemente un cambio profundo, dinámicamente conectado con la transición social. La organización mecánicoindustrial desindividualiza las interacciones entre personas; y el surgimiento de la concepción científico-racional del mundo y de las cosas, tiende a reemplazar a la dependencia anterior respecto a un orden ético-religioso del universo. La vida del individuo se parece cada vez más a una proposición racional de ventajas y limitaciones materiales calculables. Es natural suponer que la salida principal para la dependencia emocional y la oportunidad de crecimiento personal del hombre moderno, sigue existiendo en la vida familiar.

Probablemente sea un error suponer que el equilibrio dinámico de la familia puede entenderse, sin tomar en cuenta su relación con fenómenos sociales más amplios y gruesos. Pocos pondrían en tela de juicio que el sistema de valores y los ritos de la sociedad de los adolescentes es algo complementario y a menudo diametralmente opuesto a los valores tradicionales de la familia. Además, es evidente que las salidas para la hostilidad, aparentemente ubicuas, como los prejuicios, los sistemas políticos dictatoriales de dominio agresivo y la competencia hostil entre los sexos, tienden a mantener un equilibrio dinámico retributivo, a través de las oportunidades de "relacionarse" dentro de la familia. Los hijos pueden amenazar a los padres de separación y pueden pasar a confiar en los valores y los atractivos de la sociedad adolescente, para su apoyo emocional; y los padres, a su vez, pueden reaccionar con maniobras inconscientemente defensivas y conservadoras, dirigidas hacia los hijos, los cuales pasan a ser considerados como objetos de transferencia, semejantes a los padres que han abandonado a dichos progenitores.

El problema más amplio de la patología familiar tiene que ver con el papel que desempeña la familia en la sociedad moderna. ¿En qué medida el desarrollo social contemporáneo exige demasiadas cosas a la vida familiar? Las características de "sistema" de la naciente familia del futuro, parecen sufrir algunos cambios modales. Buehler (1962) concluye que la patente dependencia mutua de las generaciones, de padres e hijos, ha disminuido en el transcurso de las últimas décadas. Además, es posible que las técnicas de los padres de nuestro tiempo hayan disminuido el grado de contacto físico entre la madre y el niño, con una disminución consecuente en lo que respecta al desarrollo de la confianza básica. Podemos postular que una disminución de esta confianza, en combinación con el efecto desindividualizador de los medios modernos de comunicación de masas, dan lugar a nuevos patrones de comunicación en las familias, lo cual tiene como resultado que las relaciones personales vayan perdiendo intimidad y firmeza. ¿Quedarán los niños de las generaciones venideras expuestos a un creciente volumen de mensajes desorientadores de doble-ligadura, junto con un aumento de sofisticación superficial de los patrones de hábitos sociales? Las opciones posibles que ofrece ahora la sociedad para las satisfacciones no familiares de las necesidades emocionales de los adolescentes, ¿son a la vez lo suficientemente atractivas y capaces de dar apoyo suficiente al crecimiento? Podemos predecir que la "terapia" de la familia sólo tendrá éxito si la sociedad no le hace una demanda imposible de satisfacer a la vida familiar y a los papeles desempeñados por los padres.

3 *El autor quiere expresar su agradecimiento al doctor Oscar R. Weiner, por sus importantes contribuciones en calidad de coterapeuta y conceptualizador de la dinámica del proceso de tratamiento de la familia de la cual hemos venido hablando en este capítulo. El doctor James L. Framo se echó encima la penosa tarea de leer y revisar el manuscrito con gran pormenor y detalle; él, lo mismo que las señoras Geraldine Spark y Geraldine Lincoln hicieron numerosas y útiles indicaciones que permitieron mejorar este capítulo.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berne, E. (1964). Games people play; the psychology of human relationships. Nueva York: Grove Press.
- Boszormenyi-Nagy, L. y Framo, J. L. (1961). Hospital organization and family oriented psychotherapy of schizophrenia. Proceedings of the 3rd World Congress of Psychiatry, Montreal.
- Boszormenyi-Nagy, L. y Framo, J. L. (1962). Family concept of hospital treatment of schizophrenia. En J. H. Masserman (dir.) Current psychiatric therapies, vol. II. Nueva York: Grune & Stratton.
- Brody, M. W. y Mahoney, V. P. (1964). Introjection, identification, and incorporation. Int. J. Psycho-Anal. 45, 57-63.
- Buehler, C. (1962). Values in psychotherapy. Glencoe, Ill. Free Press. Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbances and their relationship to schizophrenia. Psychoanal. Quart. XI, 301-321.
- Eissler, K. R. (1963). Notes on the psychoanalytic concept of cure. Psychoanal. Study of the Child. 18, 424-463.
- English, H. B. y English, A. C. (1958). A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms. A guide to usage. Nueva York: Longmans, Green & Co.
- Farber, L. H. (1958). The therapeutic despair. Psychiatry 21, 7-20. Freud, S. (1919). Turnings in the ways of psychoanalytic therapy. En Collected papers. Nueva York: Basic Books (1924), págs. 394-402. Guntrip, H. (1960). Ego-weakness and the hard core of the problem of psychotherapy. Brit. J. med. Psychol. 33, 163-184.
- Johnson, A. M. y Szurek, S. A. (1952). The genesis of antisocial acting out in children and adults. Psychoanal. Quart. 21, 323-343.
- Kanzer, M. (1957a). Acting out, sublimation, and reality testing. J. Amer. Psychoanal. Assn. 5, 663-684.
- Kanzer, M. (1957b). Acting out and its relations to impulse disorders. Panel Report. J. Amer. Psychoanal. Assn. 5, 136-145.
- Rank, O. (1950). Will therapy and truth and reality. Nueva York: Knopf. Rapaport, D. (1958). The theory of ego autonomy. Bull. Menninger Clin. 22, 13-35.
- Rubinstein, D. y Weiner, O. R. (1964). Co-therapy teamwork relationship in family psychotherapy. (Con la colaboración de Boszormenyi-Nagy, L., Dealy, M., Framo, J. L., Lincoln, G., Robinson, L. y Zuk, G.) Docto. leído en la Conference on Family Process and Psychopathology: Perspectives of the Clinician and Social Scientist. Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Filadelfia, Octubre.

Ryckoff, I., Day, J. y Wynne, L. C. (1959). Maintenance of stereo-typed roles in the families of schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiat.* 1, 93-98. Schaffer, L., Wynne, L. C., Day, J., Ryckoff, I. M. y Halperin, A. (1962). On the nature and sources of the psychiatrists' experience with the family of the schizophrenic. *Psychiatry* 25, 32-45. Schmideberg, M. (1948). Parents as children. *Psychiat. Quart. Supl.* 22, 207-218. Searles, H. (1961). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. *Brit. J. Med. Psychol.* 34, 169-193. Spiegel, J. P. (1957). The resolution of role conflict in the family. *Psychiatry* 20, 1-16. Whitaker, C. A. y Malone, T. P. (1953). *The roots of psychotherapy*. Nueva York: Blakiston.

Cap. 4 FUNDAMENTOS Y TÉCNICAS DE LA TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA

JAMES L. FRAMO

Fundamentos, 185.
Fases iniciales de la terapia familiar, 198.
Fases intermedias de la terapia familiar, 205.
Fases finales de la terapia familiar, 243.
Evaluación de la terapia familiar, 246.
Referencias bibliográficas,

LAS OBRAS EN QUE SE HAN EXPUESTO técnicas psicoterapéuticas, han poseído tradicionalmente la virtud del atrevimiento y los riesgos de la revelación.* Algunos terapeutas muy experimentados, no sólo han puesto en duda qué tanto puede considerarse recomendable la publicación de libros y artículos sobre esta técnica, sino creen sinceramente que es fútil tratar de expresar en lenguaje bien articulado lo que un terapeuta hace o debería hacer. Creen legítimamente que los intentos de comunicar y analizar el proceso terapéutica padecen

* *El autor reconoce su deuda con el doctor Ivan Boszormenyi-Nagy, no solamente por haber sido el innovador que condujo al Programa de Terapia familiar hacia los discernimientos de ésta, sino por haber aportado los sistemas de organización y la inspiración general que ayudaron a promulgar muchas de las ideas que aparecerán en este capítulo. La fecundación recíproca, de conceptos y opiniones que ha tenido lugar a lo largo de las conferencias que se han efectuado, se refleja también en este capítulo. Quiero agradecer especialmente al doctor Oscar R. Weiner el haber participado conmigo en muchas discusiones que dieron como resultado su aportación, consciente e inconsciente, de ideas. Los doctores Boszormenyi-Nagy y Weiner han leído el capítulo y ofrecido útiles indicaciones. El autor quiere manifestar su reconocimiento a los mentores y amigos que influyeron en su desarrollo personal y profesional: Dres. James R. Frakes de la Lehigh University, Joseph J. Rubin de la Pennsylvania State University, Wayne H. Holtzman de la University of Texas, Leslie Phillips del Worchester State Hospital, Sylvan S. Tomkins de la Princenton University, y Morris D. Galinski de Filadelfia.*

siempre, a causa de la interpretación, y que las comunicaciones fundamentales, en todas las formas de psicoterapia, son intuitivas, sentidas, inexpresadas verbalmente e inconscientes. Gran parte de lo que se comunica entre pacientes y terapeutas se expresa mediante el tono de la voz, mediante gestos, expresiones, impresiones sensoriales, sentimientos y multitud de otros estados casi incommunicables. Sólo una pequeña parte del trato terapéutico tiene lugar mediante palabras. Además, desde hace mucho tiempo, los supervisores de la terapia han sabido que existe frecuentemente una amplia discrepancia entre lo que un terapeuta dice que hace y lo que realmente hace. Por ejemplo, puede creer que está trabajando con material muy profundo, no obstante lo cual su influencia en el paciente tal vez sea muy somera; otro terapeuta podrá creer que lo único que está haciendo es psicoterapia de apoyo al tratar exclusivamente problemas de la realidad, y descubrir, sin embargo, para su asombro, que el paciente está profundamente involucrado.

Otra razón que se esgrime en contra de la definición de técnicas, es que todos los terapeutas difieren muchísimo en lo tocante a personalidad, estilo, actividad, calidad de enfoque, metas, etcétera, hasta cuando son miembros de la misma escuela psicoterapéutica. Además, por más que se lea en materia de técnica, ese solo hecho no convertirá a uno en psicoterapeuta efectivo. Desde hace mucho tiempo se sabe, aunque rara vez se haya declarado, que la psicoterapia que tiene sentido requiere del terapeuta algunas características de su personalidad (difíciles de especificar, ciertamente), que puedan ser desarrolladas bajo tratamiento personal y supervisión detallada y competente. Esta supervisión, para ser eficaz, deberá tener lugar en una atmósfera "terapéutica" libre, que permita el examen de los sentimientos del alumno.

Otros razonamientos se han aducido en contra de las obras que versan sobre técnica; a saber, los que se fijan en la naturaleza de la psicoterapia. Es opinión del autor que aún sabemos muy poco, de carácter definitivo, acerca de lo que ocurre en la psicoterapia, porqué ocurre, cómo se ayuda a la gente y qué es lo que realmente constituye una ayuda. Desde el punto de vista subjetivo del paciente, el ingrediente decisivo, terapéutico, de la psicoterapia -cualquiera que sea la teoría en la que se base, e independientemente de lo que haga o deje de hacer el terapeuta- puede ser simplemente el hecho de que el paciente llega a sentir que le importa a alguien, independientemente de cómo interprete ese "interés de alguien" o "amor".

Cuando el paciente comienza a sentir que le importa a alguien, empieza también a interesarse por sí mismo. A veces, puede sentirse "amado" sobre la base de un sueño de transferencia. Desde el punto de vista del conceptualizador, que está obligado a explicar el factor terapéutico de la psicoterapia como mecanismo dinámico, explicativo, se ha dicho que el amor no es suficiente. Se presume que hay otros elementos determinantes: la singularidad de la relación terapéutica, el descubrimiento, la interpretación oportuna, la paulatina labor de penetración. Pero se necesita un paciente muy maduro para darse cuenta de que lo que el terapeuta puede dar -destreza técnica, confiabilidad, objetividad relativa, sentimiento de confianza, interés relativamente carente de ambivalencia en el crecimiento del paciente y verdaderamente equivale a lo que llamamos amor. ¿Qué paciente no le ha preguntado al terapeuta, en un momento de desprevenida sinceridad, verbal o no verbalmente: "dígame, ¿se interesaría en mí, si no fuese este su trabajo o si no le pagase". ¿Qué paciente, en un estado de alerta superagudo, no se ha puesto a buscar señales de que el terapeuta está haciendo algo "extra" por él, fuera de la estructura de su dádiva habitual, o a buscar indicios de que el terapeuta se está portando como una persona real, para él? Al advertir estas necesidades del paciente, en toda la gama de la psicopatología, cada terapeuta, independientemente de cuál sea su orientación, en cada momento de decisión (por ejemplo, cómo presentar una interpretación; cómo saber si debe o no revelar sus sentimientos al paciente; a qué parte de las producciones del paciente debe responder, etcétera) tiene que hacer una elección a lo largo de la dimensión siguiente: ¿Deberé darle satisfacción o deberé frustrarlo? ¿Se beneficiará más el paciente si cedo, que si me mantengo firme y no lo hago? ¿Está el terapeuta tan seguro de que el efecto de su actividad o de su no actividad puede ser tan inespecífico, como por ejemplo, el alimentar o no alimentar? Si suprimimos la deformada fantasía del paciente que le hace creer que fue "amado" cuando niño, ¿la sustituimos con alguna otra cosa, o será mejor que alentemos la aceptación de su pérdida? Estas cuestiones van más allá de las simples consideraciones técnicas.

Aunque las críticas a la exposición de la técnica tienen validez, incumbe a quienes la practican abrir las puertas del consultorio y tratar de hacer llegar a sus colegas informaciones acerca de cómo conducen las sesiones de tratamiento. De otra manera, la práctica, la teoría y la investigación avanzarían por caminos separados, sin coordinación ni integración, y sin que pudiese llegar a constituirse jamás una disciplina sistemática de la estructura terapéutica.

Es especialmente importante revelar procedimientos, cada vez que se descubre un nuevo campo de trabajo terapéutico. Por ejemplo, en la terapia familiar, es preciso considerar una multitud de variables nuevas, peculiares del enfoque a través de la familia, además de aquéllas ya increíblemente complejas de la psicoterapia individual y de grupo. Sin embargo, este capítulo sobre técnicas de terapia familiar no pretende ser un tratado o manual de cómo realizarlas. Una lista de reglas directivas, no sólo sería prematura, sino presuntuosa. Más bien, daremos a conocer una serie de principios derivados de nuestra propia práctica de la terapia familiar, así como una descripción del desarrollo de técnicas que nos han parecido útiles, prometedoras, limitadas o antiterapéuticas. Las opiniones expresadas en este capítulo constituyen una ampliación de aquellas que anteriormente describieron nuestro trabajo (Framo, 1962). Las aseveraciones que se leerán en seguida, reflejan nuestras experiencias de aprendizaje, los cambios en nuestras concepciones y un mayor refinamiento y sutileza en el enfoque familiar respecto a la anterior publicación.

Es preciso subrayar desde el primer momento, que los fundamentos y las técnicas que habremos de describir se desarrollaron en determinadas condiciones y en un marco particular. En el capítulo tres han sido descritos con mayor detalle este marco y la historia del desarrollo de la unidad. El nuestro es uno de los escasísimos equipos de trabajo en los Estados Unidos, que llevan a cabo la terapia familiar a largo plazo. Creemos que existen algunos parámetros profundos del sistema de la familia que sólo pueden revelarse mediante un amplio trabajo con ésta.

Aunque muchas de nuestras observaciones se fundaban originalmente en el trabajo con familias que tuviesen un miembro femenino esquizofrénico, hace varios años comenzamos a tratar familias en las que figuraban pacientes designados de uno y otro sexo y edades variables, y cuyos síntomas representaban la gama completa de la psicopatología, desde los trastornos del carácter y de la personalidad, hasta las reacciones neuróticas, somáticas y psicóticas. Sin embargo, y para hablar con mayor exactitud, hay que señalar que ya no nos ocupamos, desde el punto de vista del diagnóstico, de categorías o síntomas psiquiátricos. Los síntomas en el paciente designado, frecuentemente cambian de una semana a otra, y entendidos como respuestas inespecíficas a los reordenamientos en el sistema familiar que está siendo sometido a modificación terapéutica, pueden desplazarse de un miembro de la familia a otro.

Nuestro criterio de admisión a la terapia ya no se basa en el individuo, sino en la familia. En el capítulo 7, escrito por Wynne, se encuentra una exposición detallada de los criterios para la selección de familias en la terapia familiar. Nos hemos ajustado a algunas normas concretas. Las familias que han sido remitidas al programa son objeto de observación, a lo largo de varias sesiones de evaluación, no sólo para obtener una estimación preliminar de la dinámica de la familia, sino también para determinar la clase de motivación que está operando dentro de ella.

Es sumamente raro que una familia exprese unánimemente una motivación (por ejemplo, que diga: "necesitamos que se nos ayude como familia"); y cuando esto ocurre, podemos descubrir que están operando otras estrategias. Por ejemplo, una institución privada, muy cara, que permitía la permanencia por tiempo limitado únicamente a las pacientes, nos envió varias familias cuyos padres, al enterarse de que proporcionaríamos hospitalización si las familias se mostraban de acuerdo en participar en el tratamiento, pudieron entonces "entender" fácilmente el problema como de la familia. En tales casos, la motivación inicial de la familia fue ahorrar dinero y encontrar un hospital en el cual pudieran internar al paciente designado.

Al principio de nuestro trabajo, propendíamos a aceptar familias independientemente de cual fuese la motivación existente (las más de las veces orientada característicamente y de manera exclusiva, a obtener ayuda para el paciente designado). Por falta de conocimiento, atamos nuestras manos y aceptamos la variedad de excusas que se nos ofrecieron para justificar la ausencia de un importante miembro de la familia: uno de los hijos no podía perder clases, la abuela se turbaría mucho en las reuniones, el trabajo del padre le impedía asistir a todas las sesiones, etcétera. Gradualmente, fuimos aprendiendo, gracias a nuestros errores, y lo que es más importante, fuimos confiando cada vez más en el valor de lo que estábamos ofreciendo; hemos llegado a exigir más a las familias, al establecer condiciones para su aceptación en el programa -a comienzos del proceso de evaluación- que nos dan un máximo de capacidad de maniobra.

En la primera sesión, y a veces desde antes, se pide a todos los miembros de la familia que firmen una solicitud de evaluación, la cual introduce el concepto de que toda la familia debe participar regularmente en el tratamiento. Se estableció una cuota para las sesiones de trabajo (anteriormente, no se había exigido nada).

Durante las sesiones de evaluación, y con fundamento en la dinámica de la familia, determinamos cual habría de ser la "familia" con la que trabajaríamos; es decir, todos aquellos miembros de la familia inmediata y familiares cercanos, así como personas extrafamiliares que ejercen una influencia comprobable sobre el sistema familiar total. Los miembros designados tenían que aceptar arreglar sus horarios, de manera que pudiesen asistir todos a las sesiones semanales. Y por último, en respuesta al interrogatorio de exploración, la familia tenía que dar indicios, durante las sesiones de evaluación, de que prestarían verdadera atención a los problemas familiares, aparte de los que tuviesen que ver con el paciente designado. Aunque tal vez no sea posible conseguir que los padres o los hermanos "sanos" reconozcan que tienen problemas, es preciso plantear la cuestión y discutirla a fin de colocar la terapia familiar sobre una base terapéutica más realista. Los terapeutas deberían preguntar a cada miembro de la familia: "¿qué cambios le gustaría que se hiciesen en la familia, para beneficio de usted mismo?", o "¿qué cambios desearía afectar en sí mismo, para mejorar su propia vida?" Las preguntas formuladas de esta manera poseen la cualidad de no insinuar culpabilidad ni enfermedad, con todas las apreciaciones morales y axiológicas de éstas.

El hospitalizar o no al paciente designado comenzó a depender de la dinámica familiar, así como del estado psiquiátrico de aquél. (Después de que un paciente queda hospitalizado, la presencia o ausencia de síntomas no determina si habrá de permanecer o no en el hospital. A veces enviamos a su casa a pacientes con síntomas psicóticos activos, cuando creemos que este procedimiento nos permitirá adquirir una fuerza mayor para tratar el sistema familiar.) Desde esta posición de fuerza, no sólo pudimos tratar la "maniobra del miembro ausente" (Sonne, Speck y Jungreis, 1962) al conservar la opción de obligar a cualquier miembro de la familia a asistir, sino que posteriormente pudimos ser más flexibles y permitir que algunos miembros presentasen excusas válidas, faltaran a las sesiones, y también conservaran la libertad de trabajar con subsistemas familiares. Anteriormente, descubrimos que cuanto mayor era la resistencia que ofrecía la familia a traer a un determinado miembro de la misma, tanto más necesaria era la presencia de éste para comprender el sistema total. Por supuesto, aumentó el número de deserciones precoces; las familias nos telefoneaban para decir, "decidimos que, verdaderamente, no necesitamos ayuda"; "ahora todo está mucho mejor", "mi esposo no puede abandonar su trabajo"; "ustedes, los médicos, no nos dijeron cómo tratar a nuestra hija enferma"; "decidimos enviar nuestra hija a un psiquiatra, o a otro hospital". No obstante, hemos encontrado que las familias que perseveran en el proceso de evaluación, propenden menos a interrumpir el tratamiento una vez que advierten todo lo implícito en la terapia familiar. En la medida en que la terapia familiar exige un gasto de tiempo y esfuerzos del personal fuera de lo común, es necesario un proceso de selección. Estos son, pues, los métodos que hemos desarrollado para tratar los problemas de motivación en aquellos miembros asintomáticos de la familia, que comúnmente no habrían solicitado nunca la

psicoterapia para sí mismos, ya que sus conflictos intrapsíquicos son canalizados intrafamiliarmente. Gracias al surgimiento de la terapia familiar, por primera vez estamos logrando que unas personas traigan a otras para que reciban tratamiento. Es una ventaja, no exenta de inconvenientes, que la terapia familiar ponga en juego -como pacientes- a las personas que, aunque ejercen una gran influencia en otras, a menudo quedan fuera de los alcances del tratamiento.

A pesar de nuestro sistema de selección, es preciso subrayar que nos encontramos todavía en las primeras etapas de la estimación de cómo motivar la terapia familiar. Hemos tratado a familias que, desde el punto de vista motivacional, al principio no parecieron ofrecer muy buenas perspectivas y más tarde recibieron grandes beneficios del tratamiento; también hubo unas que parecieron ser muy prometedoras durante el proceso de evaluación y luego no hicieron mayores adelantos.

Todo el personal, de ocho terapeutas, observa las sesiones iniciales de evaluación. Valiéndose de sus reacciones humanas globales, a las que toman como guía, dos terapeutas que han decidido trabajar juntos se ofrecen como voluntarios para tratar a una determinada familia. La base distintiva en que se funda la capacidad de una familia para provocar una respuesta de "encuentro" en algunos terapeutas, y las razones que nos han llevado a utilizar dos terapeutas que se han elegido el uno al otro, son temas interesantes que habremos de tratar con mayor amplitud más adelante, en este mismo capítulo. Por supuesto, no podemos determinar hasta qué punto un marco y un conjunto de condiciones diferentes de los adoptados nos habrían conducido a otras técnicas y conclusiones.

A manera de advertencia contra la interpretación literal de nuestras técnicas, diremos que es preciso reconocer que éstas se van desarrollando a partir de un proceso en marcha y son siempre incompletas. En este capítulo, solamente se describe una pequeña parte de los que hacemos realmente en el tratamiento cotidiano; ésto podrá explicar parcialmente la escasez de bibliografía sobre técnica de terapia familiar (Ackerman, 1960; Bell, 1961; Bowen, 1961; Jackson, 1961; Midelfort, 1957); a pesar de que ésta es cada vez más voluminosa (véase cap. 1, bibliografía).

Este capítulo está dividido arbitrariamente en las secciones siguientes: fundamentos; fases iniciales de la terapia familiar; fases intermedias de la terapia familiar; resistencia en la terapia familiar; problemas con yugales en la terapia familiar; el hermano "sano" en la terapia familiar; transferencia y contratransferencia; relación del equipo de coterapia; fases finales de la terapia familiar; y por último, una evaluación subjetiva de la terapia familiar. Cuando se estaba preparando el

capítulo, se descubrió que estas subdivisiones tomaban con naturalidad ese orden, como dimensiones importantes del proceso de terapia familiar.

FUNDAMENTOS

Es preciso reconocer que las técnicas son diseños o artificios, que llevan a la práctica el "conjunto de razones" (o fundamentos) de la terapia.¹ Nos encontramos en las etapas iniciales del desarrollo de una comprensión conceptual de los trastornos familiares y, por supuesto, las

¹ Aunque el interés en los conflictos familiares y los métodos empleados para arreglarlos tienen una larga historia, especialmente de parte de los trabajadores sociales, el hincapié específico dinámico y clínico en la familia, que se ocupa de las interacciones y transacciones mismas, así como el tratamiento conjunto de los miembros de la familia, son en gran parte fenómenos de la última década.

técnicas para tratar estos trastornos familiares van muy rezagadas respecto a la comprensión de los mismos. El conjunto de fundamentos de nuestro enfoque terapéutico sobre las familias, se basa en observaciones subsecuentes, que representan una "destilación" de nuestro conocimiento. Puesto que nuestras primeras experiencias han tenido que ver con familias en las que existía un miembro esquizofrénico, se podría poner en tela de juicio la posibilidad de generalizar estos descubrimientos y hacerlos válidos para la dinámica familiar en general. Sin embargo, nuestra experiencia mas reciente nos indica que deberían utilizarse los procesos del sistema patógeno para diagnosticar familias, y que tales procesos no respetan las categorías convencionales de diagnóstico. Todas las familias tienen propiedades de sistema, cualquiera que sea la forma que puedan cobrar los síntomas manifiestos de uno de sus miembros. Tal vez parezcan contradictorias algunas de las aseveraciones siguientes, pero son aplicables a diferentes niveles de inferencia y se consideran válidas para éstos.

1) A menos que se haya tenido la experiencia de observar juntos a los miembros de una familia, durante cierto periodo, será difícil captar todas las implicaciones de la noción de que la esencia de un trastorno psiquiátrico puede ser una manifestación familiar, y que el "paciente" designado es tan solo el síntoma más obvio, a través del cual el sistema familiar manifiesta su patología. Cuando uno ve por primera vez la familia de un esquizofrénica, por ejemplo, es difícil concebir la esquizofrenia como un trastorno familiar, pues el paciente parece ser muy diferente de los demás miembros. La interconexión de los problemas de la familia se confirma a menudo dramáticamente, al observar una sesión familiar después de un periodo de tratamiento e intentar señalar al miembro enfermo.

Tal vez podamos ilustrar algunas de esas ideas, comparando los enfoques terapéuticos individual y familiar del mismo problema.

Remitieron a nuestra unidad a una paciente con los síntomas siguientes: se mostraba suspicaz y se sentía perseguida en la oficina en la cual trabajaba. Estaba encargada de la mensajería y creía que estaba prestándose a enviar mensajes de intención ominosa. Comúnmente, en un buen departamento psiquiátrico, la habrían entrevistado, posiblemente hospitalizado, quizá le habrían practicado pruebas psicológicas y presentado su caso en una sesión diagnóstica ante todo el personal del servicio. Surgirían polémicas en torno a si era o no esquizofrénica, y en caso afirmativo, de cuán maligno era el caso; también se oirían algunas especulaciones acerca de su dinámica en términos intrapsíquicos. Una trabajadora social rendiría el informe de entrevistas con los padres, que ofrecerían un relato pormenorizado de la historia del desarrollo y los antecedentes de la paciente. Después de una exposición objetiva de la extracción y los antecedentes de los padres, la trabajadora social haría algunas observaciones concomitantes acerca de los padres, y tal vez expresaría algunos comentarios en torno a sus peculiaridades personales, de lo

preocupados que parecían estar o lo responsables que parecían ser. Después de tal sesión diagnóstica, se establecería un programa de psicoterapia individual para la paciente, y tal vez la trabajadora social se encargaría de atender a uno o ambos padres.

Ahora, comparemos este enfoque característico con lo que supimos después de unas cuantas sesiones con esta muchacha y su familia, juntos.

Después de vencer la resistencia de los padres y la paciente a hablar acerca de los síntomas de la paciente y sus problemas en el trabajo, nos enteramos de que la paciente designada estaba atrapada en una paranoia de toda la familia, que sus síntomas no eran sino parte componente de una red. De los diversos niveles de complicación y toda la maraña de relaciones, fue emergiendo claramente un conjunto de hechos. Varios años antes, el padre se había vuelto extremadamente celoso; había comenzado a sospechar que su esposa se enredaba con cuanto hombre encontraba, y se había dedicado a vigilar constantemente y comprobar todos y cada uno de sus movimientos. A veces, la paciente fue empleada por su padre como emisario en estas misiones. Los celos del padre menguaron después; y más recientemente, la madre manifestó los mismos celos irracionales y violentos que anteriormente había ostentado su esposo, basando sus sospechas en las pruebas más frágiles imaginarias. De nuevo se le pidió a la paciente que actuase como mediadora entre sus padres, papel que aceptó ambivalentemente, desplazando su rabia, desconfianza y excitación sobre su situación de trabajo.

Las transacciones de esta familia, lo mismo que las de todas las demás que hemos visto, nos han permitido descubrir que parte del problema reside en cada miembro de ella, a manera de aspectos separados de un acertijo de muchas capas.

2) El sistema familiar posee mecanismos reguladores propios, que controlan los mecanismos colectivos de sus miembros individuales. Hay algo más que la dinámica inconsciente de cada persona; los complejos procesos del sistema que está en marcha gobiernan las motivaciones individuales. A pesar de las numerosas tramas y subtramas, la familia sigue siendo una unidad. Cada miembro de la familia utiliza a los demás para compensar su propia patología. Sin embargo, no se trata de una persona que actúa sobre otra; puede ser cualquier persona que afecte toda la estructura transaccional. Aunque algunos sucesos, tales como la psicosis o la delincuencia, pueden introducir una grave tensión y romper el equilibrio existente, si trastornan el sistema de la familia, a veces pueden ser absorbidos rápidamente por el sistema y pasar a formar parte del modo de vida de la familia. A veces, la psicosis repentina de un miembro puede crear una enorme ansiedad en la familia, semejante a

la que se genera cuando una fantasía o un juego peligroso amenazan con convertirse en reales.

3) Cada miembro de la familia tiene que "encajar" en las reglas del juego familiar (Haley, 1959). El apartarse de este "acomodamiento" por algunos de los miembros, da lugar a una serie graduada de admoniciones, la más extrema de las cuales es la amenaza de abandono (castigo que casi nunca se da en forma permanente, porque cada parte es necesaria para el todo). Los miembros de las familias indiferenciadas nunca han aprendido que es mejor contar con el amor voluntario de un ser humano libre y separado, que con el "amor" resultante de la esclavitud emocional. A veces, un miembro de la familia trata de deshacerse de este papel: comúnmente, el padre recorre su serie de protestas sutiles y luego renuncia; son demasiado grandes sus necesidades para poderse mantener alejado si se separa. Frecuentemente, lo que parece un gesto de separación por parte de una adolescente constituye en realidad un esfuerzo por conseguir que los padres se interesen en ella. (Por ejemplo, la hija que indirectamente hace saber a sus padres que mantiene una relación amorosa inconveniente.) En raras ocasiones alguien, por lo común uno de los hermanos llamados "sanos", logra liberarse pero la "liberación" es violenta y los antiguos conflictos se trasladan a las nuevas relaciones. Muchas personas se engañan a sí mismas creyendo que si se alejan de su hogar, y no vuelven a ver nunca a la familia durante el resto de sus vidas, ya no tendrán que ver nada con ella.

En la gran mayoría de las familias observadas (especialmente los sistemas más apretados, que sólo cuentan con un hijo), todos los intercambios emocionales significativos están contenidos en el sistema social cerrado y completo de la familia, y se mantiene poco o ningún contacto con el mundo exterior. Una minoría de las familias observadas por nosotros, constantemente lanza señales de alarma y compromete a otros miembros de la comunidad. Vecinos, policías, trabajadores sociales, psiquiatras, etcétera, frecuentemente cumplen la tarea de proporcionar control exterior o "alimento" complementarios a estos "egos familiares" deficientes.' En toda comunidad existe alguna de estas familias, con la que han tenido que ver todas las instituciones de servicio social; algunos de los miembros de estas familias son conocidos de muchos de los psiquiatras de la ciudad, pues la familia ha consultado a todos en algún momento.

a El autor reconoce que varios términos técnicos comúnmente empleados en otros marcos teóricos (especialmente del psicoanálisis) han sido trasladados al campo de la terapia familiar (ego de la familia, resistencia de la familia, etcétera). Al penetrar en un campo nuevo, uno tiene naturalmente que hacer uso de términos ya conocidos, aun cuando preserven un significado específico, restringido, dentro de un sistema teórico. Sin embargo, la creación de términos técnicos nuevos poseería un valor de comunicación menor en estos momentos.

4) En la familia menos diferenciada, es más probable que los padres no puedan ver a sus hijos o cada uno de los cónyuges al otro como lo que realmente son, sino, por el contrario, como pantallas en las cuales pueden proyectarse, o bien como imagos a través de los cuales pueden tratar de aliviar anhelos y heridas del pasado, aún dolorosas, que nacen de sus experiencias originales con sus propias familias. Así pues, cada familia tiene sus propios restos fósiles preservados de generaciones pasadas, que en gran parte determinan lo que ocurre en el presente. Aunque es rara una representación de uno a uno, tiene algún mérito tratar de descubrir a cuál figura clave o fusión de personajes del pasado de cada uno de los padres representa el paciente. Sin embargo, como necesitan que se les considere padres buenos, los progenitores frecuentemente exhibirán preocupación obsesiva por algún aspecto del paciente, su salud física, su cociente de inteligencia, sus granos, su peso, su manera de hablar, su ropa, etcétera.

5) El paciente designado acepta a medias su papel de chivo expiatorio y sacrifica su autonomía, a fin de llenar las lagunas y vacíos en las vidas de sus padres o en la relación conyugal de éstos, para ajustarse a alguna noción preconcebida por los padres acerca de lo que él debería ser, o para preservar la estabilidad de sus progenitores. No puede evadir ninguno de los papeles asignados, ya sean de esposa, espoco, amigo, madre, padre, abuelo, sustituto sexual, hermano del padre, amigo del padre, objeto de ambición o de venganza. Además, el paciente ha quedado sujeto a lo que llamamos síndrome del "yoyo"; es atraído hacia los padres cuando éstos lo necesitan, o apartado e ignorado cuando sus propias necesidades pasan a primer plano. El franco rechazo nunca se expresa, y si se expresase podría manejarse mejor que el continuo provocar al paciente con un amor prometido, que nunca se entrega del todo o se sostiene. (En el transcurso de la terapia familiar, hemos descubierto que también los padres tuvieron experiencias de "yoyo" semejantes, con sus propios progenitores.) El paciente trata de rechazar el papel que le han asignado, al propio tiempo que se siente estimulado por sus cualidades interesante; a través de su conducta, pregunta constantemente "¿qué es lo que debo hacer o ser, para que se me acepte?".

El concepto familiar de terapia aclara el proceso de deterioro de la realidad. Por lo común, los niños desarrollan su capacidad para el pensamiento abstracto, ejerciendo de manera natural sus dotes intelectuales genéticas. Sin embargo, cuando prevalecen irrealidades en las mentes de los propios padres, al niño no le queda más remedio que ajustarse a tales irrealidades. Poderosas presiones de culpabilidad e implicaciones de traición o de deslealtad podrán ejercerse sobre el niño, si persiste en su búsqueda de la realidad. Estas presiones no sólo obligarán al niño a renunciar a la

realidad, sino que pueden bloquear los niveles superiores de razonamiento, asociados con el pensamiento abstracto. Al cabo de un tiempo, la irrealidad de los padres se convierte en la irrealidad del hijo. Gradualmente, a lo largo de los años, se "entrena" al paciente designado para que se convierta en encarnación viviente de la imagen proyectada. Sin embargo, encontrarse en la posición receptora de la proyección de la imagen interna de alguna otra persona, puede ser una experiencia particularmente frustrante y desconcertante, si ese alguien es una persona de la cual se tiene necesidad vital; tiene uno que verse como malévolo, echado a perder, precoz, engañoso, o lo que sea, y nada hay que pueda hacerse o decirse para cambiar esta opinión. Uno de los estados emotivos más desconcertantes y dolorosos es el que resulta de que los motivos decentes o autónomos de uno se tuerzan y deformen, hasta convertirse en algo malo o insalubre.

Una paciente sometida a terapia individual y familiar empezaba a volverse autónoma; le hacía menos confidencias a la madre y ya no le permitía que la peinase. La madre, al apreciar el retraimiento y sentirse amezada por el relajamiento del lazo simbiótico, reaccionó con un "debes estar enfermándote de nuevo; será mejor que te lleve de nuevo al hospital". La paciente, que ya se sentía dolorosamente vulnerable porque la llamasen "enferma", se aterró y cayó -en estado de ansiedad, sobre todo porque le resultaba muy tentador hacerle confidencias a la madre o permitirle que la peinase.

Con base en tales datos, tal vez podamos comprender de manera más completa la génesis de algunos de los síntomas clásicos de la esquizofrenia (perplejidad, desarmonía del afecto, etcétera). Mientras los síntomas del paciente designado a veces pueden traducirse psicodinámicamente como expresión de algún fenómeno familiar (por ejemplo, la expresión por parte del paciente, en forma exagerada o simbólica, de los síntomas subclínicos de un padre, o algún comentario solapado acerca de la relación conyugal), otras veces tienen poco o ningún significado en términos familiares o intrapsíquicos, y con el tiempo se comprueba que son epifenómenos o "ruido" no específico. A menudo, el paciente designado envía la señal de SOS mediante síntomas y acciones tan engañosas como dolores de estómago, robarse un automóvil, encerrarse en una habitación, faltar a clases o tener alucinaciones. Es infortunado que se hayan empleado tantos años en desarrollar categorías nosológicas precisas para individuos con tratamientos específicos para estados específicos. Aun los terapeutas familiares han contraído el hábito de caracterizar a las familias mediante los síntomas manifiestos del paciente designado (por ejemplo, familias esquizofrénicas, familias con acting out, etcétera). Una de nuestras tareas para el futuro, respecto a la cual ahora mismo se están llevando a cabo esfuerzos preliminares, consiste en tratar de establecer diagnósticos transaccionales más significativos para las familias.

6) Por lo común, quienes han alcanzado una distinción relativamente clara entre el yo y el no yo, se dan cuenta de que el percatarse de una necesidad no es garantía de la satisfacción de la misma, y también de que el desear una conducta externa de parte de alguna otra persona no puede provocar mágicamente ésta, tal como el deseo de mover las propias manos hace que éstas se muevan. Sin embargo, en las familias en las que las fronteras del ego de los individuos miembros son difusas y en las que les cuesta gran dificultad distinguirse a unos de otros, existen en verdad ocasiones en que un miembro de la familia no tiene más que desear o querer la satisfacción de una necesidad para conseguirlo. La madre que alimenta a su hijo cuando ella siente hambre, puede convertir al niño en adicto a reaccionar a las necesidades inexpresadas verbalmente de la madre, y este fenómeno puede extenderse hasta convertirse en una omnipotencia y una magia que abarquen a toda la familia, y que pueden ser sumamente difíciles de deshacer. ¿Por qué habrían de cambiarse estas profundas satisfacciones por la realidad? La perpetuación y lo "pegajoso" de las necesidades preverbales placentero-dolorosas, constituye la resistencia principal al cambio en la familia. Cuando se hacen intentos para modificarlas o eliminarlas, las otras maneras posibles de relacionarse son apreciadas por los miembros de la familia como el horror de los horrores, el agónico estado de irrelacionalidad. Temen llegar al punto en que nada de lo que hagan, posean o lleguen a ser, tenga importancia para nadie. De diversas maneras, las familias que discuten abiertamente o que se relacionan de maneras humillantes, se encuentran mejor de lo que estarían en un estado de fútil "nadería".

7) Dondequiera que hay hijos trastornados existe un matrimonio trastornado, aunque no todos éstos dan lugar a hijos trastornados. En algunas familias más diferenciadas, el matrimonio existe en gran parte sobre la base de lo que aportan los niños. Los padres han renunciado el uno al otro desde hace tiempo, y viven juntos con escaso o ,ningún sentido de relación real, salvo para cumplir la función de objetos para la hostilidad proyectada o como representativos de introyecciones. A fin de evitar el conflicto intimidad-despego, se pueden hacer diversos arreglos para mantener el divorcio emocional: absorción al ver la televisión cuando se encuentran juntos; aceptación de empleos por parte del esposo, que lo mantengan alejado del hogar; excesiva participación de la esposa o del esposo en causas, organizaciones o clubes; intensificación de la relación de los padres con miembros de sus familias de origen, etcétera. Algunos de estos matrimonios podrían funcionar bien si no tuviesen hijos. Hay ocasiones en que la relación de los padres con un hijo, por lo común

el paciente designado, puede ser más fuerte y significativa que cualquier otra. El paciente cuyos propios sentimientos edípicos han sido realizados en tales condiciones, descubre que nada que le ofrezca alguien que no pertenezca a la familia puede competir con la estimulación prometida por los objetos amorosos primarios, o estar a la altura de la misma. Al ofrecerse a sí mismos, los padres pueden inculcar una convicción para toda la vida, realmente incorporada en la personalidad del sujeto, que impedirá que el paciente encuentre jamás vida satisfactoria fuera de la familia. Puesto que la satisfacción sexual real que se ofrecen los padres es limitada o inexistente, pueden acudir al hijo en busca de amor sexual. Cuanto más comprometidos están los hijos en el matrimonio y los utilizan los padres, tanto mayor es la amenaza de incesto y la posibilidad de que el hijo contraiga una psicosis. La expresión de sentimiento sexual respecto al hijo, puede ir desde una patente conducta de seducción, hasta una tentación sexual preconscious o inconsciente, contra la cual los miembros de la familia tienen que defenderse mediante amenazas o alejamiento repentino. No es común encontrar familias en las que se produzca una expresión sexual incestuosa real. Una severa inhibición sexual, en una atmósfera permanente de gran tentación, es más característica. Los miembros de la familia ni siquiera pueden permitirse dar muestras normales de afecto o exhibir una sexualidad juguetona; algunos ni siquiera se atreven a tocarse.

Casi siempre el paciente está enredado en el matrimonio, aunque en algunas situaciones, hemos visto que ha estado excluido de la pareja matrimonial; en estas circunstancias, los padres lo consideran como una especie de fenómeno o monstruo, como una pieza de maquinaria mal diseñada que no da buen servicio. Aunque el paciente pudo haber sido una "víctima" en sus primeros años, a causa de un ego inmaduro, al llegar a la adolescencia deja de serlo, porque entonces es sin duda parte del sistema familiar. Por ejemplo, no siente que pueda organizarse una vida para sí mismo, a menos que sus padres lleven una vida propia, con algún grado de satisfacción recíproca. Por otra parte, se volverá más ansioso si sus padres alcanzan un mayor grado de intimidad.

8) Las concepciones psicoanalíticas tradicionales han hecho hincapié en los siguientes fenómenos intrapsíquicos, por considerarlos hipótesis fundamentales en la etiología de la esquizofrenia: una perturbación en la relación libidinal con objetos; un defecto en el ego, entendido como agente para la solución de problemas; un defecto en el ego, como experiencia en relación con el mundo-objeto pasado, presente y futuro; la existencia de una pulsión destructiva mayor que la común; un grado anormalmente grande de ansiedad; y una incapacidad de integrar y sintetizar todos los factores antes mencionados. Desde el punto de vista de un concepto transpersonal de la familia, la esquizofrenia o cualquier otra clase de enfermedad mental, no obstante sus manifestaciones proteicas, puede considerarse como la única reacción lógica, adaptativa a un sistema familiar ilógico, descompuesto. No

obstante las tentadoras satisfacciones proporcionadas por los padres y a pesar de una orientación simbiótica, el paciente designado es quien más vida puede perder; por consiguiente, a veces "desarrolla" la psicosis como una manera de hacer señales de que necesita ayuda y cambio, al mismo tiempo que se ofrece para desempeñar el papel de persona sacrificada y niega que tenga algo que ver con el deseo de cambio en la familia. En relación con esto, es interesante especular acerca de cuán a menudo un acto de delincuencia juvenil puede interpretarse como la única manera "segura" de atraer la atención sobre una situación familiar intolerable. El paciente se siente demasiado culpable como para ser desleal con los padres, como descubre todo terapeuta cuando trata de interpretar el descontento obvio. No obstante, cuando el paciente trata de identificar la realidad en las deformaciones de la familia, ésta a menudo pone el marbete de "enfermo" sobre ese esfuerzo y cuando es hospitalizado, los médicos (y la sociedad, en efecto) refuerzan y confirman el diagnóstico de la familia. Estas consideraciones nos han llevado a evitar la hospitalización, salvo cuando ésta es absolutamente necesaria.

Los síntomas del paciente designado, aunque reconstitutivos y regresivos, crean muchos otros problemas. Desde hace tiempo se ha descubierto que algunas clases de síntomas provocan en otras personas actitudes que pueden afectar el curso del trastorno mismo (por ejemplo, el retraimiento pasivo a menudo provoca el matematicismo; el haraganeo obsesivo obliga a otros a que lo estén picando y empujando, las deformaciones paranoides o la conducta agresiva, pueden llevar a otros a castigar o a rechazar; los delirios pueden fascinar o repeler; la depresión provoca mezclas de compasión, impotencia e ira; el acting out sexual provoca envidia y asco; etcétera). Y también la porción intacta del ego del paciente psicótico tiene dolorosa conciencia del estigma de la enfermedad mental; algunas motivaciones y conductas del paciente pueden interpretarse como diversas maneras de lidiar con la carga intolerable de la vergüenza y del sentimiento de ser un "perdido".

La enfermedad mental puede servir también como medio para obtener ganancias secundarias para el paciente designado; primordialmente, como estratagema para alcanzar alguna ventaja intrafamiliar. Los padres ven con horror todos los síntomas antifamilia; y los que no lo son se consideran como molestias de poca importancia, son tolerados o aun "patrocinados" indirectamente. En términos generales, podemos decir que si el paciente da a los padres lo que necesitan, ya no se le considera

enfermo (un padre dijo: "¡Doctor, esta linda chica no puede estar enferma; me besa con tanto afecto!" Característicamente, una vez que desaparecen los síntomas antifamilia en el paciente designado, los padres carecen de motivos para proseguir la terapia familiar.

Como los esfuerzos terapéuticos se dirigen comúnmente hacia la vida joven que está sufriendo tanto y parece ser especialmente vulnerable, y como el paciente designado parece poseer una mayor capacidad de cambio (aunque esto no siempre se deba a la flexibilidad asociada a la juventud), se ha convertido en práctica común llevar a cabo el tratamiento individual junto con la terapia familiar. Algunos terapeutas de la familia están hondamente convencidos, a causa de su anterior experiencia orientada al individuo, de que la resolución de conflictos por medio de introyecciones sólo puede llevarse a través de un trabajo de transferencia de uno a uno. Arguyen también que en el tratamiento individual puede esperarse que el terapeuta alcance a satisfacer algunas de las necesidades del paciente, aunque a largo plazo; dicho tratamiento, a solas con el psicótico, frecuentemente amenaza convertirse en un vínculo de dependencia respecto al terapeuta para toda la vida (Hill, 1955). La perspectiva de este resultado puede ser la razón por la cual tantos terapeutas se muestran renuentes a tratar pacientes psicóticos. Algunos terapeutas se han convencido de que es necesario casi adoptar al esquizofrénico, a fin de enseñarle a vivir (Szasz, 1957). Otros, especialmente los terapeutas de Chestnut Lodge, consideran que el vínculo simbiótico entre paciente y terapeuta es una fase necesaria del tratamiento a largo plazo, y que se pueden resolver complicaciones resultantes (Searles, 1958, 1959a, 1959b).

Muchos aspectos de la conducta psicótica poseen la calidad de la conducta del niño de dos años, que está poniendo provocativamente a prueba a su madre. Esta conducta puede estar orientada a poner a prueba la preocupación del padre o de la madre y su interés en cuidarlo y atenderlo, pase lo que pase. Puede darse también en el hospital, teniendo como protagonistas al personal de enfermería y de sala, quienes desempeñan los papeles de sustitutos de los progenitores para el paciente (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1961, 1962). Si un terapeuta no abandona al paciente a lo largo de una tormentosa psicosis y le sigue prestando ayuda después, entonces el paciente puede comenzar a confiar en otros y a acumular bondad constitutiva del ego. Con todo, de cuando en cuando la verdadera preocupación del terapeuta tiene que ponerse a prueba. Si resiste las pruebas del paciente, consigue un lugar en el mundo relacional de éste y cobra a veces más importancia que los padres. Son pocos los terapeutas capaces de soportar estas pruebas, que a veces pueden ser muy desagradables y cobrar la forma de ataques físicos directos, fugas del hospital, rabietas, regalos, intentos de seducción, huelgas de hambre, etc.

La experiencia adquirida a lo largo de los años nos ha llevado a reducir el hincapié en la terapia individual para el paciente designado y preferir el trabajo con el sistema de la familia interdependiente. El miembro del equipo terapéutico que se estaba haciendo cargo del paciente designado en las sesiones de terapia individual, a causa de su relación especial con el paciente, frecuentemente descubrió que le era más difícil ver y mantener el punto de vista del sistema familiar. Además, descubrimos que la terapia individual ejercía un efecto disolvente sobre la familiar, y se utilizaba a veces como resistencia a la exploración de la dinámica de la familia. Comúnmente, los padres ansiaban que los doctores se ocupasen de su hija y argüían que era obligación del doctor hacerse cargo de las personas enfermas. Nos ha parecido más realista que sean los padres, y no los terapeutas, los que carguen con la responsabilidad de criar al hijo. La terminación de la terapia individual va seguida, comúnmente, de un aumento en la intensidad de la terapia familiar. Aún hay ocasiones en que lo indicado es dar terapia individual, tanto al paciente designado como a otros miembros de la familia.

9) Las personas les hacen cosas realmente a otras, o se las hacen a sí mismas? El grado en que la psicopatología es solamente un asunto interno, intrapsíquico, y el grado en que puede producirse, atenuarse o modificarse en función de la manera como las personas que mantienen relación estrecha se afectan unas a otras, ha sido y seguirá siendo uno de los problemas prácticos y teóricos capitales de nuestro tiempo. (Las dos posiciones polares, en lo que respecta a este problema, las ocupan los psicoanalistas tradicionales, por una parte, y los terapeutas de la familia, por la otra.) A nuestro juicio, una teoría final de la personalidad, tendrá que tomar en consideración una combinación intrincada, pero adecuada, de los puntos de vista individual y transpersonal.

Las personas que no resuelven con éxito los problemas que se van planteando a cada paso del crecimiento, trasladan a cada etapa sucesiva del desarrollo una serie de condiciones e insuficiencias que limitan su capacidad de relacionarse con otros, excepto cuando están en juego sus propias necesidades (véase cap. 8, Erikson, 1950). Sin embargo, la relación narcisista nunca es total; las personas que mantienen una relación duradera (por ejemplo, esposo y esposa) reaccionan también el uno con el otro, sobre la base de su experiencia acumulada de adaptación recíproca, aun cuando su relación esté mezclada de pasadas relaciones de transferencia y quede marcada por ellas. Es decir, hay ocasiones, aun en las relaciones más simbióticas, en que las personas de que se trata se aprecian y responden la una a la otra como individuos separados. No obstante, en nuestra experiencia hemos visto que la familia no puede efectuar un cambio profundo o significativo si los terapeutas tratan sola-

mente las interacciones actuales, inmediatas, entre los miembros. El obstáculo más poderoso del éxito del tratamiento está constituido por los vínculos libidinales del individuo con sus introyecciones paternas, independientemente de lo que hayan sido los progenitores en la vida real (Guntrip, 1953) ; es necesario que cada individuo lleve a cabo su lucha con los objetos internos incorporados (Fairbairn, 1952), que están siendo objeto de acting outs con los otros miembros de la familia. El inconsciente aferrarse al perturbador mundo interno de objetos, está asociado con los intentos interminables de trocar a los otros en padres que lo quieran a uno incondicionalmente. (La necesidad de ayudar a los padres a convertirse en personas mejor integradas, probablemente se base en la creencia de que podrían dar más, si estuviesen mejor integrados.) Una de las situaciones más patéticas nos la presentan los esfuerzos de un individuo, durante toda su vida, por obtener algo de un padre o una madre, que nunca puede conseguirse.

En el concepto de la familia, hay también parámetros importantes que apenas ahora comienzan a advertirse; las introyecciones no se basan únicamente en una relación de uno a uno con la madre y el padre, con siderados como individuos, sino también en la naturaleza de la relación matrimonial entre los padres; en la madre y el padre psicológicos de la familia; en la familia misma, sin exceptuar el sistema de hermanos. En otras palabras, a veces se introyecta todo un sistema familiar, sus emociones, sus códigos, su estilo. En la introyección de las emociones familiares, por ejemplo, tenemos en un extremo a familias en las que el afecto es patente y explosivo y, en el otro aquellas en las que emociones intensas se callan o nunca se expresan; tales métodos de manejar el afecto pueden tener consecuencias drásticas para las personalidades de los hijos de tales familias. Además, las personas están fuertemente motivadas a experimentar estados emocionales específicos o combinaciones de emociones en secuencias y condiciones específicas; la fórmula motivacional pertinente guarda siempre una relación legal con la red emocional, dentro de la cual se ejecutó el drama familiar original.

10) Los profesionistas del tratamiento familiar han descubierto que a causa de la importancia vital de lo que está en juego para cada miembro, tratar el sistema familiar de manera significativa resulta siempre mucho más amenazador para la familia, que tratar las defensas y conflictos de un solo individuo. Desde hace mucho tiempo, los terapeutas han venido estimando que un paciente sometido a psicoterapia o análisis individual no ha cambiado y ha adquirido una mayor resistencia, porque los elementos transaccionales de su vida familiar (lo que los analistas meten en la categoría de "problemas de la realidad") no han quedado sometidos a observación directa, o no han sido tratados directamente. A menudo, la "resistencia" del paciente reside, en parte, en otra persona. La incomunicación de los adolescentes sometidos a terapia individual, constituye a menudo un mudo testimonio de su reconocimiento interior de que no está siendo tratada la persona que debería serlo. El trabajo terapéutico con un niño frecuentemente es socavado

en el hogar, y el trabajo con un paciente adulto a menudo es saboteado por una esposa, un padre, o un hermano, y es frecuente que el paciente y el otro miembro conspiran para mantener su "juego _fantástico", bilateral y patológico. Cuán a menudo los terapeutas orientados individualmente han oído a sus pacientes decir, explícita o implícitamente, "cambiaré, si fulano cambia también", o "¿de qué me serviría cambiar, si fulano no cambia también?" Cuando el terapeuta replica: "pero fulano no se encuentra en esta habitación; es con usted con quien tenemos que trabajar", el paciente podrá estar de acuerdo ostensiblemente, pero decirse a sí mismo: "piense usted lo que quiera, pero yo tengo mucho que perder de alguien importante para mí, si cambio realmente". Por estas razones ha fracasado a menudo el enfoque puramente intrapsíquico y casi nunca sabe cómo explicarlo el terapeuta. Cuando las silenciosas, pero poderosas, influencias exteriores quedan comprendidas en un marco terapéutico, se puede observar y controlar un mayor número de factores; pero, por supuesto, esto no facilita la tarea terapéutica. Comentaremos en seguida las técnicas que permiten tratar estas defensas del sistema.

FASES INICIALES DE LA TERAPIA FAMILIAR

Como dijimos antes, en nuestro trabajo reciente hemos elegido para la terapia familiar únicamente aquellas familias que satisfacen las condiciones mínimas de aceptar reunirse semanalmente, con todos aquellos miembros de la familia inmediata y parientes cercanos que señalen los terapeutas; y aquellas familias que pueden advertir problemas, en ellas mismas, que ya no tienen que ver con el paciente designado. Por consiguiente, las familias aceptadas son ya un grupo selecto y presumiblemente habría de existir algún grado de uniformidad entre ellas, en lo que respecta a su manera de entender la necesidad de llevar a cabo la terapia familiar; pero no hay tal. Todo el que espere que las familias acudirán a las sesiones de tratamiento y se pondrán a hablar de sus problemas mentales, como podría hacerlo, por ejemplo, un paciente externo bien motivado, sufrirá un gran desengaño. Así, todas las personas tienen que presentar sus problemas de la única manera como lo saben hacer. Comúnmente, los problemas son planteados inferencialmente por la familia, por su conducta, su acting out no verbal, su estilo familiar. Los dilemas pueden exhibirse en multitud de formas, que rara vez están significativa-

mente producidas con afecto genuino, como un silencio impotente, un altercado estéril, una serie de visajes medio disimulados, una andanada de palabras, parándose "de cabeza", por medio de abstracciones intelectualizadas, estando siempre de acuerdo con el terapeuta para no tener que escucharlo, etcétera. La mayoría de las familias no pueden expresar con palabras su necesidad de ayuda.

Algunas familias presentan su patología de manera sorprendente, desde el primer contacto. Revelan con exceso su dinámica. En otras familias es mucho más difícil advertir al principio la patología; todo el mundo, salvo el paciente designado, puede parecer razonable, convencional y bien equilibrado psiquiátricamente. Los padres parecen tener un notable insight sobre la enfermedad del hijo, y ser capaces de aceptar con facilidad la parte de responsabilidad y contribución a la enfermedad que les corresponde. El matrimonio parece ser sano y aun cuando los terapeutas escuchan con gran atención, no pueden descubrir nada burdamente excepcional en la descripción que hace la familia de sus modos pasados o actuales de relacionarse. Todo el mundo parece decir lo indicado y todo suena como si hubieran aprendido de memoria la lección. Se puede tardar mucho en comenzar a apreciar las vetas extremadamente sutiles de patología, entretejidas en el sistema: el "dulce" sacrificio de la madre, la supresión de la autonomía en el hijo, la competencia del padre, o una oculta alianza entre dos miembros de la familia, pueden ocultarse tras múltiples capas o ponerse de manifiesto tan sólo delicadamente. Se necesita el proverbial "sexto sentido" para descubrir las fuentes patológicas específicas; sabe uno que está cerca de éstas, cuando la familia trata de eludir el tema o siente ansiedad al abordarlo. Tanto el sistema familiar abierto y cerrado como el expresivo y represivo, presentan sus propias clases de resistencia a la exploración.

La calidad de exhibición casi pública, es uno de los atributos más notables del tratamiento familiar, en contraste con el carácter privado del tratamiento individual. Naturalmente, la comunicación es más libre entre un paciente y su propio médico en la intimidad del consultorio. No se disputa el carácter "intocable" de la relación médico-paciente en la psicoterapia. Para la mayoría de los terapeutas, tratar a una familia junta no es sólo una perspectiva caótica e irrealizable, sino consideran también que hará fracasar todos los intentos de trabajar con las defensas y explorar motivaciones subyacentes. Parecería imposible seguir la pista de todos los factores que intervienen. Preguntan los terapeutas: "¿cómo puede uno tratar con cinco personas que hablan a la vez " "¿Cree usted que la gente se «abrirá» realmente en tal situación? Cada vez que se dice algo, todo mundo lo oye; ¿se puede creer en obtener algo, que no sean superficialidades, como material para trabajar?" Nuevas complicaciones provienen de la experiencia en la terapia familiar; gran parte de la actitud defensiva de la familia gira en torno no sólo de la autoprotección, sino también de la "protección" de otros miembros de la misma. Cuando las personas que mantienen relaciones estrechas quedan sujetas a la observación terapéutica, aparece siempre este interesante fenómeno de la protección y parece estar

relacionado con la guarda y preservación de los intereses creados y las necesidades vitales que se satisfacen en la relación. La protección puede aparecer de diversas maneras, las más de las veces en forma de bloqueo de la exploración terapéutica de un miembro por parte de otro (interrupciones, terminación de las frases del otro, tácticas para distraer, etcétera). La resistencia al cambio en uno mismo, así como la turbación que provoca la posibilidad del cambio en el otro - incluso un cambio que conscientemente se desea muchísimo siempre da lugar a estrategias de protección, a medida que cada miembro trata de restaurar el equilibrio previo de la relación; porque las antiguas satisfacciones, irreflexivamente del dolor que las haya acompañado, son por lo menos algo conocido. No sólo las familias enteras conspirarán para guardar sus secretos e impedir la revelación de la conjura familiar, sino que por el carácter público de la terapia familiar, a menudo es difícil para un miembro reconocer siquiera un sentimiento penoso, conscientemente defendido. Por ejemplo, cuando se interpreta a la madre que está celosa de la preferencia del esposo por su hija, ¿cómo habrá de reaccionar, incluso cuando se manifieste la implicación? En la terapia de insight individual podrá llegar a reconocerlo después que se hayan aflojado las defensas; quizá entonces pasará a preguntarse por qué la preocupa tanto eso, y luego rastrear sus raíces hasta llegar al pasado. Pero, ¿quiere que su esposo y su hija sepan que siente celos? Su respuesta final a la interpretación (negación, evasión, etc.) está determinada no solamente por su resistencia, sino por el factor añadido en la terapia familiar de tener que reconocerlo en público; a veces delante de las personas que menos quisieran que lo supiesen.

Por consiguiente, frente a estas dificultades casi insuperables, ¿qué es lo que puede hacerse?, ¿cuáles son las técnicas que prometen dar carácter de terapia real al proceso, en vez de propiciar la recurrente actualización de motivos repudiados y proyectados? Al igual que en cualquier terapia, es necesario ser selectivo, tomando en cuenta, entre otras cosas, la actual gama de defensas individuales y del sistema, y la posibilidad de que la familia esté prestando atención a la intervención terapéutica y haciendo uso de la misma. Naturalmente, muchas cosas se perderán, pero si son importantes reaparecerán de alguna forma.

Consideramos toda la unidad familiar como si fuese un paciente, y solemos estructurar la situación de tratamiento de manera que constituya

una oportunidad para que los miembros de la familia exploren, con los demás, sus problemas. Cuando se les dice a los padres que trabajamos con toda la familia, aceptan inicialmente la idea con ecuanimidad, diciendo: "Sí, doctor, comprendemos. Deseamos hacerle saber que haremos todo lo que esté de nuestra parte para cooperar y conseguir el alivio de nuestra hija. Ningún sacrificio es demasiado grande." En nuestros primeros años de trabajo, solimos permitir que se llevasen a cabo discusiones en torno al paciente designado durante varias sesiones; y es que consideramos que las sesiones debían comenzar con lo que más preocupaba a la familia, lo cual evidentemente habría de ser la enfermedad de un miembro de la misma. Lo siguiente es característico de las conversaciones de aquel tiempo; los padres comenzaron dirigiéndose a la paciente con las siguientes palabras: "Dinos qué te pasa, querida. ¿Por qué no hablas con el doctor? No temas decir lo que quieras; lo soportaremos. ¿Te gustaría hablar de nosotros, o pegarnos? ¿Te haría sentir mejor?" Las más de las veces, la paciente, al percibir la advertencia encubierta de que debería decir solamente lo que era correcto o por lo menos evitar incriminarse a sí misma, respondía: "No me pasa nada", o se comportaba de alguna manera irracional para confirmar la opinión que se tenía de ella, de persona demente o inepta. Si la paciente (especialmente la que ha recibido psicoterapia individual y siente el apoyo de su terapeuta) revela realmente lo que piensa, por ejemplo, en forma de comentarios "desleales" sobre el matrimonio infeliz de sus padres, o en forma de un juicio airado a la madre (con lo cual viola el mandamiento familiar número uno [Jackson, 1959, pág. 138]), una serie de acontecimientos se precipitaba inmediatamente. El padre cambia rápidamente de tema, un hermano comienza a reír, y la madre, después de quedarse estupefacta por un momento, se da una palmada en los muslos, se vuelve hacia el doctor y le dice: "ve, doctor?, eso es lo que le digo, se está poniendo enferma de nuevo". Repetidas veces hemos observado, en la mayoría de las familias, que la madre nunca considera que la hija está bien, hasta que ésta deja de manifestar rabia o profundo resentimiento contra ella.³

³ *Una contraparte interesante del choque que experimentan los padres cuando el paciente comienza a hablar después de que se ha ejercido sobre él presión para que se manifieste, es la que se descubre en la psicoterapia individual de los esquizofrénicos. Como ha dicho Searles (1961), "es muy frecuente oír decir a los colegas terapeutas y al personal de las salas cuán profundamente «asombrados» o aún «escandalizados» se sintieron al advertir un mejoramiento dramático en el paciente que había estado durante largo tiempo enfermo, y yo mismo me he sentido así en numerosas ocasiones ... Es también digna de mención la reacción inicial de desaliento y decepción que han llegado a sentir hasta los terapeutas más capaces técnicamente, ante la capacidad que un paciente parece que acaba de descubrir para expresar verbalmente en toda su profundidad su desesperación, soledad, confusión, necesidades infantiles, etcétera."*

A medida que fuimos obteniendo más experiencia, nos animamos a indagar otros problemas familiares a principios de la terapia, y a apartarnos de la discusión de los problemas del paciente designado. Comúnmente, las familias no saben qué contestar a la pregunta general "¿cuáles son los problemas de la familia?" Tal pregunta suele dar origen a un silencio embarazoso, a clisés o a declaraciones como la siguiente: "no hay problemas en la familia, salvo el de esta hija enferma". En vez de hacer preguntas directas, atacamos el problema indirectamente pidiendo a cada miembro, por turno, que hable acerca de sus experiencias en esta familia presente, acerca de las opiniones que tiene de cada uno de los demás miembros, que exprese sus ideas en torno a la vida de la familia, a fin de conseguir la historia de la familia según la entiende cada uno de sus miembros. En el transcurso de las declaraciones habrá interrupciones frecuentes, cuando otros miembros se pongan a discutir algo que se ha dicho a su respecto o acerca de algún suceso o a reaccionar con asombro ante algo de lo que se haya dicho, replicando: "Juan, no imaginaba que te sintieses así durante todos estos años." También les pedimos a los padres que hablaran acerca de sus familias de origen, de sus pérdidas y traumas importantes, de sus propios padres y de las relaciones que guardaban entre sí sus progenitores; así como de la historia de su actual matrimonio. Al principio, sólo se divulgan relatos expurgados de las personas y de los acontecimientos, bien protegidos y deformados; pero esto carece de importancia en esta temprana etapa.

Los hijos, por lo común, se interesan muchísimo en oír historias acerca de los antecedentes y del matrimonio de los padres, y a veces se enteran de secretos por primera vez. Nuestra estrategia, al ir preparando todos estos campos, consiste no solamente en obtener esbozos de las introyecciones de los padres, a fin de comprender los problemas de la familia actual sino también en ir descubriendo los elementos psicológicos familiares "enterrados". A medida que se van discutiendo estas diversas opiniones y puntos de vista, surgen nuevos problemas; los miembros de la familia interactúan y los patrones, divergencias, coaliciones, formas de influencia, complicidades cruzadas, técnicas persuasivas, luchas motivacionales y jerarquías, comienzan a aparecer poco a poco. Se empieza a entender el significado real del procedimiento terapéutico familiar gracias a esta exploración mutua intensiva, que por lo común provoca una notable ansiedad. Ésta puede manifestarse de diversas maneras: tal vez se hagan esfuerzos renovados y frenéticos para concentrar la atención de nuevo sobre la paciente ("bueno, doctor, mire, es nuestra hija la enferma"); tal vez intenten apartarse del tratamiento familiar, valiéndose de toda una diversidad de razonamientos; o la paciente puede convertirse en vocero del miedo que siente la familia y decir: "No creo que

me sirva la terapia familiar. Mis problemas nada tienen que ver con mi familia", mientras espera que no se la tome en serio.

En estos momentos a veces ocurre algo inesperado, como cuando uno de los padres se mueve con todo y silla para acercarse a uno de los terapeutas y comienza a recitar una historia pormenorizada de necesidades insatisfechas y decepciones, con lo cual se revela como el miembro más hambriento y airado de la familia. Comúnmente, a la paciente le producen gran sorpresa acontecimientos de esta clase, que pueden confirmar una vieja sospecha apenas consciente: que de alguna manera, sus padres están peor que ella. A veces, cuando la paciente está agudamente psicótica, está tan dispuesta a sacrificarse para rescatar a sus padres o a llamar la atención sobre sí misma, que tratará de bloquear la exploración de la familia recurriendo a tácticas de distracción consistentes en ponerse a divagar psicóticamente, a chillar, a responder en voz alta sus alucinaciones, a correr por la habitación, etc.; a veces es necesario callar simplemente a la paciente, y otras es preciso pedir a los padres que la controlen. En algunas ocasiones hemos sido testigos de las estratagemas de una paciente psicótica, que desde el privilegiado santuario de su psicosis trata de humillar a sus padres, haciéndolos comportarse como focas amaestradas o esforzándose por obligarlos a negar la realidad y entrar en el juego de sus delirios. Los padres, avergonzados delante de los terapeutas y dispuestos a mostrarles que quieren a la hija, a menudo, a pesar de su rabia impotente, tratarán de hacerle el juego a la irrealidad; porque después de todo "no debe uno enfadarse con alguien que está enfermo". Explican su conducta a menudo, diciendo que "le dan por su lado" a la paciente. Sin embargo, en un nivel más profundo, la paciente está caricaturizando el importante papel que desempeña en la vida de sus padres; los padres y la hija han hecho un trato: "dejad que os posea y seré vuestra esclava". El papel amo-esclavo se va alternando entre los dos. Cuando la paciente designada empieza a vociferar y hacer ruido, los terapeutas deben atender hábilmente tanto al nivel del proceso primario de la paciente, como al nivel de proceso secundario, en su mayor parte, del resto de la familia, sobre todo porque en estos momentos las exhibiciones del psicótico son frecuentemente sainetes de algún aspecto profundo de la dinámica familiar.

Hay también problemas en el manejo de las sesiones cuando el paciente designado es calladamente psicótico. La pasividad "casi muda", menos dramática, que viene después de un periodo de franca perturbación en el paciente psicótico, preocupa siempre más a los terapeutas que a la familia; los padres suelen mostrarse más desconfiados de la tranquilidad que los hermanos "sanos", y explican su aparente despreocupación diciendo: "siempre se pone así antes de enfermarse". Es muy difícil impedir que los padres renuncien al status premórbido de no persona del paciente y como en este momento las familias frecuentemente desean interrumpir la terapia, se confirma la necesidad del papel de incompetente del paciente para mantener la economía del sistema familiar. Hemos descubierto cuán importante es

meter en estos momentos al miembro callado en la discusión, y provocar insatisfacción en los padres acerca del estado del hijo. Sin embargo, estos esfuerzos no siempre tienen éxito, porque amenazan uno de los engranes esenciales del sistema familiar. Muchos de estos padres se sienten capaces solamente si su hijo no lo es; por consiguiente, una de las tareas de los terapeutas consiste en ayudar a elevar la autoestimación de los padres, a fin de que el hijo incapaz se vuelva distónico para el sistema. Sin embargo, a veces es muy difícil desear para las personas más de lo que ellas quieren para sí mismas.

Cuando los terapeutas advierten que el arreglo familiar equilibrado es demasiado tenue como para ocuparse de él, a veces resulta útil dedicar las primeras fases de la terapia familiar a la práctica de la terapia individual con el miembro que está sufriendo más o que se muestra más accesible. Es sorprendente cuán a menudo una persona que no es el paciente designado, comúnmente la madre o el padre, se ofrece para este fin. Aunque esta terapia "individual" tiene lugar en presencia de otros miembros de la familia, éstos frecuentemente sacan provecho de la misma, aun cuando no parezcan participar en ella. A veces es necesario eliminar de la escena del tratamiento los apremiantes problemas de una persona o de una alianza, antes de poder tratar todo el sistema transaccional. Por ejemplo, una familia no podía comenzar siquiera a examinar la inexistente relación de la madre con su esposo o su excesivo involucramiento con su hijo delincuente, hasta que la madre no se hizo más capaz de comprender que la lucha real era con su propia madre.

En fases más bien tempranas del tratamiento, el terapeuta puede combinar la exploración con la confrontación o con la interpretación de bajo nivel, y montar así la escena para la futura terapia familiar, haciendo comentarios sobre la esencia de la dinámica familiar, diciendo, en efecto, "son éstas las cosas con que tenemos que trabajar". Cuando los terapeutas expresan su impresión de la dinámica, quedan al descubierto algunas de las siguientes coaliciones ocultas y de los mitos de la familia: falta de participación profunda en la relación conyugal; el profundo apego de los padres a sus familias de origen; de qué manera los síntomas o los acting outs del paciente designado están relacionados con lo que está aconteciendo en la familia; etc. Cuando se mete la realidad en estas zonas prohibidas, el shock de la incredulidad, el reconocimiento a medias o el miedo, aparecen en los rostros de los diversos

miembros de la familia. A menudo se revelan secretos de la familia y es interesante señalar la frecuencia con que éstos tienen que ver con el sexo (nacimientos ilegítimos, enredos amorosos, matrimonios previos, etc.). Incluso podrá trabajarse algo con las introyecciones durante las primeras fases, pero en estos momentos la discusión es en gran parte intelectual y solamente más tarde se establecen algunas de las conexiones emotivas. Gran parte del material puesto al descubierto en las primeras fases se repite en las intermedias, pero con más pormenores y una mayor sustancia emotiva.

Durante las primeras fases sobre todo, probablemente aparecerán acting outs fuera de las sesiones, así como problemas críticos, los cuales exigirán una mayor actividad de parte de los terapeutas. Éstos describen frecuentemente que es necesario mantener un pie en los problemas de la realidad y otro en el sistema de la fantasía. Hay veces en que se necesita ejercer control sobre las interpretaciones flagrantemente falsas, los intentos de convertir a alguien en chivo expiatorio o la explotación de una víctima. Por ejemplo, cuando un matrimonio se ponía a discutir vehementemente y luego recurrían a los dos hijos pequeños para alcanzar la decisión final acerca de cuál de los dos tenía la razón, los terapeutas intervenían para interpretar el uso de los hijos como padres y señalar las consecuencias de su conducta. Sin embargo, cuando uno de ellos dijo a los niños: "nos entendíamos bien, hasta que nacieron ustedes", los terapeutas se indignaron por la brutal injusticia de la afirmación. El manejo del acting out fuera de las sesiones (por ejemplo, la conducta sexual o delictuosa de parte del adolescente que se propone "salvar" a la familia), es un tema amplio que requiere un prolongado examen aparte.

Es difícil generalizar acerca de las fases iniciales de la terapia familiar, a causa de las amplias diferencias observables entre familias; diferencias en las maneras como se enfocan o presentan los problemas y la variabilidad en los estilos de los terapeutas. Pero las etapas preliminares de la terapia familiar están caracterizadas, en gran parte, por las adaptaciones y ajustes que tienen que efectuarse entre la familia y los terapeutas, la armonización en el equipo de coterapia, la lucha por alcanzar posición, así como la comprensión parcial al menos de las interconexiones de la patología familiar. Son muchos los caminos que conducen a estas metas, y algunas familias se mantienen en estas fases durante largo tiempo, sin avanzar jamás hacia el meollo real de la terapia familiar. O dicho de manera más escueta, en las primeras fases los terapeutas tratan de irrumpir en el sistema familiar y la familia trata de tenerlos a raya. Si se llega a las fases intermedias, entonces los terapeutas están en la familia.

FASES INTERMEDIAS DE LA TERAPIA FAMILIAR

En los Estados Unidos existen instituciones en las que se asiste a una familia durante unos cuantos meses únicamente, ofreciéndole un programa de terapia

familiar que no va más allá de lo que para nosotros son las fases preliminares de tratamiento. A nuestro juicio, la prueba real y el trabajo serio en materia de terapia familiar estriba en la laboriosa tarea de crear y desarrollar la confianza en los terapeutas, proceso que lleva tiempo. Indudablemente, hay numerosas dificultades que tienen que ser vencidas, unas relacionadas con la naturaleza de la familia, otras con la naturaleza del equipo de terapeutas y otras más con la singular calidad de la terapia familiar misma. Lo que aparece en seguida, en esta sección, representa el intento de tratar algunos de los problemas que surgen en las fases intermedias de la terapia familiar -y que constituyen el meollo del proceso- así como con algunas de las técnicas que se han ideado para tratarlos.

Una vez que los terapeutas son parte de la familia, la meta más general de estas fases intermedias intensivas consiste en comprender y translaborar -a menudo a través de la transferencia de unos para con otros y para con los terapeutas- las introyecciones de los padres, de manera que éstos puedan advertir y experimentar cómo estas dificultades que se manifiestan en el sistema familiar actual, provienen de sus intentos inconscientes para perpetuar o dominar viejos conflictos que provienen de sus familias de origen. En general, los padres imponen los mismos actos de injusticia y de carga excesiva sobre sus hijos que en otro tiempo les fueron impuestos a ellos. Tienen que sufrir también revelaciones graves y "estafas"; y a fin de realizar avances reales en la terapia familiar, se les tienen que conducir suavemente para que recuerden y les hagan frente a éstas. Es mucho pedirle a una persona que vuelva a abrir viejas heridas y a experimentar antiguas culpabilidades que han sido hechas a un lado, menospreciadas, suprimidas o vividas a través de alguna otra persona. En una atmósfera de confianza con los terapeutas, establecida después de largo tiempo, puede tener lugar esta autoexploración a veces angustiada. La esencia del verdadero trabajo en materia de terapia familiar, consiste en el rastreo de las vicisitudes de las relaciones de objeto tempranas, en las variedades de la experiencia humana y en las transformaciones sobradamente intrincadas que se producen como función de la mezcla intrapsíquica y transaccional de los sistemas familiares antiguo y nuevo de los padres, así como en establecer la contribución de los hijos. El proceso es largo, arduo, y tiene muchos niveles; se despiertan intensos sentimientos y los avances no son en línea

recta, de ninguna manera. Cuando una persona marcha hacia adelante, se rompe todo el equilibrio familiar y es preciso hacer numerosos ajustes dolorosos; tal vez se lleven a cabo frenéticos esfuerzos por restablecer el statu quo y volver a poner en vigor viejos patrones. Por ejemplo, después de que la esposa ha podido encarar el problema de la ira que sentía contra uno de sus padres, tal vez ya no necesite utilizar a su esposo como objeto malo para la transferencia de la cólera; pero el esposo puede seguir "pidiéndolo", aun después de haberse venido quejando de ello durante años. Pocas familias pueden llegar a este nivel de la terapia, pero cuando se le alcanza es muy impresionante y -a menos que ocurra- en nuestra opinión, no se puede confiar en llegar a una solución de los conflictos, o a un cambio significativo en los individuos o en la familia.

Una vez rebasadas las primeras etapas de andar culpando a otro y cuando las preguntas dirigidas hacia los terapeutas se reflejan sobre la familia, los miembros tratan de mantener la interacción entre sí; y por regla general, los terapeutas tratan de poner al descubierto los sentimientos ocultos que subyacen en las interacciones manifiestas. Sin embargo, hay familias a cuyos miembros les resulta sumamente difícil hablarse unos a otros en presencia de los terapeutas. Estas sesiones comienzan cuando estos últimos preguntan: "¿cómo le va a la familia?" (concentrando la atención en ésta y considerándola como unidad). El padre o la madre responden: "todo va bien". Viene después un largo silencio y se puede percibir el miedo. Luego, uno de los padres se vuelve hacia el paciente designado y le dice: "¿qué tienes que decir tú?" El paciente, que se da cuenta de que toda declaración significativa podrá incriminarlo, por lo común dirá: "nada". En este momento, los terapeutas pueden volverse más activos. A veces no se descubre hasta el final de la sesión que ha habido una escena violenta en la casa, o que en el hogar se ha venido librando, entre sesiones, una amarga y silenciosa guerra. A veces se necesita indagar mucho y ejercer presión, para descubrir, qué es lo que ocurre realmente en el hogar, entre sesión y sesión. Hemos ensayado la técnica de quedarnos callados, junto con la familia, durante periodos hasta de media hora, y hemos descubierto que todos, sin exceptuar a los terapeutas, encuentran que estos silencios son insoportables. A veces hemos caído en la trampa -a través de sagaces interpretaciones- de "pensar" por la familia (por tanto, de "alimentarla"), diciendo a los miembros cuáles son sus problemas. En estas fases intermedias de la terapia, los miembros de la familia, a causa de los sentimientos de transferencia que para entonces ya se han establecido, suelen interesarse menos en averiguar sus propias dificultades que en quedarse sentados y esperar que los terapeutas les den algo.

Esto ofrece a los terapeutas el dilema de suministrar alimento o bien crear una atmósfera libre de indagación introspectiva. Tal vez en estas condiciones de mezcladas motivaciones terapéuticas, los terapeutas se vuelven más activos e interpretativos. Ahora estamos convencidos de que las técnicas que promueven la integración familiar son las que resultan más productivas, a la larga.

Una útil técnica terapéutica, consiste en concentrar la atención en la situación inmediata, en vez de perderse en formulaciones abstractas, y señalar específicamente a la familia las conductas y maneras características que no percibe (por ejemplo, "¿se ha dado usted cuenta, señora Pérez, de que se queja de que su esposo no habla lo suficiente, pero que cada vez que intenta hablar usted lo interrumpe o termina por él sus frases?", "ustedes dos me hacen señales de asentimiento a lo que les estoy diciendo, pero no creo que estén prestando atención realmente a lo que les digo"; "¿no cree usted que María no sabe llevar las faldas y que enseña todo?", "¿no se han dado cuenta de las veces que intercambian entre ustedes sonrisas secretas?"). Cuando se fija la atención de la familia sobre ellas, estas conductas casi siempre causan embarazo, negaciones, evasiones y justificaciones. Pero a veces causan impresión y llevan a la familia a preguntarse por las mismas. Es especialmente útil concentrar la atención en los sentimientos del momento; por lo común, este método penetra mucho más hondamente que el tratar con sentimientos descritos retrospectivamente. La técnica es especialmente útil en el caso de familias intelectualizadoras, que aíslan el afecto (por ejemplo, "señora Pérez, su hija le acaba de decir que se vaya de la habitación, y sin embargo usted lo único que ha hecho es sonreír, no hacer caso de sus palabras y luego enfadarse por alguna otra cosa").

Cada familia tiene sus propias prácticas, costumbres y mitos, los cuales -a causa de haber satisfecho las necesidades del sistema familiar durante largo tiempo- parecen lógicos, correctos y cómodos para los miembros de la familia; pero para observadores externos (en este caso, los terapeutas) no sólo pueden parecer raros e incomprensibles, sino a menudo desconcertantes y aun ofensivos. A veces el mito familiar es alguna flagrante injusticia que ha quedado aislada en la conciencia de todos. Por ejemplo, en una familia, la madre, en vez de llevar el anillo de bodas del esposo, llevaba el anillo de un novio que hacía treinta años que había muerto. Una de las coterapeutas, asombrada por este estado de cosas, dijo: "¡vaya locura!, ¿por qué lo soporta, por qué tolera que su esposa lleve el anillo de otro hombre?" En otra familia se reveló que la esposa era la única que ganaba dinero, lo manejaba todo; le daba a su esposo una cantidad para sus gastos personales y había hecho que éste le entregase la propiedad exclusiva de la casa, por su "incompe-

tencia". Uno de los terapeutas se encaró con el esposo: C. ¡ por Dios!, ¿cómo permitió usted tal cosa?" A veces los terapeutas se ven llevados a comentar algún sentimiento que ha quedado excluido -por voluntad de todos- de la escena familiar: "Toda esta familia parece estar muerta. ¿Ninguno de ustedes se divierte nunca?" La interjección de los sentimientos de los terapeutas frecuentemente opera como poderoso estimulante para abrir problemas y escenarios, que durante largo tiempo han sido suspendidos y aislados por la familia. Hay otras ocasiones en que los terapeutas parecen salirse de sus papeles de profesionistas y utilizarse a sí mismos como personas reales. Esta maniobra se lleva a cabo, las más de las veces, a modo de reacción a la violación brutal de un significado semántico que manifiestan algunas familias (Schaffer y colaboradores, 1962) ; aunque hay que recordar que todo terapeuta descubrirá cosas extrañas y perturbadoras en cualquier familia, según lo diferente que sean de su propia experiencia familiar. En tales ocasiones, hemos ensayado la técnica de reconocer la ignorancia o la perplejidad acerca de lo que está ocurriendo: un terapeuta adoptó una actitud de "tonto", y repetidas veces le dijo a la familia que no entendía, que se había hecho un lío.

En estas situaciones los coterapeutas pueden incluso interrumpir la interacción, recurrir el uno al otro como islotes de realidad en la habitación, comentar su confusión y especular acerca de los significados. También pueden utilizarse el sarcasmo y la intolerancia para aflojar las defensas de la familia; igualmente puede recurrirse al contacto físico, dar seguridad, expresar simpatía, mostrar empatía con la familia. Los terapeutas pueden reconocer también, con toda franqueza, que tienen sentimientos personales que no les gusta que toquen, que la familia no puede expresar; por ejemplo, pueden reconocer haber tenido sentimientos sexuales u hostiles respecto a sus propios padres, hermanos o hijos.

En las sesiones, rara vez se observan intentos francos de seducción o de sadismo directo, de expresión completa de sentimientos socialmente condenados; no solamente porque ninguna familia traiciona completamente el código familiar, sino también porque se desea mucho la aprobación de los terapeutas. La misma persona que dice de un miembro de la familia, durante la sesión: "admiro su valor, perseverancia y maravillosa personalidad" o "es bueno, tierno, dulce y firme como una roca para mí", en la intimidad del hogar ha exclamado: "¡ te voy a partir la boca, imbécil!" o "¡eres una mierda!" Goffman (1956) ha ejemplificado excelentemente cómo se presentan las personas ante extraños, en comparación con su conducta en el hogar. Después de varios años, cuando la familia comienza a sentir que los terapeutas están realmente de su parte, se incrementa la confianza y se observa también un aumento de conducta espontánea; pero, por supuesto, solamente puede conjeturarse el grado de franqueza.

A medida que fue aumentando nuestra experiencia de trabajo con familias, comenzamos a vacilar menos ante la posibilidad de adoptar posturas más activas y vigorosas, a fin de conseguir que la familia renunciase a sus patrones rígidos. A veces estos procedimientos se usan en las primeras fases. Ocasionalmente insistimos en que familias ruidosas, desorganizadas, que saltan de un tema a otro, concentren su atención en un problema y lo examinen con todo detalle. En otras ocasiones, especialmente en el caso de las familias más regresivas, nos ha resultado útil realizar ciertas presiones, cuyo objeto es causar un cambio en la dinámica intrafamiliar. Por ejemplo, en una familia, el padre había vivido lejos del hogar durante varios años y los terapeutas insistieron en que regresase a él; en varios casos, sugerimos que los padres durmiesen juntos en la misma cama, cosa que no habían hecho durante años; en otra situación, recomendamos entrenamiento vocacional para un padre que durante mucho tiempo había carecido de empleo, a fin de que consiguiese respetarse a sí mismo trabajando. En una familia, los padres nunca habían tomado una decisión juntos; las decisiones las había tomado siempre la madre, que era impositiva y creía que tenía que encargarse de todo; la paciente designada, hija única, había aprovechado la situación metiendo una cuña entre los padres y enfrentándolos, para manipularlos. El padre protestó inútilmente, a menudo se quejó de que no tenía autoridad, y evidentemente envidiaba la capacidad de la hija para sacarle favores a la esposa mediante demandas constantes. En un determinado punto de la terapia familiar, la paciente había sido dada de alta y andaba por la casa sin hacer nada, atendida en todo por la madre; insistimos en que los padres -en aquel preciso momento- se pusiesen a discutir conjuntamente y a decidir qué tareas diarias correrían a cargo de la hija. Fue interesante contemplar cómo fue creciendo la ansiedad, a medida que los tres miembros de la familia malinterpretaron repetidas veces estas recomendaciones tan sencillas; los padres evitaron ponerse a discutir la cuestión entre sí y se la pasaron, dirigiéndose a la hija o a los terapeutas. Si no se toman en su momento adecuado, estas decisiones de participación activa por parte de los terapeutas pueden dar como resultado un conformismo sin sentido, quizá puramente ritualista.

Algunos de los procedimientos terapéuticos utilizados han sido francamente experimentales y aun accidentales. En varias ocasiones, cuando uno de los coterapeutas no pudo asistir a una sesión, otro miembro del personal pasó a ocupar su lugar. Nos sorprendió descubrir que al ocurrir esto, la familia frecuentemente se adaptaba al cambio con docilidad.

Fases intermedias de la terapia familiar y pasividad extremas, y seguía sus discusiones de la semana anterior como si nada hubiese cambiado, sin hacer objeciones de ninguna especie ni preguntar siquiera por el terapeuta ausente. Esta clase de reacción nos ha hecho pensar hasta qué punto algunas familias interpretan la terapia como un proceso absorbente y de "alimentación" no específico, en el cual los terapeutas, cualesquiera que sean, son anónimos dispensadores de cuidados. Ha habido casos en que el sustituto del terapeuta, por no haberse visto tan envuelto en la contratransferencia, ha resultado capaz de "ver" y tratar a la familia y al coterapeuta en nuevas condiciones y con una nueva perspectiva, con lo cual ha contribuido a deshacer un estancamiento que se había venido prolongando mucho tiempo. La utilización de un terapeuta visitante ha sido procedimiento normal en la Llanta Psychiatric Clinic (Whitaker y colaboradores, 1959), en la que a un miembro del personal se le invita, como cosa de rutina, a que actúe en situaciones de terapia, como consultor.

Ha resultado valioso también, un procedimiento que consiste en trabajar transitoriamente con subsistemas familiares. Hay algunos sistemas familiares en los que existen tales conjuntos de condiciones, que resulta extremadamente difícil trabajar con el sistema en su conjunto. Una de tales situaciones familiares es aquella en la que actúan "lealtades divididas"; por ejemplo, en una familia en que el hombre se siente desgarrado entre su esposa y su madre, y paralizado en presencia de ambas. En situaciones de esta clase, ha resultado útil atacar el sistema por su punto más débil, y tratar un segmento del sistema total. En la familia antes mencionada, después de examinar durante algún tiempo el sistema psicológico total del padre, de la madre, de dos hijos y de la abuela paterna, nos enteramos de que el padre llamaba a la madre todos los días y le hacía confidencias, al mismo tiempo que su esposa resentía su falta de intimidad para con ella, pero se sentía incapaz de expresar verbalmente sus sentimientos, porque también ella necesitaba a la madre del esposo como sustituto de su propia madre muerta. Cuando nos reunimos únicamente con el padre y su madre, pudimos adelantar algo en el problema de su relación simbiótica; por primera vez en su vida, el padre se sintió capaz de enojarse con la madre, sobre todo cuando pronunció su trillada amenaza provocadora de culpa: "No te preocupes por mí, me iré a un asilo para ancianos; quédate con tu esposa." El trabajo con los subsistemas, de mayor o menor duración de acuerdo con la naturaleza de la dinámica, tarde o temprano debe encajar en el cuadro general. Tal vez se tropiece con el inconveniente de crear ansiedad y desconfianza en los miembros de la familia transitoriamente excluidos, pero esta ansiedad, creada recientemente, puede constituir también una manera de abrir nuevos campos.

Hay varios problemas familiares típicos, que aparecen repetidamente. Uno de los más comunes proviene de que los padres están tan aplastados por sus introyecciones, de que esencialmente no hay matrimonio y los hijos, para su propia supervivencia, se dedican a tratar de salvar el matrimonio. Otro problema común se presenta cuando la madre se identifica con el hijo y obtiene paternidad a través de él, en tanto que el padre se identifica con la hija y obtiene maternidad a través de ella; luego, sus quejas acerca de sus compañeros como el padre o la madre tienen que ver con ellos mismos. Un patrón común es la de la madre excesivamente envuelta con su propia madre; desde esta alianza hostildependiente, las dos mujeres utilizan a los hombres como chivos expiatorios, de manera que cuando un hijo enferma psiquiátricamente se debe a que el padre "no fue tal para los hijos". En dicha situación, el padre ha obtenido una satisfacción sustitutiva, del involucramiento de la esposa con su propia familia, y frecuentemente busca el papel proyectado de chivo expiatorio, como algo más transpersonal que intrapsíquico, se comprende mejor cuando se observa en su contexto familiar. En cierta familia, la madre tenía fuertes sentimientos de hostilidad no reconocida para con la hija, que para ella representaba a una hermana odiada. La madre le recordaba constantemente a su esposo la mala conducta de la hija y el esposo castigaba a ésta, dándole azotes.

Después de ello, la madre consolaba a la hija y, en su presencia, acusaba al padre de brutalidad y falta de comprensión. Las sesiones de terapia familiar trataron el tema de la "brutalidad" del padre y éste, confundido por la doble ligadura, solamente podía tartamudear impotente y defensivamente vagas razones acerca de que la mala conducta de la hija ameritaba el castigo. El padre y la hija se ponían a discutir, y la madre -que hábilmente había convertido en chivo expiatorio al esposo- se mantenía aparte, ocultando su papel en la transacción, mediante comentarios virtuosos y tranquilos. Enreda aún más estas situaciones el hecho de que cada miembro de la familia convierta a los demás en chivo expiatorio, tras maniobras de camuflaje. A veces estas acciones para convertir a alguien en chivo expiatorio, tienen que ver con toda una red de colusión de una diada contra un número mayor de personas (por ejemplo, ambos padres, aliados inconscientemente contra la autonomía de los hijos, esforzándose tal vez por enfrentar a éstos entre sí).

Los estereotipos de la madre agresiva-dominante y del padre pasivo incapaz, se han convertido en parte del folklore de la psiquiatría familiar y, como en todos los estereotipos, hay algo de cierto en las excesivas simplificaciones. Nuestras experiencias iniciales con madres de este tipo, nos metieron en muchas dificultades, porque tratamos de hacerles frente. La mujer de esta clase proyecta todas sus cualidades indeseables

en los demás miembros de la familia, o en los terapeutas. No "oye" nada que no coincida con sus propios conceptos y puede ser excesivamente irritante. Entre los halagos serviles, como de sicofante, entremezcla observaciones despectivas, como: "¿de qué manual de psiquiatría sacó usted eso?", y otras exclamaciones de represalia, que le ponen a uno los pelos de punta. Estas mujeres tienen una necesidad vital de participar en peleas emotivas y un evidente talento para enredar a los terapeutas en sus pleitos, hasta el punto de que los coterapeutas tienen que desperdiciar mucho tiempo del tratamiento, rescatándose el uno al otro para no quedar absorbidos. En nuestras primeras experiencias, los coterapeutas se esforzaron por mantener un apretado control trabajando juntos; pero en el trabajo prolongado con estas mujeres, aprendimos a no hacer caso de lo que hacían y a prestar atención a lo que echaban de menos en la vida. Este procedimiento ayudó a disminuir su defensividad, de manera que tarde o temprano aparecía, tras la impresionante pseudofuerza, la chiquilla privada de muchas cosas, asustada, y que siempre se había sentido despreciada e insignificante. Cuando se lograba dar este paso, el resto de la familia reverberaba ante el cambio; inicialmente con miedo a perder a la madre poderosa y más tarde llevando a cabo los acomodamientos necesarios.

A pesar de la frustración provocada por el trato con la madre agresiva, no tardamos en descubrir que el padre pasivo constituía un desafío más formidable. En primer lugar, algún grado de humillación y reco nocimiento de fracaso de parte del padre, está implícito en el hecho de acudir a la terapia familiar. Y aun cuando los terapeutas hacen toda clase de esfuerzos conscientes para levantarle la moral durante las sesiones, alguna doble ligadura está operando inherentemente cuando el hijo "enfermo" es objeto de tratamiento por parte de un terapeuta, que le da terapia individual concurrente, o bien cuando el padre observa que los terapeutas tratan a su esposa de una manera que él nunca fue capaz de hacer. En la medida en que parte de estos procedimientos pueden reforzar la incapacidad del padre, nos hemos preguntado si los terapeutas no están subsidiando inconscientemente las poderosas fuerzas de la esposa, de los hijos y del propio padre, que se sincronizan en su totalidad para mantener el sistema. Otro de los obstáculos con que han tropezado los terapeutas es que a veces parece no ser correcto poner en tela de juicio a un hombre tan razonable y correcto. Para lidiar con estos predicamentos, se han ensayado varias técnicas: imponer una mayor interacción entre el esposo y la esposa; asignar tareas (por ejemplo, insistir en que, durante un determinado periodo, el padre tome las decisiones en el hogar, con razón o sin ella, y que su esposa le preste apoyo sin chistar) ; hacer que un terapeuta de sexo femenino lo estimule y

aliente de manera halagadora; sesiones individuales ocasionales con el padre. Hablando metafóricamente, no hemos tenido éxito en lo que respecta a darle al padre un "pene" o conseguir que lo use, ni en quitárselo a la madre. Son muchas las razones dinámicas que llevan a la adopción de la pasividad como defensa; según nuestra experiencia, es común que cumplan la finalidad de mantener a raya sentimientos homicidas. Sin embargo, y hablando con mayor precisión, diré que hemos alcanzado un mayor éxito al lidiar con los aspectos de sistema, concentrando nuestra atención en la lucha por la fuerza del ego entre los padres, en cómo la madre y el padre representan aspectos disociados de cada uno de ellos, y en cómo los hijos a menudo ayudan a reforzar el conflicto recíprocamente destructivo.

En la exploración del sistema familiar en su totalidad, no deben pasarse por alto los problemas del paciente designado, la chispa que provocó la solicitud de terapia familiar. Es necesario que el paciente designado acepte la parte de responsabilidad que le toca, en lo que respecta a su conducta. Sin embargo, una de las experiencias más aleccionadoras para la familia se produce cuando pueden reconocer la conexión que existe entre los síntomas del paciente designado y una situación familiar, de la que no se habla mucho, o una característica que durante mucho tiempo ha preferido no "ver" en uno de los padres. Una de las pacientes no hacía más que decir: "no tiene sentido vivir cuando no se puede hablar con la gente". Sus padres trataban de hacerle ver que sus ideas eran tontas, que podía hablar con la gente, etc.; después, nos enteramos de que en esta familia, nadie le dirigía la palabra a nadie en el hogar; en particular, los padres nunca discutían nada importante. Un padre se venía quejando desde hacía meses de los robos de su hijo, acusándolo de ser un "solitario", y presentándose a sí mismo como modelo de virtudes; finalmente reconoció tímidamente que también él había robado y que nunca había tenido amigos íntimos. En sus desatinos, los pacientes psicóticos frecuentemente utilizan las palabras "falso" y "falsificado", en referencia no sólo a sí mismos, sino también a sus padres. Hemos tenido que dedicar mucho tiempo a tratar la conducta de duplicidad. Podemos decir que la familia está haciendo adelantos, cuando sus miembros se muestran más sinceros respecto a los sentimientos que tienen entre sí. Los motivos de los padres comúnmente están ocultos tras ideas aceptadas por todos, y que nadie se atrevería a discutir. El padre que se quejaba de la vagancia nocturna de su hija por las calles de la ciudad, expresó su miedo bien fundado de que algo sexualmente peligroso le pudiese ocurrir; sin embargo, reveló otro motivo aparte de esta preocupación paternal cuando dijo: "mientras esté haciendo esto, no puede haber verdadero entendimiento entre nosotros..." Cuando las

hijas salen con hombres evidentemente indeseables, los padres se sienten justificados para hacer objeciones y pueden ocultarse a sí mismos, sin temor, su deseo de mantener a la hija atada a la familia y exenta de vínculos heterosexuales. La paciente, al salir con ese tipo de hombres, coopera con los motivos de sus padres. Solamente cuando comienza a salir con hombres "recomendables", de manera realista, puede desenmascarse la renuencia de los padres a liberarla.

Realmente, cuando la terapia familiar ha comenzado a surtir efecto, los problemas del paciente designado -que solían ser la preocupación exclusiva de la familia- han pasado a ocupar desde hace mucho tiempo el pleno del fondo. Cada uno de los padres ha pasado por la experiencia aleccionadora de tener que luchar con su propio mundo interior, de tener que volver a meter en sí mismo sus proyecciones (proceso que comúnmente va acompañado de depresión), de haber tenido que reexaminar toda su manera de vivir y de considerar a las demás personas y, sobre todo, de haber tenido que reevaluar sus sentimientos para con sus propios padres y hermanos. El proceso de retirar la catexia de las introyecciones provoca siempre sentimientos encontrados. Un padre que necesitaba terriblemente alimentar la ilusión de que de niño lo habían querido, trajo una fotografía de él mismo cuando bebé, y dijo: "¿ven cómo estoy sonriendo?, debo haber sido feliz entonces". Una madre estalló diciendo: "bien, mi madre nunca me dio nada que valiese la pena y nunca apreció nada de lo que traté de hacer por ella. ¿Y ahora qué puedo hacer? ¿Qué quieren ustedes que haga, que vaya a su tumba y me ponga a gritar y a maldecirla?" Los hijos, por lo común, se muestran muy conmovidos y compadecidos de sus padres durante estas revelaciones; es frecuente ver cómo rodean al padre o a la madre, y los abrazan y besan cuando éstos se ponen a llorar a causa de heridas o decepciones pasadas. El paciente designado o uno de los hijos "sanos" pueden llegar inclusive a manifestar síntomas o acting outs fuera de las sesiones, a fin de ahorrarle a un padre sufrimientos. Estas sesiones posteriores son por lo común tranquilas, caracterizadas por repentinos descubrimientos, por conexiones entre el pasado y el presente y, a veces, por una visión real del otro cónyuge o uno de los hijos, por primera vez. Tales revelaciones de los padres les aportan esa curiosa combinación, a menudo descubierta en quienes han alcanzado algún insight emocional verdadero: una insólita sensación de alivio, a veces acompañada de sentimientos omnipotentes acerca de sus limitadas posibilidades como personas, más un sentimiento depresivo y de pesar por la pérdida parcial de las introyecciones y, además, algún sentimiento de culpa por la manera en que se ha "usado" a miembros de la familia y a otras personas. A veces los cambios de los padres son evidentes en su mayor interés por su aspecto personal y por cuestiones extrafamiliares; incluso hemos observado cambios notables en la calidad de la voz y en otras características físicas. Sin embargo, el cambio más importante que se produce consiste en el fortalecimiento del lazo matrimonial, tema examinado con mayor detalle en la sección intitulada "Problemas del matrimonio".

En la terapia familiar, como en todas las formas de terapia, parece perderse mucho tiempo, hacerse muchas cosas en vano y hablar por hablar, antes de que se produzcan los escasos momentos dramáticos en que se establece una conexión significativa o se expresa un sincero intercambio de sentimientos. Sin embargo, es difícil saber cuándo está ocurriendo algo interno, aunque en la superficie todo parezca seguir siendo lo mismo. Tal vez sea necesaria la "paja" a fin de que tengan lugar los cambios significativos. El cambio de personalidad es muy sutil. A veces ni siquiera los terapeutas advierten el cambio en uno de los miembros de la familia o en los patrones familiares; ocasionalmente, se necesita la observación de algún extraño -que puede ser otro miembro del personal terapéutico- para hacer que aquellos se den cuenta del cambio. Éste puede tener lugar en muchos niveles. Se producen frecuentes regresiones de los viejos patrones, precipitadas a veces por el cambio real en vi-Ti miembro, y otras por la ansiedad de separación cuando los terapeutas se van de vacaciones o se ponen a hablar de dar por terminada la terapia en un futuro cercano.

A medida que las familias comienzan a ponderar la idea de que pueden cambiar los sentimientos que sus miembros guardan entre sí, irán bajando sus defensas, y en el marco de tratamiento, su conducta se asemejará muchísimo más a la que puede darse durante la comida cuando, por ejemplo, se ponen a discutir. De hecho, algunas familias exagerarán sin quererlo sus sentimientos, a fin de provocar un mayor interés por parte de los terapeutas. No obstante, hay que recordar que la motivación para el cambio está disociada en la mayoría de las familias. Al nivel más profundo, siguen asistiendo a las sesiones con objeto de conseguir que los terapeutas les ayuden a devolver las cosas a su lugar. En el transcurso de la terapia se hacen más dependientes de los terapeutas, se comprometen más con ellos y cuando tiene lugar el cambio positivo, éste se produce casi a pesar de ellos mismos.

Hasta ahora, hemos descrito las clases de familias que llevan a cabo el uso más eficiente de la terapia familiar, al alcanzar la capacidad de abrirse, relacionarse con otros, reflexionar o cambiar. Por supuesto, hay otras familias incapaces de utilizar la estructura de la terapia familiar para el crecimiento. Éstas requieren frecuentemente transfusiones constantes en forma de papeles más explícitamente paternos, desempeñados por los terapeutas, e incluso que se lleve a las sesiones a parientes

cercanos o a importantes personas periféricas, que puedan añadir fuerza a la familia principal. Son éstas las familias que provocaron algunas de las técnicas más activas y experimentales anteriormente descritas; parecen necesitar, más que palabras, acciones concretas. Algunas de estas familias nos han llevado a pensar que no se las puede obligar a cambiar; en cierta manera, hay que darles por su lado.

Llamar fases intermedias de la terapia familiar, a lo que en esta sección hemos tratado, tal vez no sea muy atinado, puesto que contamos con un conocimiento del proceso terapéutico que no es suficiente para trazar fases regulares o establecer si un determinado aspecto pertenece a una fase o a otra. Aunque los problemas de la resistencia, matrimonio, hermano, transferencia, contratransferencia y las relaciones en el equipo de coterapia figuran como subsecciones de las fases intermedias, por su efecto en cualquier etapa del proceso terapéutico.

Resistencia en la terapia familiar

La resistencia que se ofrece a los intentos de poner al descubierto motivos inconscientes, puede cobrar muy diversas formas en todas las distintas clases de psicoterapia. A veces hasta los terapeutas profesionales cometen el error de interpretar la resistencia como terquedad o gusto por llevar la contraria, puesto que la ceguera que manifiestan las personas en lo que toca a reconocer lo que están haciendo podrá parecer obstinación. La resistencia consciente (por ejemplo, miedo de ser rechazado, desconfianza del terapeuta) crea determinados problemas terapéuticos; pero la resistencia inconsciente (de la que se ocupa con mayor cuidado el psicoanálisis clásico, y es la raíz de todas las resistencias conscientes) es mucho más complicada, no solamente porque el inconsciente del terapeuta puede encajar con el del paciente, sino por cosa puede utilizarse al servicio de la resistencia inconsciente (por ejemplo, el silencio o el hablar demasiado, la falta de afecto o la demasía de éste, el acting out o la incapacidad de actuar, etc.). Así pues, éstas son las resistencias intrapsíquicas de los individuos que operan.

En la terapia de grupo tradicional entran en juego diferentes clases de resistencia en gran parte como función de las defensas del individuo en la situación de grupo (Varon, 1958), así como de la naturaleza de la resistencia de grupo misma (Redí, 1948). El individuo que se encuentra en la situación de grupo no solamente tiene que protegerse del conocimiento de algunos aspectos de sí mismo, sino también tiene que ocultar sus motivos más profundos a otros, mientras al mismo tiempo

trata de ajustarse y de acomodarse a otros miembros del grupo. Es ésta una de las diferencias fundamentales entre la terapia de grupo y la familiar (Handion y Parloff, 1962). La familia que llega a la terapia, se acerca con una prolongada historia de coincidencias, entendimientos privados, respuestas altamente previsibles y hondos sentimientos recíprocos; la disolución del grupo, al final del tratamiento, es muy poco probable. En la terapia de grupo, la cultura se crea de novo, y los miembros no esperan obtener de los demás una satisfacción real de necesidades. Las terapias familiar y de grupo ofrecen a los miembros la oportunidad de llegar a dominar, en una situación socialmente real, los tipos de experiencias casi refractarias que produjeron las diversas clases de defensas patológicas; la terapia de grupo, al proporcionar sustitutos de los hermanos y de los padres, y la terapia familiar, por la presencia de los personajes originales. Sin embargo, a causa de la cualidad singular del grupo familiar y de los vínculos especiales de relación y familiaridad, tanto las resistencias conscientes como las inconscientes tienen una cualidad distintiva y una vida propia en la terapia familiar y operan en adición a las más conocidas que se han descubierto en la terapia individual y de grupo. Esta sección describe aspectos escogidos de estas defensas transaccionales y de sistema endémicas.

Una vez consideramos -en nuestros primeros años de trabajo- que habíamos realizado descubrimientos importantes acerca de la validez del punto de vista de la psicopatología transaccional y compartida, para diagnosticar lo que estaba ocurriendo a la familia y que había dado como resultado la patente perturbación en uno de sus miembros, creímos con todo optimismo que lo único que nos restaba por hacer era reunir regularmente a los miembros de la familia, utilizar nuestro conocimiento de la psicoterapia y entonces nos encontraríamos en situación de alterar la estructura total de manera terapéutica. Este tipo de ingenuidad en lo que respecta a la enorme complejidad que tiene la tarea de producir cambios en las personas, es algo que probablemente acompaña al desarrollo de cada nuevo enfoque psicoterapéutico. Sea como fuere, nuestros equipos terapéuticos no solamente toparon con clases de resistencias diferentes a todas las conocidas anteriormente, en los trabajos de terapia individual y de grupo, sino que de cuando en cuando dichos equipos se sintieron sorprendidos y decepcionados cuando comenzaron a darse cuenta de cuán formidable era la tarea terapéutica que se les presentaba. Por ejemplo, descubrieron que se tropieza con una fase de resistencia masiva en todas las familias, una vez que han terminado los preliminares; aunque deberíamos haber esperado esta fase, en nuestras primeras experiencias todavía fue para nosotros un golpe duro. En aquella ocasión, los terapeutas de un equipo dijeron: "no podemos entenderla; la

familia estaba trabajando tan bien, estábamos adelantando de verdad y ahora, de pronto, ya no quieren seguir viniendo". Esta experiencia nos enseñó dos lecciones: a) desconfiar cuando todo parece andar demasiado bien en la terapia y b) que las familias se pondrán a manipular cuando advierten que los terapeutas las necesitan demasiado, tal como reaccionarán apartándose cuando sientan que los terapeutas no las quieren. Las familias pueden despertar sentimientos de celos y posesividad en los terapeutas, mucho más vigorosamente que los pacientes en terapia individual.

Hay algunas personas que inician la terapia familiar con gran entusiasmo porque se han trazado una estrategia, y cuando los terapeutas no encajan en ésta, rápidamente pierden motivación. Una madre que había abandonado a sus hijos durante muchos años, al deshacerse su primer matrimonio, volvió a casarse y luego trató de darles un hogar. Ella y sus hijos consideraban al segundo esposo como monstruo severísimo y arbitrario. La madre convenció a su renuente esposo para que asistiese a la sesión de evaluación inicial, y tenía la esperanza de que sus hijos y los terapeutas se dieran cuenta de lo mal hombre que era. Sin embargo, en opinión de los terapeutas, éste se comportaba mejor con los niños que ella misma; su supuesta severidad mostraba un auténtico interés en el bienestar de aquéllos. Su estrategia se volvió más clara: utilizar a su esposo como chivo expiatorio y convencer a todo el mundo de que no había abandonado y rechazado a sus hijos. Al final de la sesión inicial de evaluación, la madre no deseaba continuar la terapia familiar y en cambio el esposo -que inicialmente se había mostrado renuente- ahora la solicitaba con vehemencia.

La fase de resistencia masiva se produce comúnmente cuando ha pasado la crisis inmediata del paciente designado y el sistema de la familia va no está tan adolorido. Luego viene una actitud de "no agiten el agua". La resistencia hace su aparición de manera muy inocente, cuando el portavoz de la familia (que por lo común es el padre, incitado a hablar por la madre) pide que las sesiones se efectúen cada quince días y ya no semanalmente. O tal vez se quejen de que los niños están faltando mucho a la escuela. En sus primeras experiencias con las familias, los terapeutas solieron atacar de frente las resistencias, se metieron a discutir y aun trataron de convencer a las familias para que continuasen el tratamiento, aduciendo razones de la realidad (por ejemplo, "¿qué es más importante para usted, que la familia siga llevando esta vida enfermiza o que Juanito pierda la clase de Lengua Nacional?") . Había algo en la calidad de la terapia familiar y en la ansiedad provocada, que conducía sutilmente a los terapeutas a olvidar sus precauciones comunes al tratar las resistencias \, hacer tolerables los enfrentamientos.

Estas primeras clases de actividades causaron tales dolores narcisistas, que las familias pusieron fin a la terapia muy a menudo. Sea como fuere, utilizando la seguridad de la relación del equipo de coterapia aprendimos a tratar los temores de pérdida y todas las demás razones inconscientes que hay detrás de la resistencia. Como en todas las cuestiones técnicas, es más lo que depende del cómo se dice algo, que del qué es lo que se dice.

En la terapia familiar, las resistencias pueden cobrar muchas y variadas formas, y en última instancia puede convertirse en una cuestión de saber si los terapeutas pueden tolerarlas durante prolongado tiempo.

Un tipo de resistencia particularmente frustrante, consiste en una especie de dominio pasivo practicado por la familia, en virtud del cual acuden sus miembros semana tras semana, aportan poco o ningún material y no relacionan sus sentimientos. Después de realizar valerosos esfuerzos por estimular y hacer actuar a la familia, los terapeutas terminan frecuentemente sintiéndose inútiles y vacíos como personas.

Otra prueba de la tolerancia de los terapeutas tiene lugar al cabo de muchos meses de tratamiento, cuando las familias parecen estar dando vueltas y vueltas, estereotipadas en su movimiento por un solo surco, reconociendo que dan ocasión a muchos sufrimientos por no ser capaces de hacer algo que no sea repetir lo mismo una y otra vez, aun cuando dicen que desean algo diferente. Cuando se les da la interpretación de que deben querer que las cosas vayan de ese modo, que todo lo que hacen perpetúa la situación y que de esta manera tortuosa de relacionarse se satisfacen necesidades, siempre lo niegan. Hemos pensado que tal vez, vistas las circunstancias externas e internas, esto es lo mejor que puede hacer la familia, que quizá se están conformando con lo que tienen, en vez de lo que realmente desean, porque interpretan la otra posibilidad como un peligro aún mayor (por ejemplo, de abandono). En el proceso de resolución de tales resistencias masivas, se tropieza con muchos problemas. A veces las interrupciones o "grietas" en el tratamiento, intencionales o accidentales, a menudo han ayudado a una familia a superar estas incontenibles propensiones a repeticiones.

Las opiniones de los terapeutas familiares están algo divididas en lo tocante a si deberían llevarse a cabo o no las sesiones de tratamiento, cuando no estuviesen presentes todos los miembros señalados para el caso. Sonne, Speck y Jungreis (1962) fueron los primeros que señalaron que la maniobra del miembro ausente era una de las resistencias principales con que se tropezaba en la terapia familiar. Sugirieron que si un miembro de la familia se ausentaba de las sesiones de la terapia, lo hacía con el objeto de preservar una "paridad fija" en las relaciones de la familia, y que esta maniobra -que supone la cooperación de toda

la familia- se produce para evitar la ansiedad que provoca una experiencia triangular de crecimiento heterosexual. Por lo general, la maniobra se contrarresta insistiendo en la presencia del miembro ausente. Otro punto de vista, expuesto primordialmente por Bowen (véase cap. 5), es que el procedimiento de trabajo con la familia puede utilizarse aun atendiendo a los miembros de la familia en cualquier combinación. Bowen sostiene que hay ocasiones en que el terapeuta, en determinadas etapas del proceso de tratamiento, puede tratar a un solo miembro de la familia en la terapia familiar, y que este procedimiento no constituye psicoterapia individual, porque la elevación del nivel de diferenciación de un miembro tiene como objeto atender a una necesidad terapéutica de toda la familia. Las contradicciones entre estos dos puntos de vista tal vez sean superficiales únicamente, puesto que ambas provienen de un reconocimiento cada vez mayor de las formas en que operan las resistencias en el sistema de la familia. Cuando son los terapeutas y no la familia quienes controlan la situación y deciden a quienes incluir, es posible prever y tratar mucha resistencia. Los terapeutas necesitarán nuevos conocimientos para decidir, en el caso de una determinada familia, cuándo abordar el sistema familiar a través de un miembro o de una pareja, o cuándo insistir en que todos los miembros hagan acto de presencia en todas las sesiones.

Los terapeutas que trabajan con las familias han tropezado con otros problemas que han dado lugar a controversia: el de si los hijos deben encontrarse presentes o no cuando los padres discuten su relación sexual; o la edad que deben tener los hijos antes de que se les incluya en las sesiones de tratamiento. Estas decisiones habrán de tomarse con fundamento en el nivel de integración y la dinámica de una determinada familia. Por lo común, en las familias en que los hijos han quedado exclusivamente expuestos a conversaciones o conductas sexuales de los padres, hemos optado por hacer que aquellos se encuentren presentes, sobre todo para contribuir al esclarecimiento de equívocos en sus mentes. Algunos terapeutas se muestran más renuentes a ejecutar este procedimiento y se inclinan a pensar que es preciso proteger a los hijos y que éstos no conozcan este aspecto del mundo adulto. Otros terapeutas pueden trabajar cómodamente, aun cuando se encuentren presentes niños de edad preescolar. Sin embargo, la mayoría preferiría que sólo asistiesen a las sesiones niños de por lo menos seis o siete años de edad.

En lo esencial, la resistencia gira en torno a la cuestión del cambio, en la medida en que las inevitables y poderosas fuerzas -que protestan y tratan de mantener los arreglos patológicos- actúan con mayor vigor cuando la terapia comienza a tratar zonas de conflicto, que en caso de ser abordadas y resueltas plenamente podrían dar como resultado el

crecimiento y el cambio. En un informe muy penetrante (1961), Searles ha escrito acerca de algunas de las razones que nos permiten comprender por qué los individuos esquizofrénicos tienen tanto miedo y son tan incapaces de cambiar (muchos de sus conceptos podían aplicarse también a los pacientes neuróticos y a los trastornos del carácter, en la psicoterapia y el análisis). También, las familias consideran el cambio más como una privación que como una superación y, al más profundo nivel, temen una variación en el sistema familiar que pueda tener como resultado la pérdida de alguna forma de relación vitalmente necesaria, aunque la relación tenga sus aspectos dolorosos. Los miembros de la familia se ven amenazados, en lo más íntimo de su ser, por la perspectiva de tener que renunciar a necesidades infantiles que ellos satisfacen o de los cuales esperan satisfacción, y habrán de hacer resistencia conjunta para no revelar estas motivaciones, y más aún, para abandonarlas. El tratamiento psicoanalítico sostiene teóricamente que cuando se frustran necesidades infantiles (amor incondicional, simpatía, indulgencia, aceptación total, confortación, caricias, cuidados, etc.), el paciente analítico llega al punto crítico de inflexión que consiste en renunciar a ellas en su forma infantil, literal, y puede buscar su satisfacción de maneras más maduras y realistas (Tenninger, 1958). Sin embargo, los miembros muy privados -de las familias que hemos visto- parecen sentir la necesidad de tratar de alcanzar la satisfacción de sus necesidades infantiles en un sentido muy real, y tener gran dificultad en renunciar a cualquiera de ellas, no obstante el hecho de que les son crónicamente frustradas. Además, todos los miembros de la familia participan en la resistencia, pues cada uno ha invertido algo en un papel que cumple una función para el sistema y mantiene el equilibrio homeostático de la familia. Los esfuerzos realizados por miembros insatisfechos, para cambiar el sistema, han tenido el efecto paradójico de perpetuarlo.

Por supuesto, existen muchas otras razones para hacer resistencia al cambio, aparte de la incapacidad de renunciar a necesidades infantiles, que consideramos como la fundamental. Aunque, en un nivel, cada miembro de la familia reconoce la necesidad de que algún otro cambie, y no él, en otro nivel cada miembro sugiere que sentiría una carga de culpabilidad si él mismo cambiase. Por ejemplo, el paciente designado pone de manifiesto que hay problemas en la familia exhibiendo síntomas o acting outs; luego, una vez que se inicia la terapia familiar y los padres se sienten trastornados, comienza a sentirse culpable de la alteración de éstos y entonces comienza a realizar esfuerzos para poner fin a la terapia. (En relación con esto, uno se pregunta cuántas psicoterapias y análisis individuales no habrán fracasado porque el paciente prefirió conservar sus síntomas particulares, en vez de sentirse culpable

por su maduración y hacer que alguna otra persona sufriese a causa de la misma.) Cuando vemos a los padres bloquearse unos a otros en las exploraciones terapéuticas, sabemos que temen que si su compañero madura, ellos mismos serán vistos como lo que sienten que son realmente (indignos de amor, infantiles, aborrecibles, etc.), y que por tanto, los perderán. A la gente le resulta muy difícil darse cuenta de que, en última instancia, solamente puede cambiar por si misma.

Las fuentes de resistencia son complejas y variadas: el uso que hacen los padres de las sesiones para informar acerca de la conducta enajenada del paciente designado; el evitar la discusión en torno a la relación matrimonial; la exageración de los comentarios del terapeuta, hasta lo absurdo; la motivación para llevar a cabo la terapia familiar, expresada a fin de tender una pantalla y apartar la atención de la exploración intrapsíquica; admoniciones especialmente fuertes contra la deslealtad a la familia; la "protección" de unos miembros por otros; sentimientos intensos del prestigio y del rango de la familia; el convertirse recíprocamente en chivo expiatorio.

Otras fuentes de la resistencia se encuentran en factores de contratransferencia, tales como los padres que son miembros importantes de la comunidad; hermanos "sanos" que han logrado liberarse hasta cierto punto de los enredos familiares; normas sociales acerca de la santidad de la familia; dulces madres que peinan canas; la fragilidad de algunas familias (por ejemplo, aquellas en las que se han sufrido grandes traumas) ; amplias diferencias culturales entre la familia y los terapeutas. Son éstos ejemplos de factores de resistencia que pueden actuar, muy sutilmente a veces, para obstaculizar la exploración y el cambio. Hay ocasiones en que los terapeutas descubren en fecha relativamente tardía del proceso terapéutico, la existencia de alguna persona periférica muy importante (amigo, vecino, pariente lejano, abogado, médico, consejero religioso, etc.) que ejerce gran influencia en la familia, pero cuya existencia se ha ocultado. Esta relación especial puede actuar como poderosa resistencia y se recomienda invitar a las sesiones a tal persona. Las resistencias son siempre función de un complejo juego recíproco entre las variables de la familia y las de los terapeutas (por ejemplo, conflictos en un solo terapeuta o entre coterapeutas). Como señaló en cierta ocasión Carl Whitaker, ¿existe realmente resistencia o hay algo en el terapeuta que le impide la exploración?

Problemas matrimoniales en la terapia familiar

A medida que fuimos adquiriendo experiencia en el trabajo con familias se fue desarrollando gradualmente una meta funcional de la terapia: separar las diferencias generacionales que se habían anulado extravagantemente y hacer hincapié en que los padres son padres y los hijos son hijos. No tardamos en descubrir que no se puede intentar alcanzar esta meta, hasta que los padres no empiezan a satisfacer sus necesidades recíprocas. Como han señalado algunos antropólogos, nuestro conjunto de valores implícito puede ser una gran mala de la sociedad occidental; al parecer, hay partes del mundo en las que no se espera que

los padres críen y eduquen a los hijos o que satisfagan, el uno al otro, todas sus necesidades importantes. Además, estaríamos de acuerdo con Bell (1962), en que la familia no debe considerarse como una "unidad contenida en sí misma y existente en un vacío social y cultural" y que no debería uno pasar por alto a los parientes cercanos y la red de la sociedad circundante, como marco dentro del cual se desarrolla la familia. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, práctico, nuestra meta de fortalecer el matrimonio nos ha rendido grandes dividendos en lo que respecta a liberar a los hijos para que puedan vivir sus propias vidas. El impacto de las relaciones de los familiares y de la comunidad más amplia, en términos de lo que significan para una familia en particular y de cómo se utilizan, es parte inherente de nuestro trabajo terapéutico diario.

No obstante, es difícil tratar de crear un vínculo matrimonial ahí donde nunca ha existido una verdadera relación esposo-esposa. Antes de relatar nuestras experiencias en el manejo de los problemas matrimoniales durante la terapia familiar, habremos de examinar algunas cuestiones teóricas acerca del matrimonio. Con algo de razón, se ha dicho que la mayor felicidad que pueda alcanzarse en la vida es el resultado de un "buen" matrimonio y, a la inversa, que una gama increíblemente variada de desdicha humana puede ser resultado de un "mal" matrimonio, que abarca desde el divorcio legal, el divorcio emocional, las continuas disputas, el acting out destructivo, los trastornos psicósomáticos y psicológicos, hasta sus efectos perniciosos en los hijos, la sociedad y el espíritu. Otra certeza es la de que el mayor don que los padres pueden conceder a los hijos consiste en otorgarles la seguridad de que los dos se quieren.

Sin embargo, es muy difícil determinar qué es lo que constituye un matrimonio feliz o siquiera aceptable. Mientras preparaba este capítulo, el autor repasó varias obras sobre el matrimonio, y le sorprendió descubrir el número de afirmaciones contradictorias efectuadas por profesionistas especializados en este campo, igualmente experimentados. Algunos han dicho que nadie se curó de una neurosis casándose y que los problemas neuróticos de dos cónyuges se acumulan; por otra parte, otros dicen que un matrimonio, en virtud de su infelicidad, puede enmascarar

o predecir la aparición de una neurosis, o que la relación matrimonial puede encerrar mecanismos de compensación para cónyuges gravemente perturbados. Un grupo de investigadores sostiene que la personalidad está bastante bien establecida hacia las fechas en que una persona se casa y que los cónyuges están condenados al fracaso en sus eternos esfuerzos por cambiar las personalidades de sus compañeros; otros dicen que los cónyuges pueden ayudarse entre sí a crecer y madurar.

Estas contradicciones tal vez no sean tan incongruentes como se podría suponer, según se desprende de un examen más profundo de las intrincadas complejidades de la relación matrimonial. Podríamos comenzar con el capítulo de Kubie, en una de las mejores obras que se han publicado acerca del matrimonio, intitulada *Neurotic Interaction in Marriage* (1956, cap. 2). Después de exponer su punto de vista inicial, establece la existencia de ingredientes neuróticos en toda personalidad humana y, por consiguiente en todo matrimonio, Kubie pasa a exponer su tesis principal, a saber, la de que la fuente principal de desdicha entre esposo y esposa estriba en las discrepancias existentes entre las demandas conscientes e inconscientes que se hacen uno al otro y también al matrimonio, según se expresan primero en la elección de compañero y luego en la subsiguiente evolución de su relación. Congruentemente con esta tesis, Kubie describe cómo ciertas fuerzas inconscientes, derivadas de la familia de origen y basadas en la necesidad de "hacer desaparecer viejos dolores o cobrarse una vieja venganza", pueden crear una profunda discordia matrimonial y una gran separación emocional, en particular cuando los cónyuges han estado expuestos a las ilusiones de la tradición romántica. Así pues, descubrimos que los individuos buscan inconscientemente padres en vez de cónyuges, que se casan con quienes pueden demostrar o corregir algo acerca de sí mismos, con aquellos con quienes pueden reproducir o dominar una antigua relación conflictiva, etc. Puesto que las demandas inconscientes no pueden ser satisfechas sin entrar en conflicto con la realidad y las consideraciones conscientes, la carencia de integración matrimonial es más la regla que la excepción. Lo anterior nos ayuda a comprender por qué los estudios en que se hacen pronósticos matrimoniales fundados en informes conscientes, tienen un valor tan limitado, por qué la relación de noviazgo prematrimonial no sirve para pronosticar la felicidad en el matrimonio, por qué los agentes que pueden contribuir a afianzar una relación matrimonial pueden causar la destrucción de otra, por qué los matrimonios precipitados pueden tener tanto éxito como los que se han meditado con toda seriedad y cuidado, por qué el ponerse a leer manuales sobre el matrimonio o libros de educación sexual puede empeorar las cosas, y por qué, dice Kubie, un matrimonio feliz puede ser un accidente feliz.

Las consideraciones anteriores constituyen insights de los aspectos dinámicos de los problemas matrimoniales que nos ha ofrecido el pensamiento psicoanalítico ortodoxo. Aunque éste hace hincapié en la importancia de la motivación inconsciente y reconoce en algún grado la existencia de patrones complementarios, sigue siendo esencialmente un énfasis orientado hacia el individuo. Lo que no se toma en cuenta es la colusión interconectada que tiene lugar a -un nivel inconsciente, una reciprocidad bilateral que solamente se discierne a través de la exploración de las actividades de transacción entre personas. Cuando se estudió la relación interactuante de una pareja, al tratarlos juntos, como unidad diádica (Whitaker, 1958; Haley, 1963), se observó por primera vez la coincidencia de los perfiles de sus relaciones de objeto internas, independientemente de la manera en que otros factores impidieron ver con claridad la reciprocidad inconsciente. A fin de aclarar las implicaciones de este descubrimiento, será necesario que examinemos parte de la dinámica de la selección de compañero.

Cada vez que los especialistas en cuestiones matrimoniales han deseado señalar un factor como el responsable principal de los problemas matrimoniales, han elegido al amor romántico. Por ejemplo, Kubie de fine el "estar enamorado" como "estado obsesivo, determinado en parte por la ira". No obstante, hay que tomar al amor romántico como realidad psíquica, puesto que -al menos en la cultura norteamericana es una tradición poderosa reforzada por la publicidad, las canciones populares, las películas, los dramas y las novelas. (Podríamos citar excelentes películas inglesas como *Brief Encounter* y *Room at the Top*, y obras norteamericanas contemporáneas como *Middle of the Night* y *Marty* de Chayevsky, que nos pintan los profundos efectos que puede tener el amor sentimental, incluso en las parejas donde menos se lo habría de esperar uno. Como dice un personaje, "¿por qué habría de renunciar a esto? Cuando me siento así, me faltan horas en el día para seguir viviendo". El proceso en virtud del cual un hombre y una mujer se sienten atraídos y se enamoran es complejísimo y tiene un carácter casi mágico. A fin de alcanzar ese estado subjetivo, inspirado, placentero y doloroso, al que llamamos "estar enamorado", tiene que darse una mezcla extremadamente compleja y sutil de condiciones conscientes e inconscientes. El amado debe poseer alguna combinación de características físicas ligadas al atractivo sexual, y algunos modales, estilos de relación, calidad del afecto, etc., que estimularán la recreación del "romance" familiar idealizado en la infancia, con todas sus promesas de amor incondicional; al mismo tiempo, el futuro compañero debe ser lo suficientemente semejante al objeto interior malo como para permitir la eventual penetración de odios antiguos. El ego puede decir: "quiero

casarme con un hombre que sea fuerte pero amable, que me haga sentir mujer, en el que pueda confiar, que tenga éxito, que sea fiel, que me controle, pero no me domine, que sea un buen padre para mis hijos, que tenga sangre liviana". El inconsciente puede buscar "un hombre que casi pueda amar, que mienta, haga trampa o beba, en el que no se pueda confiar, que sea un buen padre para mí, que me mantenga perpetuamente en la duda, que fracase, que sea débil e impotente, al cual yo pueda dominar, que sea difícil de tratar, que muestre despego". El inminente matrimonio promete corregir todo lo que siempre ha andado mal, y parte de la función del ritual del noviazgo consiste en negar el reconocimiento del objeto malo en el cónyuge que proporcionará confirmación al modelo de papel interior. La confirmación inconsciente y el ensamblamiento, además, es un doble proceso; cada cónyuge ha recibido la señal de su sistema emocional de "radar" que le permite reconocer que el otro dará satisfacción a las necesidades de objeto internas. Durante el noviazgo y la luna de miel, cada cónyuge, por primera vez en su vida, acepta al otro y se siente aceptado por lo que es, con todos sus yo's diferentes, todos los objetos parciales restantes; los dos se fusionan en una unidad satisfactoria; la pareja está "enamorada". Nada tiene de particular que, en momentos de tensión, en un matrimonio que ha durado largo tiempo, los cónyuges traten de recapturar los sentimientos del periodo del noviazgo y de la luna de miel, del tiempo en que se sintieron unidos y satisfechos el uno con el otro.

Sin embargo, gradualmente uno de los dos comienza a sentir que en vez de que se confirme su personalidad real, lo están entrenando para que se ajuste a la imagen interna proyectada de su compañero y a que se comporte como tal; al mismo tiempo, sin saberlo, le está haciendo lo mismo a su cónyuge. Cada uno comienza a maniobrar al otro, inconscientemente, para que encaje en el molde del imago interior, menospreciado, incitante. Cuanto más se comportan los cónyuges como el objeto interno malo previsto -compuesto de rasgos reales y a veces desconocidos parcialmente de uno mismo, más las proyecciones irreales del cónyuge- tanto mayor será la probabilidad de que tenga lugar una nueva clase de confirmación, inconscientemente buscada y conscientemente temida. Cada cónyuge comenzará a sentir vagamente que se ha levantado algún viejo fantasma para acosarlo. Esta es la razón por la cual las quejas que expresan los cónyuges, uno de otro, aunque contengan algunos elementos irracionales, pueden estar muy justificadas; el compañero puede ofrecer numerosos ejemplos de su validez ("no es afectuosa", "es regañona", "no puedo contar con ella", "anda con otras mujeres", "no me conoce realmente", "ya no le gusto", "es demasiado celosa", "es muy desarreglada", "todo el mundo tiene más importancia que yo para ella", "nunca me escucha", "es incapaz de amar", "no le intereso realmente", "es demasiado mandona".) Lo que no reconocen quienes se quejan es que no tienen más que "lo que se buscaron".

Cuando llega la decepción, como ocurre de alguna forma en todos los matrimonios ("no eres como yo creía"), el individuo "recuerda" las faltas de las que no hizo caso durante el noviazgo, se siente traicionado y luego transfiere al cónyuge el odio reactivado que originalmente sintió contra el objeto malo, tomado de su infancia. La decepción se produce las más de las veces a comienzos del matrimonio, a medida que los compañeros se van probando recíprocamente con sus ambivalencias infantiles, lo cual explica por qué se producen tantos divorcios en los primeros años de matrimonio. (Los problemas del divorcio legal, de los matrimonios múltiples y de la incapacidad para separarse probablemente, son aspectos diferentes de la misma dinámica.) Sin embargo, las crisis de desconfirmación pueden ocurrir más tarde, durante hitos y etapas decisivas del matrimonio: el nacimiento de hijos, la inseguridad económica, las relaciones con parientes políticos, los acting outs por parte de uno o ambos cónyuges, la separación de los hijos del hogar, la jubilación, etcétera. La mayor prueba de madurez emocional consiste en la capacidad de llevar a cabo en el matrimonio el ajuste, por demás complejo, a la existencia de otra persona, de tolerarse recíprocamente las luchas con objetos internos ambivalentes aborrecidos y permitir las regresiones del compañero, anhelos infantiles todos que están empotrados en el contexto de los lazos de afecto, del proceso de dar y tomar, de la aceptación de la responsabilidad de adulto y del derramamiento de amor sobre los niños. Los sentimientos de frustración y ultraje serán mayores en aquellas parejas cuyos propios padres no supieron resolver la lucha matrimonial, de carácter universal, y quedaron sujetos a privación, con la consecuente subestimación, un débil sentimiento de identidad y una polarización de su conflicto amor-odio. Estos cónyuges esperan aún más cosas del matrimonio y sienten más agudamente, no obstante que han sido traicionados y se les ha hecho trampa.

En la situación de desarmonía matrimonial de carácter más crónico y prolongado, que hemos observado en la terapia familiar, el síndrome más común es el de "no puedo vivir contigo, ni sin ti". Dicks (1964), cuyo pensamiento está representado en parte en las anteriores aseveraciones y cuyo concepto de "objeto interno compartido" como lazo entre cónyuges es muy interesante, ha hecho las siguientes aseveraciones incisivas en torno a la cuestión de por qué se mantienen juntas las parejas desdichadas: ". . . aparte de los valores sociales y del deber para con los hijos, en cada cónyuge existe la necesidad de provocar en el otro la respuesta que significa para el inconsciente el modelo de interacción

típico con el objeto u objetos internos, que han quedado investidos en la relación matrimonial" (pág. 269). Cuando estas clases de matrimonios persisten a lo largo de muchos años, los cónyuges se ven atrapados en una implacable guerra, callada o manifiesta, y obtienen su satisfacción del uso que hacen del cónyuge o de los hijos, casi exclusivamente como representaciones de objeto interno malo. Las personalidades reales de los miembros de la familia han dejado de existir desde hace mucho tiempo, y nos encontramos ante un matrimonio caracterizado por la falta de relaciones sexuales y por el uso casi exclusivo que cada cónyuge hace del otro como hijo o como padre, mucho más allá de la ocasional alternación de papeles que se observa en todos los matrimonios. Un aspecto sistémico del problema del matrimonio es que los papeles de cada uno de los hijos pueden reflejar la ambivalencia de los cónyuges respecto a su matrimonio, pues un hijo a menudo representa al bien y el otro al mal. O también, se puede hacer caso omiso de los hijos, castigarlos o convertirlos en el campo de batalla de un matrimonio desdichado.

Las contrapartes clínicas de las nociones teóricas anteriores, surgen en nuestro trabajo con parejas durante el curso de la terapia familiar. Teniendo como meta "volver a casar" a los cónyuges, estudiamos las fórmulas motivacionales pertinentes en cada uno de ellos, los ayudamos a entenderse con sus introyecciones y explicamos el carácter de interconexión del significado de su vínculo matrimonial. Se observa una notable diversidad en la capacidad que tienen las parejas para trabajar conforme a estos delineamientos, así como una variabilidad en lo relativo a la etapa de la terapia familiar en la que puede abordarse la relación matrimonial. Muchas parejas sienten gran temor ante la idea de que se estudia su relación matrimonial y utilizan los problemas de los hijos como tácticas dilatorias para detener la exploración de sí mismas. A veces nos ha sido útil, en tales situaciones, provocar una confrontación directa del terror que no se menciona: "¿durante cuánto tiempo han sentido ambos que este matrimonio no ha existido de verdad?" Después de la exploración, a menudo encontrábamos que estas parejas habían renunciado desde hacía mucho tiempo a la sinceridad en su relación. Al principio del matrimonio, se hicieron intentos de comunicar los sentimientos reales del uno para el otro, pero estas sesiones de conversación desembocaron en una gran frustración, porque ninguno de los dos pudo conseguir que el otro comprendiese su punto de vista. La comunicación se había vuelto imposible, porque cada uno estaba empleando el lenguaje de su propia historia personal, en la que las palabras de amor, apego, celos, intimidad y agresión, tuvieron significados diferentes. Luego, los cónyuges llegaron a un modus vivendi, en virtud del cual se "cancelaron" el uno al otro y se pusieron a desempeñar un papel, consistente en no

dejar conocer al otro sus sentimientos reales. Por tácito consentimiento, sus problemas recíprocos dejaron de existir, aunque siguieron muy interesados en los problemas de los hijos. A medida que los terapeutas van explorando estos matrimonios, se puede producir la ruptura violenta de su contrato implícito consistente en "no te delataré, si tú no me delatas" (Carroll, 1960). El cónyuge que rompe este acuerdo y comienza a "hablar", podrá ser víctima de un vitriólica contraataque, que tal vez empiece con las palabras "¡bueno, si así lo quieres, atente a las consecuencias!"

Los problemas matrimoniales de otras parejas, ocupan el primer plano desde la sesión inicial, a medida que cada cónyuge vierta sobre el otro una avalancha de quejas y amargas recriminaciones. Se atacan con acusaciones y contraacusaciones, a medida que van pasando revista a ofensas obsoletas, culpan a las familias y antepasados del cónyuge y utilizan las sesiones de terapia para ganar aliados para su causa. Sin embargo, es curioso que una disputa de esta clase suela interrumpirse de pronto y entonces veamos a los padres señalar al paciente designado como el problema real de la familia; las controversias que sostienen les parecen extrínsecas y estar aisladas de los problemas que presenta el paciente designado. A veces dan la impresión de que representa para ellos un alivio el tener que lidiar con la enfermedad del hijo, de manera que no tengan que hacer frente plenamente a sus sentimientos desesperantes y aterradores de homicidio potencial, que tienen el uno para con el otro.

Aunque en ambas clases de problemas de discordia matrimonial -la callada y la explosiva- hay amenazas de divorcio, la posibilidad real de separación o de divorcio es casi inexistente; en el inconsciente, la separación significa la muerte psíquica. Cuando los terapeutas (en vista de tanto descontento evidente) preguntan si han pensado en separarse, uno de los cónyuges suele decir: "me hace estas y otras cosas crueles, pero en el fondo sé que me ama". Hay infinidad de significados de la palabra "amor". Obsérvese la universalidad de la siguiente aseveración "te amo tanto, que deseo que me hubieses gustado". O coméntese el diálogo siguiente: Él: "ojalá fueses tan amable conmigo, como lo eres con los extraños". Ella: "pero no estoy enamorada de ellos!" Para algunas personas, es triste decirlo, es verdad que, como dice la canción popular, "el que te quiera, te hará sufrir". Por supuesto, los hijos tienen que sentir que sus padres se quieren; porque, de lo contrario, si no existe amor en este mundo, ¿qué se puede esperar? Aunque puede decirse que el amor que nunca se demuestra se convierte en alguna abstracción sin contenido, en otro nivel, el apego profundo puede revelarse durante emergencias extremas o pérdidas; por ejemplo, por muerte, como ates-

tigua la depresión que se observa en el cónyuge sadomasoquista cuando muere su pareja. Un hombre y una mujer que se han tocado, que han tenido relaciones sexuales y criado hijos, que han discutido, se han "olida" y compartido experiencias y reminiscencias, se convierten en parte de cada uno de ellos. Cuando se ha realizado una gran inversión emocional en el otro, las personas sólo pueden separarse salvajemente. Nótese, por ejemplo, los vituperios y la acrimonia que envuelven sus procesos de divorcio; la acidez y la amargura de lo que se dicen los cónyuges escandaliza hasta a los abogados más experimentados (Nizer, 1961, cap. 2).

En muchas situaciones matrimoniales, uno de los cónyuges se entrega al acting out de manera burda (por ejemplo, alcoholismo, infidelidad), y a menudo nos enteramos de qué manera esta conducta presta servicios a las necesidades del cónyuge que presenta las objeciones. Muy frecuentemente, el cónyuge que solicita tratamiento para el compañero errado es quien está más gravemente perturbado. Dice el adagio: "fíjate bien en lo que dices desear mucho, no vaya a ser que lo consigas" o, a la inversa: "fíjate en lo que dices que no quieres, no vaya a ser que lo pierdas". Hemos visto cónyuges que inician un cambio en la dirección exigida por sus compañeros, para descubrir tan sólo que la satisfacción de sus deseos ha venido acompañada de una grave perturbación. Y hemos observado la interrupción de la conducta "reprobable" en un cónyuge, seguida de aguda ansiedad en el otro, causada por la desaparición de la conducta censurable.

A medida que vamos trabajando con la vida pasada de los padres, sus privaciones y confusiones, cómo trataron mal a sus padres y fueron tratados mal por ellos, cómo trataron mal a sus cónyuges y de qué manera su patología se interconecta, ellos frecuentemente van alcanzado una comprensión cargada de mayor simpatía hacia el otro, y aumentan de esa manera sus capacidades para entregarse recíprocamente. Hay un nivel de comunicación entre esposo y esposa que ni los terapeutas experimentados pueden observar; el medio de comunicación es sublime, y tal vez no sea apreciado durante las sesiones, porque funciona cuando están a solas. En otras palabras, el mejoramiento del matrimonio tal vez solamente pueda advertirse en sus efectos colaterales; por ejemplo, quizá los padres sigan peleando constantemente, pero los hijos intervendrán menos en las disputas.

Sin embargo, ¿no terminará siendo la terapia familiar una psicoterapia de la pareja, llevada a cabo en presencia de los hijos? ¿Por qué tienen que estar presentes los hijos? ¿Será posible que los terapeutas estén subsidiando la patología familiar, al solicitar implícita o explícitamente la ayuda de los hijos para "casar" a sus padres, con lo cual "paternalizarán" a aquéllos? Hemos descubierto que la presencia de los hijos es útil porque cuando los terapeutas se hacen cargo de la tarea de reunir a los padres, los hijos pueden ser hijos de nuevo. Si los terapeutas no llevan a cabo esta unión, los hijos sienten que a ellos les toca hacerlo; lo han venido intentando sin

éxito durante años, y los terapeutas contribuyen a liberarlos de la tarea curativa. Como dice mi colega Oscar Weiner, en esencia, lo que los terapeutas hacen es sacar "a patadas" a los hijos de la cama de sus padres. A veces el paciente designado o algún otro de los hijos manifestarán síntomas durante este proceso, porque sienten que están perdiendo un papel conocido, que les gusta desempeñar, aunque perturba su ego. Los hijos también se sienten mal cuando ven a sus padres padecer a causa de heridas pasadas, pero a la larga es confortante; siempre habían sentido que sus progenitores eran desdichados, pero no sabían por qué. A medida que la incertidumbre desaparece, los padres parecen ser más reales; como dijo Oscar Wilde, el punto culminante de la relación con los padres se alcanza cuando comienza uno a perdonarlos.

El hermano "sano" en la terapia familiar

Las principales preguntas planteadas tanto por los profesionistas como por la familia, en torno al concepto de la patología interrelacionada de la familia y contra el de las contribuciones de los padres a la enfermedad del paciente designado, son las siguientes: "si los padres tienen la culpa y el ambiente familiar es el responsable, ¿por qué no están enfermos los otros miembros de la familia?, ¿cómo pueden ser tan distintos los hijos en una misma familia?".

Varios investigadores han tratado de dar respuesta a estas preguntas formuladas por los pacientes, los hermanos y los padres de éstos; pero por desgracia, estos estudios se circunscribieron únicamente al síndrome de la esquizofrenia y, con una excepción se basaron en entrevistas separadas y no en la observación de la interacción en la familia. Yi-chuang Lu (1961) descubrió que los pacientes esquizofrénicos habían concentrado toda su inversión emocional en sus progenitores -especialmente en las madres- mientras los hermanos normales habían realizado este tipo de inversiones más amplias y evitado tanto un apego, como una repulsión intensa hacia la madre. Prout y White (1956), que entrevistaron por separado a pacientes esquizofrénicos, a sus hermanos y a sus madres, llegaron a la conclusión de que el esquizofrénico había sido diferente de sus hermanos desde la infancia; sostuvieron, con fundamento en los recuerdos narrados, que los pacientes habían sido más sen-

sitivos, desdichados y menos sociables que sus hermanos más sanos. También sugirieron que habiendo sido el niño preesquizofrénico tan dependiente y requerido tal grado excepcional de apoyo y atención, había sido provocada la sobreprotección de la madre; ésta, simplemente estaba satisfaciendo las necesidades de un niño débil. Las fallas de estos estudios son bastante obvias; aceptan las declaraciones de los miembros de la familia literalmente, no toman en cuenta a los padres y se olvidan de la interacción familiar y de los factores del sistema. Un enfoque más sutil es el representado en la obra de Lidz y colaboradores (1963), quienes utilizaron una serie de entrevistas intensivas, visitas al hogar, tests proyectivos, informes de amigos y maestros, y la observación de la interacción familiar en dieciséis familias.

El problema de los efectos diferenciales de la familia en los hermanos fue examinado mediante estos métodos extensos, y con las siguientes consideraciones: los efectos de cambiar las circunstancias familiares, la capacidad de la madre para proporcionar cuidados y atenciones durante la infancia del paciente, el papel desempeñado por el hijo en la dinámica familiar, el sexo de los hermanos, los problemas idiosincrásicas en la relación de los padres con el vástago esquizofrénico, y la interacción entre hermanos. En primer lugar, descubrieron que al estudiarlos cuidadosamente, los llamados hermanos "sanos" no lo estaban tanto.

Había tanto hermanos psicóticos, como otros medianamente bien integrados; y todos, salvo cinco o seis de los veinticuatro, presentaban graves trastornos de la personalidad. Los hermanos que habían realizado un buen ajuste, lo habían logrado mediante maniobras defensivas de aislamiento y separación de la familia. Descubrieron que en la mitad de las familias, el paciente fue criado en condiciones muy distintas de aquéllas en que se crió a los hermanos; las circunstancias familiares eran tan disímolas en varios casos, que el paciente parecía haber nacido en otra familia y no en la misma de sus hermanos. Además, el niño de un sexo determinado puede ser más vulnerable -dentro de una determinada familia- que el niño del sexo opuesto. Además, descubrieron que el hijo que se vuelve esquizofrénico, a menudo disminuye el impacto de la patología de los padres sobre los hermanos, al hacer las veces de blanco para las intromisiones de los padres, de chivo expiatorio, o de ejemplo que los hermanos deben procurar no imitar. Al identificar algunos de los elementos dinámicos que toman parte en las fuerzas diferenciadoras -que obran sobre los hijos de una misma familia-, Lidz y sus colaboradores han contribuido al progreso de los conocimientos en este campo. Sin embargo, aunque comprendió algunas observaciones de la interacción familiar, su trabajo no pudo explicar los niveles más profundos de conocimiento que se ponen al descubierto en la terapia de la familia, en toda su extensión.

Antes de relatar nuestras experiencias con los hermanos "sanos" en la terapia familiar, creo conveniente expresar algunas ideas acerca del campo relativamente soslayado del mundo de los hermanos. Ocurren importantes experiencias de aprendizaje y emotividad entre los hijos de una misma familia. Los hermanos aprenden a poner a prueba fuertes sentimientos de amor y de odio, de unos para con otros, que son demasiado peligrosos como para expresarlos respecto a los padres, a causa de todo lo que está en juego y porque un hermano o una hermana no le puede hacer a uno mayor cosa, de manera duradera; los hermanos saben qué lugar ocupan los demás en relación con sus padres y aprenden a ganar, perder o empatar. Cuando los niños juegan juntos, aprenden a divertirse; ven cómo los otros son castigados o reciben un trato preferencial, y se ven obligados a lidiar con la culpa o envidia resultantes; cuando los hermanos se pelean, aprenden a enfrentarse con sus conflictos; y cuando los padres pelean, los hijos pueden descargar sus frustraciones sobre alguien que sea ligeramente más débil o más fuerte. Los hermanos se protegen entre sí, de los padres o cualquier amenaza extrafamiliar; pueden encontrar un aliado de igual tamaño en momentos de crisis; adquieren la habilidad de entenderse con alguien que no siempre les gusta; luchan con el conflicto de compartir y querer todo para sí mismos. En pocas palabras, el mundo de los hermanos es un poderoso subsistema de la familia, que posee su propia cultura. Si excluyésemos del tratamiento a este sector, obtendríamos un cuadro incompleto de la terapia familiar.

La variación genética fortuita, heredada, ha sido considerada siempre como la base de las diferencias de personalidad entre hermanos, y sólo hasta la aparición del concepto familiar se ha empezado a apreciar de manera más completa la importancia de otros factores. Por ejemplo, la inculcación de papeles puede determinar la existencia de personalidades diversificadas en los hijos, que satisfacen necesidades del sistema familiar. Wynne y colaboradores (1957), han informado de un conjunto de cuadrillizos monocigóticos, cuyos papeles dentro de la organización social familiar permitían explicar las diferencias en el desarrollo de la personalidad y las variaciones en las formas que cobraron sus enfermedades esquizofrénicas. Los diversos hijos de la familia pasaron a representar expectativas apreciadas o temidas por los padres, basadas en las introyecciones de sus progenitores; a veces se eligen papeles para los hijos desde antes del matrimonio (por ejemplo, el hijo que se concibe para "salvar el matrimonio"). En ocasiones, un hijo puede representar el superego de la familia y otro el id. En cada familia con varios hermanos, existe "el mimado", "el estudioso", "el que representa la conciencia de la familia" y "el perdido"; los papeles asignados son infinitos. Los her-

manos "sanos" frecuentemente llenan lagunas en la familia y actúan como mejores intérpretes entre los padres que el paciente designado, y a menudo se les aprecia mucho por esta razón. Algunas clases de impulsos (por ejemplo, sexuales u hostiles) se consideran peculiares de algunos niños de la familia; a éstos se les ve a veces según estas maneras fijas, aun cuando su naturaleza esencial aporte pruebas de lo contrario. Todo terapeuta está familiarizado con la madre o el padre que continuamente dice que la muchacha "se meterá en líos con muchachos", hasta el punto en que la hija finalmente "coopera" y se mete en dichos "líos". Los papeles pueden quedar tan fijados en la familia, que cuando se lleva a cabo un intercambio de ellos entre dos hermanos, la familia puede interpretar el trueque como equivalente a una psicosis en uno de los hijos o en ambos; Ryckoff y colaboradores (1959) han ejemplificado de qué manera hijas "buenas" y "malas" asumieron acting outs, por presiones conscientes e inconscientes de sus padres, intercambiando papeles, lo cual provocó violentos trastornos en la familia. Es común ver en la familia de los esquizofrénicos a un hijo rebelde que ejecuta, mediante acting outs, un papel destructor complementario del excesivo conformismo del paciente; el mismo conflicto medular puede existir en el paciente y su hermano, aunque sea manejado opuestamente.

Las anteriores consideraciones nos permiten explicar parcialmente varios fenómenos notables, que hemos observado en el curso de la terapia familiar. Los hermanos "sanos" que lograron ajustarse, gracias a no querer saber nada de las enajenadas contradicciones de su familia, y, que utilizaron las defensas del aislamiento, la constricción, la represión y la amnesia para poder sobrevivir, se perturbaron más a medida que, en la terapia, se fueron desarrollando los traumas pasados y las maneras de entender las cosas de la familia. Estos hermanos, frecuentemente comenzaron a exhibir algunos de los mismos síntomas manifestados por el paciente designado. Hasta el hermano superapto, exitoso, muestra una patología profunda cuando se rasca la superficie. Durante años, una madre había estado chantajeando a su familia para que le diese la razón en todo, amenazándola constantemente con salirse de la casa e irse con su madre. La única manera de prevenir tan triste acontecimiento consistía en que uno de los hijos se pusiese enfermo. Cuando el paciente designado empezó a mejorar, la madre comenzó de nuevo con sus amenazas y -uno de los hijos, al que previamente se le había considerado como el más abierto y saludable de la familia empezó a exhibir algunos de los síntomas que el paciente designado había manifestado antes. Esta experiencia es la que da fundamento a la afirmación de los terapeutas familiares, en el sentido de que los síntomas que se desplazan de un miembro a otro de la familia representan ajustes, relativamente inespecíficos, a las tensiones del complejo familiar total, y poseen un valor para el sistema.

Por regla general, aunque algunos de los hermanos "sanos" reflejan el sistema familiar durante las sesiones de terapia, lo ocultan o "le siguen la corriente", la mayoría de los mismos actúan como terapeutas auxiliares o como egos observadores, a causa de su disposición a poner al descubierto el sistema, revelar secretos de la familia, hacer comentarios sobre comunicaciones patológicas, y revelar las duplicidades (por ejemplo, un hijo expresó: "vamos, mamá, sabes perfectamente bien que odias estas reuniones y que no te gusta lo que te dicen los doctores; pero cuando ellos te preguntan, tú dices que te gustan"). Debido a que comúnmente se muestran dispuestos a poner al descubierto el sistema familiar, a los hermanos "sanos" se les encamina particularmente hacia el desempeño del papel de "miembro ausente". Es más raro que el paciente designado corra el riesgo de que se le considere traidor a la familia. Algunos de los hermanos, aunque llevan las huellas de una parte de la patología familiar, son lo suficientemente resistentes como para ofrecer rescate al hermano o a la hermana enfermos. Hemos visto a algunos manejar al psicótico de manera mucho más razonable que los padres, con lo cual le tienden un puente para alejarse de los enredos de la familia.

Posiblemente haya un inconveniente en la utilización de la franqueza de los hermanos "sanos", en las sesiones de terapia familiar. A veces puede parecer que los terapeutas están aliados con los hijos, contra los padres. En los hijos se puede desarrollar un gran conflicto de lealtad, cuando se dan cuenta de que los terapeutas pueden tener una mayor preocupación por ellos, que sus propios padres. Y éstos, tal vez inciten indirectamente a los niños a oponerse a los terapeutas, o incluso pueden llegar a tomar represalias contra aquéllos. A los terapeutas les es muy necesario comunicar su interés en ayudar a todos los miembros de la familia, aun cuando transitoriamente parezcan estar a favor de uno solo. Tarde o temprano se habrá de ayudar a los padres para que desempeñen el papel que los terapeutas han tomado temporalmente.

Al principio, dudamos del acierto de incluir en las sesiones familiares al hermano "sano", que había logrado eludir a la familia patológica; pero desde que comenzamos a insistir en la asistencia de los hermanos, empezamos a hacer mayores adelantos. Además, descubrimos que, a la larga, los propios hermanos salían beneficiados y que se sentían privados y excluidos cuando se les dejaba fuera. El problema del hermano "sano" es complejo, y tendrá que seguir siendo estudiado a medida que se vayan acumulando nuevas experiencias en materia de terapia familiar.

Transferencia y contratransferencia

Todo intento de abarcar los múltiples aspectos de la transferencia y de la contratransferencia en la terapia familiar, en unas cuantas paginas, tendrá por fuerza que resultar muy incompleto. Puesto que las deformaciones transferenciales en estas complejas situaciones de terapia familiar resultan extremadamente difíciles de desentrañar, hablaremos tan sólo de algunos componentes que nos parecen interesantes. En el capítulo 8, escrito por Whitaker, Warkentin y Felder, se presenta con mayor profundidad el tema de la contratransferencia.

Freud descubrió que el fenómeno de la transferencia era una cualidad humana ubicua, en virtud de la cual las personas desplazan sentimientos, pensamientos y fantasías, que hacen referencia en el presente a otras personas significativas del pasado; la situación del tratamiento psicoanalítico crea las condiciones para que este proceso se produzca con mayor intensidad y especificidad. La naturaleza misma de toda situación terapéutica lleva implícita la regresión. Es casi imposible para cualquier persona evitar sentirse niño y no tener algunas expectativas profundas y únicas de transferencia frente al terapeuta, independientemente del aspecto que éste tenga y de lo que haga o deje de hacer. Los afectos que se transfieren son sobre todo mezclas complejas de miedo, esperanza, odio, admiración, desprecio, asombro, humillación, amor, vergüenza, etcétera. Estas previsiones de transferencia son tan forzosas, que la personalidad real del terapeuta casi no tiene importancia, hasta que se ha adelantado bastante en el proceso terapéutico; los sentimientos son tan poderosos, que pueden sobreponerse a las diferencias de personalidad existentes entre los coterapeutas. Por lo general, las interpretaciones de la transferencia suelen iniciarse cuando ya va bastante adelantada la terapia familiar, no solamente porque las transferencias han quedado más fijadas y se reacciona diferencialmente a los terapeutas, sino también porque les resulta más difícil a los miembros de la familia utilizar las interpretaciones cuando se encuentran entregados sólo periféricamente a la terapia, en sus fases iniciales.

Sin duda alguna, la transferencia no se produce de la misma forma en la psicoterapia individual o familiar que en la terapia psicoanalítica ortodoxa. La situación de la terapia familiar se ve complicada por la presencia simultánea de dos o tres generaciones, aparte de los terapeutas. Cuando se repiten actitudes emotivas del pasado y se asignan papeles a los diversos miembros y a los terapeutas, es preciso distinguir entre el miembro real de la familia, al cual se está respondiendo, y la introyección de esa persona. En otras palabras, las deformaciones por transferencias, de los miembros de la familia, no solamente se manifiestan respecto a los terapeutas, sino también respecto a cada uno de los miembros de la familia. Al mismo tiempo que se reacciona ante los terapeutas, tomándolos como abuelos, madre, padre, hermanos, etcétera, por parte de cada uno de los miembros de la familia, nace una complejidad adicional del hecho de que cada uno percibe y

aprehende los paradigmas de la transferencia individualmente, lo que produce efectos de retroalimentación. Además, todas las distorsiones transferenciales se llevan a cabo dentro del contexto de las expectativas de papel social convencional de los pacientes y de los médicos, así como de otras consideraciones de la realidad. Por supuesto, los terapeutas introducen sus propias interpretaciones equivocadas de transferencia y contratransferencia. En consecuencia, nos quedamos cortos al decir que el tema de la transferencia en la terapia familiar es complejo. Tal vez su complejidad explique la falta de bibliografía sobre el tema, pero no reduce su importancia. En verdad, al igual que en todas las formas de terapia, los fenómenos de transferencia tienen -una importancia capital y es indispensable contar con técnicas para tratarlos, si se quiere llevar a cabo la terapia familiar intensiva y prolongada, por la que hemos venido abogando.

La terapia familiar ha revelado también una nueva clase de transferencia: la del sistema familiar en su conjunto, que es algo más que una colección de distorsiones individuales. Cuanto más "enfermo" está el sistema, tanto más obvia es la transferencia familiar; las familias más integradas pueden desempeñar su papel "normal" de mucho mejor manera. Como se mencionó al principio de este capítulo, dos terapeutas que se escogen el uno al otro, eligen también una determinada familia para trabajar con ella; los evaluadores iniciales de la familia pueden o no terminar siendo sus terapeutas. Las razones que los llevan a seleccionar una familia, indudablemente tienen que ver con las primeras experiencias de su propia vida familiar, como individuos, así como con la naturaleza de la relación del equipo de coterapia. Aunque esta respuesta instintiva del terapeuta ante un paciente se produce en la psicoterapia individual, cuando ocurre en una familia posee una cualidad totalmente diferente.

Mencionaremos en seguida los aspectos de la familia que pueden atraer o repeler a los terapeutas: el aspecto físico de la familia, su manera de vestir y de comportarse en general; la forma en que se ocupan de sus sentimientos, el estilo de relacionarse los unos con los otros, el grado de desorganización o lo que sea, la manera como los padres tratan a los hijos y se tratan el uno al otro; su aparente insaciabilidad o capacidad de satisfacerse; la sensación que les provoca a los terapeutas de que no se les puede dar nada, o de que tienen necesidad de demasiadas cosas; el hecho de que la familia sea deprimida o paranoica; la

excesiva evidencia de hostilidad o su impresión de destrucción dentro de la familia; sus reacciones cuando alguien llora; su drástica violación de lo establecido. Además, todos hemos pasado por la experiencia de sentir inicialmente desagrado por una familia y luego comenzar a quererla poco a poco, y viceversa. Cuando algunos aspectos de la familia resultan atractivos para determinadas tendencias de los terapeutas, que se derivan de sus propios ímagos internos, éstos son capaces de acercarse a la familia y, de tal manera, elegirla para la terapia. Estos elementos de transferencia de los terapeutas a menudo no se perciben, pero indudablemente forman parte del proceso que determina cómo se llevará a cabo el tratamiento. Las actitudes subjetivas -a menudo inconscientes- del equipo terapéutico, probablemente tengan más que ver con el resultado de la terapia, que la misma naturaleza de los problemas familiares.

Así, la fuente de transferencia o contratransferencia que está más "cargada", emotivamente, y acerca de la cual muy poco se ha escrito -con la notable excepción del grupo del Atlanta Psychiatric Clinic (Whitaker y Malone, 1953)- tiene que ver con las necesidades de los terapeutas y la forma en que sus propias relaciones familiares personales, lo mismo actuales que pasadas, afectan al proceso terapéutico.

A menudo se pasa por alto el hecho de que la contratransferencia es un fenómeno inconsciente; cuando los terapeutas reaccionan con sus propias inclinaciones y preconcepciones irracionales, no se dan cuenta de ello en el mismo instante del suceso. Podrán reconocer el sentimiento o respuesta exagerados más tarde, cuando se lo señale un coterapeuta o todo el grupo observador. La terapia familiar está especialmente expuesta a provocar reacciones impropias a causa de lo "cargadas" que están las interacciones. No puede uno mantenerse tan distante de una familia, como de un paciente en particular; es casi imposible no quedar atrapado en el drama de la interacción familiar. Hay también algo en el trabajo con la familia, en contraste con el trabajo con individuos: lo tienta a uno a "juzgar", mientras pretende ser objetivo. Cuando un niño está siendo cruelmente explotado o alguien se retuerce impotente bajo el influjo de una devastadora atadura de "lo hagan o no, estoy perjudicado", resulta difícil a los terapeutas mantener la distancia clínica. En el caso de una familia, existe gran tentación a esquivar defensas para llegar al meollo de la cuestión, a estructurar menos y hacer menos preparativos para una interpretación, a no tomar en cuenta todo lo que se sabe que debe hacerse y que no debe hacerse, de lo que se ha ido aprendiendo en el entrenamiento de la psicoterapia. Esto no quiere decir que esté equivocado o que sea malo tal procedimiento reactivo; sin embargo, en el caso de una familia, parece tener validez un diferente conjunto de reglas terapéuticas, y esta actitud aparenta ser producto natural de haber estado tratando a una familia entera y tenido que lidiar con las materias brutas de la vida, por así decirlo. La terapia familiar puede subírsele a la cabeza a los terapeutas; existe una propensión magnética a

remodelar a nuestros propios progenitores, y a convertir en una madre y un padre mejores a los que están sometidos a observación. ¡ Esta es una oportunidad ideal para reconstruir las luchas de la propia familia de uno, de manera que en esta familia se pueda lidiar con ellas y se las pueda llegar a dominar!

La salvaguardia que se suele recomendar para reducir al mínimo las deformaciones de la contratransferencia es el propio análisis o psicoterapia personales, pero ningún análisis libera realmente a nadie de todas sus tendencias neuróticas, y además, el psicoanálisis no puede tratar directamente los elementos transaccionales de la familia. En la estructura de nuestra organización, mediante la observación directa de las sesiones por parte de todo el grupo terapéutico y con la utilización de grabaciones en cinta, existe la oportunidad de que miembros del personal que no participan en la terapia directamente hagan comentarios en torno a las falsificaciones por contratransferencia, así como respecto a engorrosos problemas de la realidad. (Por ejemplo, un equipo terapéutico necesitó mucha ayuda del personal para controlar sus sentimientos a causa del incesto consumado, patente, que había ocurrido en una de las familias.) Se ha descubierto que posee un valor esencial la discusión continua de la dinámica, las metas, las técnicas y los fenómenos de transferencia y contratransferencia entre coterapeutas, después de cada sesión de terapia. Estas metas pueden alcanzarse mucho mejor en sesiones del personal, donde observadores independientes pueden ofrecer sus impresiones y ayudar a aclarar discrepancias entre miembros del equipo. Ha resultado especialmente útil la introducción en las sesiones de -un tercer terapeuta como consultor temporal, cuando los otros dos se vieron en peligro de quedar absorbidos por el sistema familiar y no podían salir de algunos surcos y canales, con la consiguiente pérdida de libertad de acción.

La terapia familiar es un trabajo exigente, desde el punto de vista emocional, y crea en los terapeutas intensos sentimientos que deben contenerse durante las sesiones, o que por lo menos solamente deben recibir expresión terapéutica. Sin embargo, detrás del espejo de observación, el personal de terapeutas da salida frecuentemente a sus frustraciones, comportándose infantilmente, haciendo observaciones maliciosas o interpretaciones hostiles acerca de una familia, bromeando y mofándose, todo ello en la impunidad de esta posición segura. Hemos descubierto que es necesario entregarse a esta especie de liberación, e incluso llegado a pensar que la terapia familiar no puede llevarse a cabo aislándose de los colegas.

Relación en el equipo de coterapia

Desde que comenzamos a tratar familias, convertimos en rutina el empleo de dos terapeutas por equipo, en vez de solamente uno; pero reconocemos el hecho de que algunos terapeutas, en otros centros de terapia familiar, están dispuestos a enfrentarse solos a una familia y, por lo que dicen, han podido trabajar eficazmente de esta manera. Además, reconocemos francamente que el procedimiento de trabajo en equipo tal vez se creó originalmente más para la seguridad de los terapeutas que de la familia, pues si no pueden estar seguros, se reducirá su utilidad para los pacientes. A nuestro juicio, la seguridad de relación que da el equipo es un recurso necesario, pues la terapia familiar, especialmente a largo plazo, puede dar origen a sentimientos fuertes y extraños que pueden resultar profundamente perturbadores. El sistema de la familia es mucho más poderoso y experto que el de cualquier equipo de terapeutas.

Al ir reuniendo experiencias, gracias a nuestro modus operandi, descubrimos que el trabajo en equipo, a pesar de sus desventajas, aportaba otra dimensión que tenía su propio valor terapéutico, a saber, le proporcionaba a la familia unos "padres". Así pues, el proceso terapéutico total ha llegado a comprender no sólo a la dinámica intrafamiliar, sino a la dinámica de la relación de equipo y las influencias recíprocas que ejercen el equipo y la familia. En su totalidad, el proceso constituye una unidad, aunque para facilitar los comentarios en este capítulo, cada factor haya sido abstraído artificialmente del conjunto interconectado. En un artículo de Rubinstein, Weiner y colaboradores (1964), se ofrece un informe más detallado de la relación del equipo de coterapia en nuestra unidad.

La dinámica de la relación entre coterapeutas es complicada y existe en varios niveles. Los terapeutas deciden trabajar juntos parcialmente con fundamento en indicios extremadamente sutiles e inconscientes, que probablemente estén relacionados con experiencias semejantes en sus propias familias de origen, o haber conocido parecidos estilos de expresión, de la calidad del afecto, etcétera, todo lo cual los hace sentirse atraídos el uno al otro y les permite zanjar sus diferencias de manera relativamente congruente. Los coterapeutas podrán dar la impresión de ser personas de muy diversa clase, que trabajan complementariamente, y sin embargo, con toda probabilidad comparten experiencias introyectadas semejantes. Sobreponen las afinidades fundamentales de sus personalidades a las diferencias de sexo, profesión, cultura, religión u orientación teórica y, con toda probabilidad, ello determina la satisfacción de necesidades profundas en la relación y las deformaciones por transferencia, por igual. La confianza y la sensibilidad de un terapeuta para con otro es un requisito previo, para poder trabajar con familias; esta concordancia primaria puede tolerar que exista la divergencia entre ellos, así como permitirles manejar la ansiedad familiar. Al igual que en un matrimonio, una relación de equipo tiene su propia evolución y ha de llegarse a un entendimiento en lo que respecta a las

ambivalencias existentes entre terapeutas, pues la familia a menudo las explota. Si el fundamento de la relación es suficientemente sólido, los dos terapeutas pueden alternarse los papeles de hijo y padre para cada uno de ellos, aun cuando sigan siendo dos padres o esposo y esposa para la familia. Si no existe una buena relación en el equipo, no puede llevarse a cabo una buena terapia familiar.

Hemos descubierto que cuando la terapia familiar se ha estancado y no hace más que girar sobre sí misma, los primeros esfuerzos para diagnosticar el problema no deberían orientarse a la familia sino a la relación de equipo. Si a un terapeuta le perturba algo que está ocurriendo en la familia, lo primero que debería hacer es averiguar si existe algún problema en la relación de equipo. En nuestra unidad, cuando el equipo es incapaz de resolver los problemas por sí mismo, todo el personal observa una sesión familiar o escucha registros grabados de las sesiones.

Cuando los miembros del equipo pueden superar sus defensas individuales y colectivas, se encuentran en situación de examinar el origen de las dificultades que están experimentando en su relación. Por ejemplo, un terapeuta puede sentirse excluido a causa de que el otro haya establecido derechos de propiedad sobre un miembro de la familia; cuando -un terapeuta "saca" más de un miembro de la familia que de su compañero de equipo, se está portando como el progenitor de la familia esquizofrénica que recurre más a su hijo que a su cónyuge. Parte del proceso que se da entre los coterapeutas es función del proceso colectivo de todo el personal; por supuesto, la familia total de terapeutas tiene sus propios mitos, reglas y sistemas. A veces la conducta de los terapeutas se ve más regulada por la impresión que tratan de causar en sus colegas que lo están contemplando detrás del espejo, que por la estrategia del equipo o las necesidades de la familia.

La relación de equipo permite a los terapeutas tolerar amplias divergencias de estilo, así como las pruebas a que la familia someterá a dicha relación. Un terapeuta podrá ocuparse del material de procesos primarios y el otro del material de los secundarios. Un terapeuta se mantendrá relativamente al margen del enredo familiar y rescatará a su coterapeuta cuando éste pierda objetividad. Hasta un equipo que haya venido funcionando armoniosamente, y cuyos individuos cuenten con una larga experiencia de trabajo en conjunto, podrá resentir los efectos de algunas maniobras de la familia. Una de las pruebas más severas se presenta

cuando la familia trata de dividir a los terapeutas en objetos malo y bueno, aislando al primero. Este omnipresente fenómeno humano es producido por toda una diversidad de motivos: puede entenderse como un vestigio de intentos anteriores entre los padres para dividir y vencer, de poner a prueba a los progenitores; puede cumplir fines de resistencia o conducir a provocar celos o competencia entre los terapeutas. La maniobra puede resultar especialmente eficaz cuando existen rivalidades latentes entre éstos o si encaja con la necesidad inconsciente de un terapeuta de que lo consideren capaz de dar y dotado de un enorme sentido de responsabilidad, o con la necesidad inconsciente del otro terapeuta de que lo vean como el "malvado". Si uno de los dos siente gran necesidad de que una familia lo quiera, al otro miembro del equipo se le podrá considerar como estorbo, o tal vez se le utilice como medio para obtener satisfacción de parte de la familia. En este problema de equipo hay un paradigma de la relación entre hermanos. Se siente uno mejor cuando vence a un hermano para conquistar el amor de los padres, que cuando se es hijo único y no hay nadie con quién competir. Surge otro problema cuando se considera a un terapeuta del equipo como experto y al otro como aprendiz. Frecuentemente, la familia impondrá su estructura al equipo terapéutico (por ejemplo, un médico judío será considerado por una familia judía como el terapeuta experto; o bien, si uno de los terapeutas ha atendido individualmente al paciente designado, la familia lo considerará como el "médico"). El terapeuta preferido no puede menos que reaccionar al concepto que la familia tiene de él. Será preciso sacar a relucir algunos de estos problemas y discutirlos con la familia; si los terapeutas no se comunican el uno con el otro, la familia tampoco lo hará. Las emergencias y las pruebas por las que pasa la familia durante la terapia, frecuentemente acercan más a los miembros del equipo y de tal manera unen a éste con la familia.

Hay algunas familias que no permitirán a los terapeutas el ingreso en su sistema porque utilizan técnicas pasivas de no involucramiento. Esta clase de familias, que por lo común contienen un miembro con acting out, se muestran superficiales y triviales una vez que ha pasado la crisis inmediata (por ejemplo, cuando la policía ha detenido al hijo). Asisten a las sesiones, pero su conducta silenciosa parece decir: "hazme", como si quisiesen decir: "bien, ya estamos aquí; ahora hagan algo por nosotros, sin que tengamos que pedirlo". La seguridad de la relación de equipo es muy importante en estas ocasiones, a causa de la ira y la ansiedad provocadas en los terapeutas. Los coterapeutas, después de haber realizado esfuerzos por provocar sentimientos e interacciones entre los miembros de la familia, frecuentemente tienen que apoyarse el uno en el otro para establecer contacto, o tienen que aprender a utilizarse mutua mente para mantener silencio. Las familias que permiten a los terapeutas un ingreso demasiado rápido en el sistema pueden ser engañosas, y a veces es necesario que los terapeutas se salven entre sí del atolladero.

En conclusión, hemos descubierto que en la relación de un buen equipo terapéutico hay una cualidad que ayuda a menguar la ansiedad de la familia, de manera que los miembros pueden explorar con mayor libertad las profundidades de sus relaciones. La relación de equipo ayuda a que la familia conciba la esperanza de que algo mejor pueda surgir de su desdicha.

FASES FINALES DE LA TERAPIA FAMILIAR

Entre las vastas zonas inexploradas de la terapia familiar se encuentra la cuestión de la dinámica y el manejo de las etapas finales de tratamiento y su conclusión. Existe poca información a este respecto, no solamente porque son escasos los lugares de los Estados Unidos en los que se está efectuando terapia familiar a largo plazo, sino también porque no son muchas las familias que llegan a la fase de la conclusión natural (es decir, aquella en la que están mutuamente de acuerdo los terapeutas y la familia, por estar convencidos unánimemente de que ha tenido lugar el crecimiento). No hemos trabajado un tiempo suficiente como para haber visto a un número considerable de familias alcanzar las fases finales; así también, es difícil comprender la dinámica del proceso de conclusión de la terapia.

Toda clase de resistencias familiares caracteriza las fases final e intermedia de la terapia, pero cobran una forma algo diferente. Durante largo tiempo se observa mucha monotonía porque cada miembro de la familia presenta una y otra vez el mismo material, y eternamente suma dos y dos y obtiene cinco. Desde luego, todo progreso se detiene en ocasiones; se establece aquí una nueva conexión, se retrocede un poquito allá; varios miembros están preparados para avanzar a nuevas definiciones de las relaciones, pero un miembro no hace más que obstruir el proceso; o una combinación de dos retarda a un tercero. Los mismos viejos hábitos y patrones familiares jalan hacia atrás constantemente a la familia, al mismo tiempo que estas personas desesperadas están tratando de encontrar una salida a su desgracia. Interpretaciones repetidas muchas veces los hacen reaccionar como si las oyesen por primera vez.

Cuando el sistema familiar comienza a resquebrajarse, se provoca una intensa agitación; puede haber amenazas de suicidio, asesinato y divorcio. La ruptura del sistema crea también ansiedad en los terapeutas, que pueden reaccionar avanzado en una de dos direcciones: ofreciendo más apoyo, sesiones más frecuentes o haciendo ofrecimientos de terapia

individual. O bien, pueden comenzar a apartarse de la familia; una reflexión tal vez los haga darse cuenta de que habían estado dando indicios de que, en su opinión, la familia debía concluir el tratamiento, consistente por ejemplo en llegar tarde a las sesiones, impacientarse más, aumentar la cantidad de interpretaciones, insistir en condiciones que sabían que la familia no podía aceptar o prestar atención al aspecto patente, negativo, de la ambivalencia de la familia, en lo que respecta a acudir a las sesiones.

Hemos descubierto que la amenaza de concluir un tratamiento es un poderoso movilizador de las motivaciones para el cambio y aflojar algo las cosas. Cuando preguntamos a algunas familias por qué vienen semana tras semana sin cambiar esencialmente, rara vez pueden expresar verbalmente sus metas, salvo diciendo: "queremos que nuestra hija (o nuestro hijo) se ponga bien" o "necesitamos una familia más feliz". Cuando señalamos la futilidad de continuar sin testimonios de un deseo de cambio, se provoca una gran aprehensión, aun en padres que nunca han aceptado la idea de que son pacientes o solamente lo han aceptado de dientes para afuera. Una madre nos insinuó que si los abandonábamos, haría que su hija enfermase de nuevo. Los miembros de la familia viven un gran conflicto entre el deseo poderosísimo de mantener el statu quo, el equilibrio homeostático previo, por una parte, y el deseo dependiente de agradar a los terapeutas, de ser aceptados y queridos por ellos, por otra. Sin embargo, a menudo se sienten honradamente confundidos acerca de lo que significa "cambio". Una de las madres, que había controlado todo el dinero de la familia y tenía la casa a su nombre, interpretó que el cambio consistía en hacer más, y no menos, de lo que ya estaba haciendo; y dijo: "ya he hecho bastante; ¡no puedo hacer más!" Su esposo comenzó una de las reuniones diciendo: "bueno, creo que lo que quieren es que yo sea un hombre más fuerte, más dominante", y luego se volvió hacia su esposa y le preguntó: "¿no estás de acuerdo, querida?"

La familia cae luego en un estado de parálisis, en el que el modo antiguo de actuar ya no es eficaz y todavía no se cuenta con uno nuevo. Este estado puede durar un tiempo considerable y las familias podrán permanecer estáticas y nunca adelantar. Es un doloroso periodo para todos. Aunque muy lentamente, en las familias que hacen adelantos, los miembros comienzan realmente a escucharse unos a otros y a prestar atención a los terapeutas. Gradualmente, van descubriendo que las antiguas satisfacciones ya no parecen funcionar bien. De alguna manera comienzan a descubrir que no tiene objeto proseguir con la incesante enajenación o las despiadadas acusaciones. Son las mismas personas y, sin embargo, hay algo diferente en la atmósfera familiar; tal vez el

terror sin nombre parece ya no gravitar sobre la familia. Los padres podrán sentirse menos temerosos de que su hija sea violada si sale con amigos, y los niños se preocuparán menos de lo que ocurre en la habitación que ha empezado a ser ocupada por ambos padres. El esposo percibirá la desdicha esencial que se esconde tras el perpetuo mal humor de la esposa y tal vez la utilizará menos como madre censuradora. La esposa quizá pueda sentirse más mujer, cuando ya no se vea obligada a ver al esposo como un verdugo o como siervo. A diferencia de otras formas de psicoterapia, no hay mucho insight verbalizado; los miembros de la familia parecen entenderse mejor, pero les cuesta mucho trabajo comprender por qué lo hacen. Podríamos compararlo con algunas formas de la terapia infantil, en las que el niño se beneficia gracias a una experiencia, sin llegar a saber siquiera que está bajo tratamiento.

Es muy aleccionadora la dinámica implícita en el abandono precipitado del tratamiento, ya sea en sus fases iniciales, intermedias o finales. Una de las razones principales por las que la familia pone fin repentinamente al tratamiento se basa en la toma de conciencia de lo que están haciendo los terapeutas al sistema, así como a su falta de disposición al cambio. Constituye un contrapunto de este tema la trampa transferenciacontratransferencia, por la cual los requerimientos de la familia se ponen a prueba contra las de los terapeutas. Es decir, surge una lucha entre terapeutas y familias, sobre "quién necesita a quién". Cuando la familia advierte que va a ser abandonada, desea salirse del tratamiento y despacha el mensaje que dice: "te rechazaré, antes de que tú puedas rechazarme". Aunque las familias se sienten rechazadas libidinalmente cuando los terapeutas amenazan con concluir el tratamiento, también descubren a menudo que pueden lastimar a los terapeutas si los rechazan. Si éstos tienen mayor necesidad de la familia que la familia de ellos, entonces ésta es la más fuerte, y viceversa. Este conocimiento y el hecho de que el compromiso de las familias con los terapeutas aumenta a menudo cuando éstos van perdiendo interés en cambiarlas, nos han llevado a concluir que los equipos de terapeutas necesitan a menudo que el resto del personal los ayude para que "no pierdan la calma" o dejen que una familia se vaya. Una mayor experiencia ha conducido a nuestros terapeutas a no dar señales de que se desea poseer o retener familias; cuando éstas se dan cuenta de ello, dedican esfuerzos más serios a su trabajo de terapia. Hemos descubierto que la relación con el miembro del equipo subsistirá mucho después de que la familia se haya ido.

Las interrupciones que se producen en la terapia familiar no dejan de tener su utilidad, como ocurre en la terapia individual. Algunas familias han interrumpido el tratamiento y luego han regresado convertidas en familias nuevas, con nuevas actitudes y motivaciones. Más tarde nos

dimos cuenta de que para algunas de estas familias, el rechazo de los terapeutas constituyó un paso hacia la individualización y el crecimiento; la separación fue una acción de ensayo. Cuando rechazaron a los terapeutas, no lo hicieron porque consideraran verdaderamente a éstos como malos padres en el inconsciente, los únicos padres verdaderamente malos son los que se enferman, se van o mueren. Estas familias necesitaban probar que los terapeutas estarían a su alcance cuando los necesitaran, que estarían a la mano. En el transcurso de la terapia, esta prueba puede cobrar la forma de faltar a las citas o comportarse irresponsablemente, para ver si los terapeutas saldrían en su busca o acudirían a su rescate, para ver cuánto los necesitaban éstos.

Una de las observaciones más importantes que hayamos hecho en lo relativo a la conclusión del tratamiento, es la del grado de dependencia de estas familias respecto a todo el proceso de tratamiento. La nueva familia artificial, creada por la situación de tratamiento, actúa como "muleta" para la familia y la privación de ella asusta a sus miembros. En muchas de las cosas que se dicen en las sesiones está implícito el ruego de que los terapeutas acepten la carga permanente de cuidarlos. De hecho, cuando se pide a los miembros de la familia que definan sus propias metas del tratamiento, se conducen como si pudiesen someterse a éste, a menos que sientan que los terapeutas están dispuestos a entregárseles primero; parecen estar mucho más preocupados por el nosotros queremos que ellos (continúen el tratamiento) que por sus propias aspiraciones personales.

La dinámica de la conclusión del tratamiento tiene una importancia capital y se extiende a todos los demás problemas de la terapia familiar. A medida que vayamos adquiriendo más experiencia en lo relativo a la conclusión de un tratamiento, sabremos mejor cómo prever y manejar las resistencias en todas las fases.

EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA TERAPIA FAMILIAR

La pregunta que con toda seriedad nos hemos formulado a nosotros mismos es: si la terapia familiar "funciona", ¿cómo lo hace? Aunque tal vez no sea razonable comparar la terapia familiar con el psicoanálisis individual -que es la cirugía mayor de la psicoterapia-, debemos ponernos a reflexionar en todo lo que encierra el cambio de la personalidad humana. Aun en las condiciones ideales del análisis (cinco veces por semana), el paciente tiene que soportar el largo y doloroso proceso del debilitamiento de las defensas, la superación de resistencias, la regresión profunda, la neurosis de transferencia, la translaboración y, por último, si el análisis tiene éxito relativo, se produce el abandono de las fijaciones y disminuyen los fenómenos de proceso primario; el paciente termina haciendo cosas para sí mismo y ya no para el analista, y busca la satisfacción de necesidades a través del principio de la realidad. Los analistas pueden aseverar con convicción que, a fin de efectuar un cambio realmente significativo y alcanzar la solución de problemas de la

personalidad profundamente arraigados, no puede saltarse o abortarse ninguna parte de este proceso y que aun en estas condiciones ideales, el resultado clínico es incierto. Entonces, sería legítimo preguntar ¿cómo se les ocurre confiar en producir cambio real en las condiciones intratables, viendo a cuatro o cinco personas juntas una vez por semana? En la situación analítica, cuando se hace una interpretación, el paciente responde por lo general con declaraciones para justificarse a sí mismo y con toda la variedad de maniobras de resistencia, que el analista escucha pacientemente; en un determinado momento se produce una pausa larga y luego el paciente reflexiona comúnmente sobre la interpretación, a veces la capta y después comienza a especular en torno a las implicaciones que tiene para su vida, y tal vez se remonte a sus antecedentes más remotos. En la terapia familiar, en la que las indagaciones no pueden llevarse a cabo sin interrupciones y en la que cada persona, al menos durante las primeras fases, se detiene en el punto en que acusa a otro e intenta no perder su "imagen" frente a la familia, ¿es posible aproximarse siquiera a la disolución de las resistencias? ¿Acaso no están los acontecimientos y fantasías más pesadamente "cargados" de la vida de una persona enterrados hondamente, bajo tantas capas, que se necesitan las técnicas especiales de la terapia individual para que se las pueda revelar? ¿Acaso los conflictos muy tempranos de la vida de cada persona no se encuentran demasiado alejados de la situación inmediata, para que se les pueda rastrear desde sus derivaciones hasta sus conexiones pasadas? ¿De qué manera una familia que se encuentra en situación de grave regresión podrá renunciar a sus necesidades infantiles?

A pesar de todas las razones teóricas por las cuales la terapia familiar tendría que fracasar, quienes la hemos estado practicando estamos íntimamente convencidos de que da buenos resultados con la mayoría de las familias y que cuenta con un potencial aun más grande para volverse más eficaz, a medida que se vayan ampliando los conocimientos. Pero ¿qué entendemos cuando decimos que el tratamiento "funciona"? En primer lugar, es necesario utilizar criterios de cambio diferentes de los aplicados a la terapia individual. Vienen al caso los criterios de los procesos interpersonal y transpersonal, aunque todavía se encuentren en una etapa primitiva nuestras normas conceptuales para evaluar estas clases de cambios. ¿A qué nivel deberíamos buscar el cambio? ¿Buscamos

cambios en las actitudes, en la conducta, en el nivel de las necesidades profundas, en el equilibrio homeostático, en las modificaciones de las alianzas? ¿Buscamos liberar de sus síntomas al paciente designado? ¿encontramos, por lo contrario, un intercambio de síntomas entre miembros de la familia? ¿Procuramos fomentar la diferenciación en cada uno de los miembros de la familia, aminorar el sufrimiento familiar, acercarlos más unos a otros, o separarlos más, aumentar el número de mensajes de comunicación en la familia? ¿Tratamos de ayudar a sus miembros a encontrarle más sentido a la vida? o, en última instancia, como en todas las formas de terapia, ¿son los pacientes los que establecen sus propias metas? Tampoco podemos confiar mucho en este criterio, en la medida en que las metas, basadas en la acumulación de insights en el transcurso del tratamiento, son a menudo muy diferentes al final, de lo que eran al principio. Además, ¿no se necesitan estimaciones de lo que es salud mental, de parte de los terapeutas y la sociedad? Pero ¿qué es lo que constituye una familia sana? ¿Qué derechos tienen los terapeutas a decidir qué se entiende por vida familiar buena? ¿No deberían los terapeutas familiares cuidarse de no convertirse en agentes de la sociedad, que obligan a las familias a ceñirse a un molde ideal? Etcétera.

En vez de intentar responder las preguntas que acabamos de plantear, optamos por señalar algunas maneras concretas, operacionales, de estimar el mejoramiento de la familia. Los cambios intrapsíquicos con ducen a cambios interpersonales, pero éstos, a su vez, dan lugar a modificaciones intrapsíquicas, sobre todo cuando los cambios se comparten conjuntamente dentro de la unidad vital fundamental por excelencia la familia. Sabemos que las familias han mejorado, cuando apreciamos la continuidad en las sesiones y la familia se vuelve capaz de resolver los conflictos en el hogar, en vez de llevárselos al terapeuta para que se los solucione. Sabemos que hay crecimiento, cuando los miembros de la familia se utilizan menos unos a otros como figuras transferenciales y comienzan a parecer personas más reales, tanto a los terapeutas como a ellos mismos. Cuando se reduce la patología familiar, los miembros de la familia pueden disfrutarse entre sí y vivir mejor. Sin que tratemos de señalar concretamente qué entendemos por todo lo que hemos dicho, descubrimos que se produce una mayor individualización, de manera que el ego compartido de la familia se afloja y puede tolerarse la separación de los miembros del sistema. Cada individuo se vuelve más libre de explorar una definición individual de su yo, que puede ser harto diferente del papel que la familia le había asignado.

El afecto que se descargaba en la familia se dispersa más y se le asigna un menor valor satisfactor primitivo; se pierde el viejo "atractivo" que tenía la enajenación familiar. Las fuerzas emocionales tienden a volverse menos unificadoras de la familia; por ejemplo, las energías sexuales de los hijos pueden comenzar a dirigirse hacia figuras extrafamiliares. Tiende a abrirse la comunicación entre los padres y a pesar de la confusión, el sentimiento de futilidad y las decepciones iniciales - producidas al abrir realmente los ojos para verse el uno al otro- los cónyuges suelen

terminar por verse con mayor simpatía y, por consiguiente, aumenta la posibilidad de mantener una relación significativa. Como hemos dicho, el mejoramiento del matrimonio va casi invariablemente seguido de un crecimiento emocional en los hijos. Como los padres fueron "alimentados" por los terapeutas, comienzan a alimentarse menos de sus hijos. Y tal vez lo más importante es que las familias descubren que hay otras maneras de comportarse con los demás y seguir siendo una familia.

Los terapeutas familiares cifran esperanzas en su trabajo, porque han visto mejoramiento en familias en las que una gran cantidad de terapia individual previa, para sus diversos miembros, no cambió materialmente nada.

Como institución, la familia ha sobrevivido muchos miles de años, siendo la unidad vital que mejor funciona para los seres humanos porque, en su calidad de mediadora de la cultura en la preparación de los jóvenes para formar a su vez la siguiente generación, ha servido para digerir el cambio social y también ha actuado como baluarte flexible ante las agitaciones que han ocurrido a lo largo del tiempo.

Tal vez no sea accidental el hecho de que a pesar de un siglo de ilustrada actividad psiquiátrica, se haya tardado tanto en iniciar el tratamiento de la unidad familiar como paciente. La mayoría de las personas consideran casi instintivamente a la familia como sacrosanta, quizá, como el último bastión de libertad que le queda al hombre. (Por ejemplo, obsérvense las recientes protestas en contra de las pruebas psicológicas que se aplican en las escuelas y que incluyen preguntas acerca de aspectos personales de la vida familiar.) ¿En qué otra parte, salvo en su propio castillo, en su propia familia, puede una persona hurgarse las narices, eructar, perder los estribos impunemente, lloriquear, permitir que aparezca en ella el niño; en pocas palabras, regresar y "ser ella misma"? Aunque al lector tal vez le haya quedado la impresión de que hasta ahora hemos concentrado la atención únicamente en los aspectos patológicos y estafalarios de la vida familiar, hay que aclarar que reconocemos plenamente que ésta constituye un refugio emocional y es fuente de hondas satisfacciones. Aun en las familias más enajenadas, los lazos de consaguinidad y las asociaciones continuas dan origen a la fidelidad y a una serie de relaciones de afecto e interés: los chistes familiares, las fiestas de cumpleaños, el olor de la comida, etcétera. No obstante, a veces las satisfac-

ciones familiares constituyen, paradójicamente, el fondo sobre el que se levanta la tragedia humana y una infinita variedad de perturbaciones emocionales: los rechazos crueles, las discriminaciones, el niño al que no se quiere como persona, las humillaciones, la paternalización de los hijos, la falta de intimidad, el excesivo consentimiento, las metas no alcanzadas, los potenciales frustrados y las ofensas contra el espíritu humano.

La gente se equivoca a menudo respecto al grado de patología de aquéllos a quienes cree conocer bien, porque en las relaciones sociales comunes, la mayoría de las personas logran ocultar no sólo sus fantasías sino muchos aspectos de su conducta infantil patente, que se pone de manifiesto únicamente delante de algunas personas especiales (por ejemplo, el cónyuge, un hijo, un hermano, los padres, un amigo, etcétera). El psicoterapeuta o el analista llegan a familiarizarse con la vida de fantasía del individuo, pero aun ellos pueden equivocarse al juzgar toda la fuerza de la patología de una persona, pues solamente obtienen informes de segunda mano acerca de la calidad de la interacción social y, con excepción de la transferencia, rara vez son testigos presenciales de aquélla. La conducta deformada quizá ni siquiera en la transferencia se manifieste con toda su fuerza, si es objeto de un acting out forma especialmente intensa con alguna persona fuera de las sesiones. La terapia familiar es la única terapia que puede ser testigo de la conducta "enferma" con los personajes claves, tal como realmente se produce in vivo. Por consiguiente, por más maduras que parezcan ser las personas en las relaciones sociales comunes, algunos rasgos infantiles de su personalidad aparecen únicamente cuando se encuentran en presencia de miembros de su familia. El lego lo sabe cuando dice: "es preciso vivir con una persona para saber cómo es verdaderamente". Como dijo una señora, "en el mundo exterior, mi esposo es la esencia de la bondad. Es una persona capaz y admirada; se deshace en favores para todo el mundo. Dondequiera que voy, la gente me dice lo afortunada que soy por haberme casado con él. Sin embargo, en cuanto mete un pie en su casa, algo ocurre, porque a su familia no le puede dar nada ¡y actúa como un chiquillo!" La parte "secreta" de la familia rara vez se exhibe a los extraños, en contraste con la "fachada" que está a la vista del público (Goffman, 1957). Incluso los amigos íntimos pueden "conocer" a una familia durante años y no darse cuenta no sólo de sus intimidades y escándalos conscientemente escondidos, sino del a veces extraño mundo oculto de la familia.' Las notas al calce de las biografías de personajes famosos solamente dan una ligera idea de las prácticas profundamente personales, pero extravagantes y extrañas, que se producen de alguna forma y hasta cierto grado en todas las familias, incluso en aquellas a las que la comunidad considera ideales.

Poner al descubierto las corrientes subterráneas de la vida familiar inquieta a veces a los terapeutas. Algunas de las revelaciones que se oyen en las reuniones familiares poseen la calidad turbadora y embarazosa de una obscenidad proferida en la iglesia. En la terapia individual, nos hemos acostumbrado a que el paciente relate sucesos íntimos con grandes sentimientos de culpa o vergüenza, lo hemos visto revivir con terrible sufrimiento la muerte de un hijo o de un padre, volver a experimentar los sentimientos de que se prefirió a un hermano o a una hermana, describir fantasías de masturbación, etcétera. En la intimidad del consultorio, uno contempla toda la belleza y la fealdad del carácter humano. Pero es un malestar muy distinto el que se experimenta cuando estas cosas se declaran semipúblicamente; por ejemplo, cuando el hijo va poco a poco aumentando su maldisfrazado desprecio por el padre débil e ineficaz, que siempre renuncia a tomar decisiones; cuando la batalla apenas contenida y cargada de rencor entre la madre y la abuela, estalla por fin con la denuncia hiriente: "¡nunca debiste tener hijos!"; cuando se presencia el horror en la madre que acaba de darse cuenta de cómo ha lastimado a su hijo; al oír a un hermano "sano" decirle a su madre santurróna: "¿sabes, mamá?, de verdad que haces algunas porquerías". Aunque los hijos están acostumbrados a presenciar la conducta infantil de sus padres en el hogar, les resulta humillante verlos exhibirla francamente delante de extraños, los médicos.

Hay que recordar que a menudo vemos a estas familias en sus peores momentos; el padre al que consideramos un "personaje pasivo-dependiente con rasgos depresivos", para sus hijos, puede ser, una persona afectuosa y amable, cuya personalidad tiene otras facetas. La madre alcohólica es a veces más afectuosa con sus hijos que otras madres más correctas. Por más malo, fracasado o indigno de amor que un padre pueda parecerle a los demás, los hijos pueden "quererlo" sin reservas e intensamente, y es difícil que los padres renuncien a esto. Todo terapeuta ha visto que por más repugnante o peculiar que un paciente o una familia les hayan parecido al establecer el primer contacto, después de haber trabajado con ellos durante algún tiempo, comienzan a parecerse más a

4 *Tal vez esto sea lo que el autor de la obra intitulada 'Finger Exercise' (Shaffer, 1959) trata de hacernos ver, cuando el tutor llega a vivir con la familia y el hijo le dice desde la primera conversación con él: ". . . mire, le voy a hacer una advertencia. Esto no es una familia, es una tribu de caníbales. Entre todos, nos comemos todo lo que podemos ... ¿cree usted que estoy bromeando?" El tutor, que se siente incómodo por lo que acaba de oír, le responde: "yo creo que tienes la fortuna de poseer familia". Y el hijo le replica: "yo creo que usted tiene la suerte de no tener una ... perdóneme. Estoy haciendo chistes de mal gusto. En realidad, escogemos con mucho cuidado a nuestras víctimas. Solamente nos comemos a otros miembros de la familia."*

personas y empiezan a entender un poco mejor por qué éstas hacen lo que hacen, y que dadas una historia particular y las circunstancias presentes, hacen lo que tienen que hacer. Desde el punto de vista subjetivo, los terapeutas experimentan una mezcla de sentimientos mientras atienden a estas familias: empatía, aborrecimiento, perplejidad, aislamiento, amor, asco, simpatía, etcétera. Cognoscitivamente, evalúan, juzgan, sienten, combinan estrategias con el coterapeuta, maniobran, se observan a sí mismos, etcétera.

A veces nos hemos preguntado de qué manera la terapia perturbaba a las familias. En la terapia individual se suele oír a los pacientes que jarse de que se sienten peor que cuando comenzó el tratamiento. También las familias acostumbran decir que se sienten más perturbadas; hay amenazas de divorcio y asesinato (ninguna de las cuales se han cumplido realmente), quejas de que estamos "arruinando" a la familia, informes de que han aumentado las disputas en el hogar, etcétera. Sin embargo, al examinar con mayor atención esta cuestión, nos preguntamos: ¿cuál era el estado de cosas en la familia antes de que interviniésemos nosotros? ¿No ocurrió acaso que su relativa tranquilidad se alcanzó sacrificando a un miembro de la familia y convirtiéndolo en paciente? ¿No ha existido un descontento profundo, pero no reconocido, durante años? Todo procedimiento de investigación tiene que alterar forzosamente patrones rígidos, provocar más desdicha, frustrar intereses creados intrafamiliares y hacer que las cosas, transitoriamente, parezcan andar mucho peor. Es interesante señalar que a medida que hemos ido adquiriendo mayor experiencia en materia de terapia familiar, también hemos venido oyendo menos quejas de esta clase. Como en todas las formas de psicoterapia, indudablemente, la terapia familiar tiene vastos efectos colaterales. A veces las familias exageran el análisis en el hogar y se ponen a interpretarse unos a otros; incluso pueden utilizar lo que hayan dicho los terapeutas en las sesiones para apoyar mejor un punto que están defendiendo (por ejemplo: "mira, el doctor dijo que tienes sentimientos hostiles hacia tu madre y los desquitas conmigo"). A los parientes cercanos, los cambios en los miembros de la familia les pueden resultar muy penosos.

Es interesante especular sobre la razón por la cual Freud, a pesar de todo su genio para captar tantas verdades fundamentales acerca de la naturaleza del hombre, no llegó a reconocer plenamente y manejar terapéuticamente la patología interpersonal, interconectada, entre personas estrechamente relacionadas. Aunque en cierto sentido puede decirse que nadie comprendió mejor que Freud las luchas intrafamiliares, su hincapié en la reconstrucción y elaboración de la dinámica familiar dentro de la propia mente, y todo lo que hizo por desalentar la participación de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento de los individuos, estableció la práctica de la exclusión de aquélla en la mayoría de las formas de psicoterapia. Hasta ahora, la ciencia ha tenido siempre que confiar en la información de segunda mano acerca de la familia, en los informes rendidos por los pacientes,

en los cuestionarios o en lo que han dicho los miembros de la misma, a quienes se ha interrogado por separado. Al observar la interacción de la familia entera comenzaron a descubrirse fenómenos que antes no se habían conocido, porque las condiciones especiales de su revelación nunca habían estado presentes. Es probable que esta generación de terapeutas de la familia haya realizado una importante aportación científica al establecer el concepto de familia y reconocer algunas de sus profundas implicaciones; tal vez se necesitará otra generación de clínicos-teóricos, para integrar más aún las esferas intrapsíquica y transaccional, antes de que la terapia familiar se convierta en una forma refinada, específica de tratamiento, con límites conocidos. Haciendo a un lado las consideraciones prácticas del tratamiento, a la larga, la significación del enfoque sobre las transacciones familiares consiste en un gran reto conceptual para la psicopatología contemporánea y la teoría de la personalidad, en su conjunto.

Solamente ahora comenzamos a darnos cuenta de algunas de las connotaciones y de las consecuencias más amplias del enfoque familiar. Esta terapia, que originalmente concentró su atención sobre los pacientes esquizofrénicos y sus familias, ha empezado a ser aplicada a una gran variedad de estados clínicos en el paciente designado, incluyendo la neurosis, los trastornos de personalidad que se manifiestan por medio de acting outs, los estados psicósomáticos resistentes, los problemas del aprendizaje, así como problemas de restricción del ego e inhibición, el alcoholismo, problemas de las personas de edad avanzada, de aquellas con desviaciones sexuales, etcétera. Los investigadores de los centros para la prevención del suicidio están aprendiendo que hay mejores oportunidades de impedirlo, cuando se examina a toda la familia y puede comprenderse mejor el sentido del intento o la amenaza de realizarlo. El enfoque tradicional en la orientación infantil va cediendo gradualmente su lugar al enfoque familiar en varios estados de la Unión Americana. Y los centros de salud mental de la comunidad en el futuro bien podrán llegar a convertirse en centros de salud mental de la familia. Incluso en aquellas situaciones clínicas en las que no puede emprenderse la terapia familiar, los clínicos están comenzando a descubrir el valor diagnóstico de las entrevistas de evaluación de la familia como trabajo de rutina, pues se han dado cuenta de que este enfoque constituye el mejor método para establecer el significado de la enfermedad y averiguar qué ocurrió en la familia y contribuyó a producirla. La terapia familiar tiene un gran

futuro, pero como hay tan pocos terapeutas familiares entrenados, es una tarea que lleva mucho tiempo, y el conocimiento en este campo se encuentra aún en sus etapas preliminares, seguirá siendo durante algún tiempo un procedimiento altamente selectivo y limitado, aunque las adaptaciones de algunos de sus principios fundamentales llegarán a utilizarse algún día para tratar algunos de los males sociales de nuestro tiempo. El valor último de la terapia familiar se encuentra probablemente en el campo de la prevención; los hijos de la familia tratada, que lleguen a casarse y formar sus propias familias, contarán con una mayor capacidad para la creación de una sana vida familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N. W. (1960). Family-focused therapy of schizophrenia. En S. C. Scher y H. R. Davis (dir.) *The out-patient treatment of schizophrenia*. Nueva York: Grime & Straton.
- Bell, J. E. (1961). *Family group therapy*. Washington, D. C.: Public Health Monograph núm. 64. Dept. of Health, Education and Welfare.
- Bell, N. W. (1962). Extended family relations of disturbed and well families. *Family Process* 1, 175-193.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. L. (1961). Hospital organization and family oriented psychotherapy of schizophrenia. Montreal: Proceedings of the 3rd World Congress of Psychiatry.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. L. (1962). Family concept of hospital treatment of schizophrenia. En J. H. Masserman (dir.) *Current psychiatric therapies*, vol. II. Nueva York: Grune & Stratton.
- Bowen, M. (1961). Family psychotherapy. *Amer. J. Orthopsychiat.* 31, 42-60.
- Carroll, E. J. (1960). Treatment of the family as a unit. *Penna. Med. J.* 63, 57-62.
- Dicks, H. V. (1964). Concepts of marital diagnosis and therapy as developed at the Tavistock Family Psychiatric Units, Londres, Inglaterra. En Nash, E. M., Jessner, L. y Abse, D. W. (dir.), *Marriage counseling in medical practice*. Chapel Hill: Univer. No. Carolina Press, capítulo 15.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. Nueva York: Basic Books.
- Framo, J. L. (1962). The theory of the technique of family treatment of schizophrenia. *Family Process* 1, 119-131.
- Goffman, E. (1956). *The presentation of self in everyday life*. Edinburgh: Univer. of Edinburgh, Social Sciences Research Centre.
- Guntrip, H. (1953). The therapeutic factor in psychotherapy. *Brit. J. med. Psychol.* 26, 115-131.
- Haley, J. (1959). Family of the schizophrenic: a model system. *J. nerv. ment. Dis.* 129, 357-374.
- Haley, J. (1963). Marriage therapy. *Arch. gem. Psychiat.* 2, 213-234.
- Handlon, J. H. y Parloff, M. B. (1962). The treatment of patient and family as a group: Is it group psychotherapy? *Int. J. grp. Psychother.* 12, 132-141.
- Hill, L. (1955). *Psychotherapeutic intervention in schizophrenia*. Univer. Chicago Press.
- Jackson, D. D. (1959). Family interaction, family homeostasis and some implications for conjoint family psychotherapy. En J. H. Masserman (dir.) *Science and psychoanalysis, II Individual and familial dynamics*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Jackson, D. D., y Weakland, J. H. (1961). Conjoint family therapy: some considerations on theory, technique, and results. *Psychiatry*, 24, 30-45.
- Kubie, L. S. (1956). Psychoanalysis and marriage: practical and theoretical issues. En V. W. Eisenstein (dir.) *Neurotic interaction in marriage*. Nueva York: Basic Books, capítulo 2.
- Lidz, T., Fleck, S., Alanen, Y. O. y Cornelison, A. (1963). Schizophrenic patients and their siblings. *Psychiatry*. 26, 1-18.
- Menninger, K. (1958). *The theory of psychoanalytic technique*. Nueva York: Basic Books.

Midelfort, C. F. (1957). *The family in psychotherapy*. Nueva York: Blakiston.

Nizer, L. (1961). *My life in court*. Nueva York: Doubleday.

Prout, C. T. y White, M. A. (1956). The schizophrenic's sibling. *J. nerv. ment. Dis.* 123, 162-170.

Redl, F. (1948). Resistance in therapy groups. *Hum. Relat.* 1, 307-313.

Rubinstein, D., y Weiner, O. R. (1964). Co-therapy teamwork relationships in family psychotherapy. (With collaboration of Boszormenyi-Nagy, I., Dealy, M., Framo, J. L., Lincoln, G., Robinson, L. y Zuk, G.) Paper read at Conference on Family Process and P'sychopathology: Perspectives of the Clinician and Social Scientist. Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Filadelpia, octubre.

Ryckoff, I., Day, J. y Wynne, L. C. (1959). Maintenance of stereotyped roles in the families of schizophrenics. *A.M.A. Arch. gem. Psychiat.* 1, 93-98.

Schaffer, L., Wynne, L. C., Day, J., Ryckoff, I. M. y Halperin, A. (1962). On the nature and sources of the psychiatrists' experience with the family of the schizophrenic. *Psychiatry* 25, 32-45.

Searles, H. F. (1958). Positive feelings in the relationship between the schizophrenic and his mother. *Int. J. Psychoanal.* 39, 569-586.

Searles, H. F. (1959a). Integration and differentiation in schizophrenia. *f. nerv. ment. Dis.* 129, 542-550.

Searles, H. F. (1959b). The effort to drive the other person crazy-an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *Brit. J. med. Psychol.* 32, 1-18.

256

Searles, H. F. (1961). Anxiety concerning change, as seen in the psychotherapy of schizophrenic patients, with particular reference to the sense of personal identity. *Int. J. Psychoanal.* 42, 74-85.

Shaffer, P. (1959). *Five finger exercise*. Nueva York:: Harcourt Brace.

Sonne, J. C., Speck, R. V. y Jungreis, J. E. (1962). The absent-member maneuver as a resistance in family therapy of schizophrenia. *Family Process*, 1, 44-62.

Szasz, T. S. (1957). A contribution to the psychology of schizophrenia. *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat.* 77, 420-436.

Varon, E. (1958). *Defenses inherent in the group situation*. Jewish Family & Children's Boreau, Baltimore (mimeogr.)

Whitaker, C. A. y Malone, T. P. (1953). *The roots of psychotherapy*. Nueva York: Blakiston.

Whitaker, C. A., Malone, T. P. y Warkentin, J. (1956). Multiple therapy and psychotherapy. En F. Fronen-Reichman y J. L. Moreno (dir.) *Progress in psychotherapy*. Nueva York: Grune & Straton, 210-216.

Whitaker, C. A. (1958). Psychotherapy with couples. *Amer. J. Psychother.* 12, 18-23.

Wynne, L. C., Day, J., Hirsch, S. y Ryckoff, I. (1957). The family relations of a set of monozygotic quadruplet schizophrenics. Zurich: Congress Report of the 2nd Internat. Congress for Psychiatry, 2, 43-49.

Yi-Chuang Lu. (1961). Mother-child role relations in schizophrenia: a comparison of schizophrenic patients with nonschizophrenic siblings, *Psychiatry* 24, 133-142.

Ca p. 5 PSICOTERAPIA FAMILIAR DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL Y EN LA PRÁCTICA PRIVADA

MURRAY BOWEN

Antecedentes, 258.

Teoría familiar de la enfermedad emocional, 263.

El proceso de proyección familiar en la esquizofrenia, 268.

Esfuerzos clínicos para modificar el proceso de proyección familiar en el hospital y en la práctica privada, 273.

Principios y técnicas de la psicoterapia familiar, 282.

Estado actual de la psicoterapia familiar, 288.

Referencias bibliográficas, 290.

EL MÉTODO ESPECÍFICO DE PSICOTERAPIA familiar para el tratamiento de la esquizofrenia que describiremos aquí se fue desarrollando como parte integrante de una premisa teórica acerca de la naturaleza y el origen de la esquizofrenia. La premisa se amplió más tarde hasta convertirse en un "concepto familiar de la esquizofrenia" y más recientemente, en una "teoría familiar de la enfermedad emocional". Gran parte del material teórico y preliminar ha sido mencionado ya en las obras de Bowen, Dysinger, Brodey y Basamania (1957) ; Bowen (1959) ; y Bowen, Dysinger y Basamania (1959). El concepto familiar de la esquizofrenia ha quedado expuesto en Bowen (1960) y la psicoterapia familiar de la esquizofrenia en Bowen (1961).

Presentamos aquí una serie de secciones que comienzan con conceptos teóricos amplios y van llegando, a través de una teoría más específica y de las aplicaciones clínicas de ésta, a una descripción clínica de la psicoterapia familiar. Se ha hecho un considerable hincapié en la orientación teórica. El psicoterapeuta establece y controla el medio en el que se lleva a cabo la psicoterapia, y su pensamiento teórico acerca de la naturaleza del problema que ha de tratarse determina su enfoque del mismo, los procedimientos de que se valdrá, las observaciones que

hará y la forma en que responderá y reaccionará a medida que vaya avanzando el tratamiento. Por consiguiente, conviene conocer el énfasis teórico específico del terapeuta en toda descripción de un método de psicoterapia.

El orden específico de esta presentación es el siguiente: la primera sección constituye un breve repaso de las etapas importantes en el desarrollo de la teoría familiar. Se presenta para aclarar diferencias entre la teoría familiar y la individual, la cuál concibe al trastorno emocional como una psicopatología circunscrita a la persona del paciente. Es difícil comunicar una orientación familiar a aquellos cuyos pensamiento y sistema perceptual operan en términos de la teoría individual. Las diferencias entre la teoría individual y la familiar se repiten en un contexto diferente en cada sección de este capítulo. La segunda sección es una consideración específica de algunos puntos importantes de la orientación teórica. La tercera es un resumen breve de la teoría familiar de la enfermedad emocional. Se interpreta la esquizofrenia como parte del espectro total de la adaptación humana. La comprensión de los tipos menos severos de enfermedad emocional puede hacer mucho en favor de la comprensión de la esquizofrenia. La cuarta sección es una descripción del proceso de proyección familiar, en virtud del cual un problema de los padres se trasmite a un hijo, proceso especialmente importante en la esquizofrenia.

La quinta sección es una descripción de un programa clínico que tiene como objeto modificar el proceso de proyección familiar en el hospital y en la práctica privada. La sexta sección se ocupa de principios y técnicas específicos para el uso de este método de psicoterapia familiar. La última sección constituye una estimación del estado actual del método de la psicoterapia familiar que estamos presentando.

ANTECEDENTES

El trabajo inicial, en el desarrollo de la teoría familiar de la enfermedad emocional, se fundó en las experiencias previas alcanzadas a través de la psicoterapia individual de la esquizofrenia. Comenzó con un estudio clínico¹ que duró cinco años, en el cual a diversos miembros de la familia del paciente, lo mismo que a éste, se les sometió a psicoterapia individual. Al desplazar el hincapié hasta incluir a los miembros de la familia, empezó a destacarse el sistema de relación entre aquellos. Se concentró la atención en el vínculo simbiótico de madres y pacientes. Presentó particular interés el carácter cíclico de la relación simbiótica, en la que los miembros de cada pareja de madre y paciente podían a veces sentirse tan cerca el uno del otro, que parecían "hermanos siameses emocionales" o, en otras ocasiones, tan distantes y hostiles que se repelían recíprocamente. Algunas características de la relación simbiótica quedaron incorporadas a una hipótesis detallada, concerniente a -la etiología de la esquizofrenia.

Los pasos más importantes en el desarrollo de la teoría familiar se dieron durante un estudio formal de investigación familiar,¹ durante el cual los pacientes esquizofrénicos y sus familias residieron en un pabellón de psiquiatría. Al comienzo de la investigación, la hipótesis del trabajo anterior se incorporó a un plan de investigación para que las madres vivieran en la sala, con los pacientes esquizofrénicos. La investigación reveló características sorprendentemente "nuevas" de la relación madre-paciente, que no se habían "visto" claramente en el trabajo anterior. En la sección siguiente se describirán estas características. ¿Por qué no se habían advertido con claridad estas observaciones anteriormente? La hipótesis era la misma y las familias presentaban la misma clase de problemas clínicos. Dos factores parecían explicar el cambio. Uno de ellos fue la situación del vivir en estrecho contacto, que determinó que las acciones y las respuestas relacionales fuesen más intensas; pero el factor que nos pareció más importante fue el de la "ceguera observacional" de los investigadores. Los hombres suelen no ver lo que tienen ante sus narices, a menos de que encaje en su marco teórico de referencia. Por ejemplo, los hombres habían estado mirando los huesos de animales prehistóricos durante siglos, sin "verlos" realmente; creían que la Tierra había sido creada exactamente como se la ve ahora y no pudieron "ver" los huesos hasta que apareció la teoría de la evolución. El trabajo inicial con las familias se fundó en la teoría individual, la cual concentra tanto su atención en el paciente, que no es posible "ver" realmente a la familia. El desplazamiento hacia la hipótesis de la relación simbiótica fue un paso conducente a la orientación sobre la familia. Creo que este cambio específico estuvo determinado más por las limitaciones del pensamiento teórico, que por la precisión con que el concepto describe al fenómeno de la familia. En la bibliografía profesional, ya se había descrito la relación simbiótica; era una ampliación compatible de la teoría individual y describía con precisión un campo del fenómeno de la familia. Solamente entraba en foco la relación madre-paciente, porque la "ceguera observacional" dejaba en las sombras al resto del fenómeno. La investigación que tenía como objetivo la observación del "vivir juntos" constituyó otro paso más hacia la orientación sobre la familia. Aunque la hipótesis todavía se expuso exactamente como en el estudio in-

¹ Llevado a cabo en la Menninger Clinic y en el Shawnee Guidance Center, de Topeka, Kansas, 1949-1954.

² Llevado a cabo en el Centro Clínico del National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland, 1954-1959.

formal, la actitud subyacente a la situación de vivir juntos contribuyó a montar el escenario que permitió "ver" mejor a la familia. La creciente capacidad para "ver" a ésta, mas la cada vez mayor intensidad de las características de la relación, fueron suficientes para que abriesen camino las nuevas observaciones. Una vez advertido, el fenómeno de la nueva relación se hizo tan patente que se difundió en toda la operación. Luego fue posible ver con claridad el fenómeno, durante el trabajo conjunto con familias de pacientes externos, en las cuales aquél tenía manifestaciones menos intensas.

El paso mas importante en el desarrollo de la teoría familiar se basó en las "nuevas" observaciones, y se dio a fines del primer año de la investigación. Se amplió la hipótesis, hasta comprender a toda la familia en la premisa teórica; el diseño de la investigación se modificó para permitir que ambos padres, así como otros miembros de la familia, viviesen en el pabellón con el paciente, y la psicoterapia dejó de ser individual para convertirse en familiar. Durante los últimos cuatro años del estudio, la premisa teórica se definió más aún y se amplió hasta convertirla en un concepto familiar de la esquizofrenia, a la vez que la psicoterapia familiar se desarrolló como parte integrada al concepto familiar. Simultáneamente a la investigación con las familias residentes, se dio tratamiento a un número creciente de familias con pacientes extremos, a las que se sometió a psicoterapia familiar para pacientes externos. Desde 1959, el autor se ha limitado en lo referente a psicoterapia familiar, al trabajo con pacientes externos y a la práctica privada.

Los pasos más recientes en el desarrollo de la teoría familiar se basaron en la experiencia obtenida con la psicoterapia familiar, practicada con familias que no tenían problemas tan severos como la esquizofrenia. Entre éstas figuraron unas 250, cuyos problemas fueron desde las neurosis simples, hasta las de grado casi psicótico. Fue sorprendente encontrar que todos los dinamismos familiares, tan notables en la esquizofrenia, se encontraba presentes también en las familias que tenían los problemas menos graves e incluso en familias "normales" o asintomáticas. La experiencia corrobora la opinión de que solamente hay una diferencia de grado entre la esquizofrenia y la psicopatología menos grave. Los cambios efectuados durante la psicoterapia familiar tienen importancia para comprender el fenómeno familiar, y los rápidos cambios efectuados en familias con problemas neuróticos nos proporcionan una gama de observaciones imposibles de realizar con los cambios lentos e indefinidos, propios de la esquizofrenia. La experiencia alcanzada con los problemas menos graves, proporcionó las observaciones necesarias para la ampliación del concepto familiar de la esquizofrenia, hasta convertirlo en la teoría familiar de la enfermedad emocional. La teoría actual considera que toda la gama del ajuste humano se encuentra en una sola escala, en uno de cuyos extremos se encuentran los niveles de madurez mas

altos, en tanto que en el otro están las formas más bajas de desadaptación y enfermedad emocional.

Antecedentes teóricos

Al final del primer año de investigación, la decisión de cambiar la orientación individual por la familiar puso nítidamente de manifiesto la existencia de diferencias importantes entre la teoría individual y la familiar. Durante el primer año, la orientación teórica se basó en la teoría individual; cada paciente y cada madre recibieron psicoterapia individual, y la investigación se orientó hacia la definición de patologías individuales interconectadas. El cambio se fundamentó en las características recientemente observadas de la relación madre-paciente. Esta simbiosis era mucho más intensa y amplia en la realidad, que lo que se había postulado en la hipótesis. La "unicidad emocional" simbiótica no era una entidad en sí misma, sino un fragmento de una "unicidad emocional" más amplia, de la familia. Las observaciones simultáneas de las familias de pacientes externos nos indicaron que los padres se veían tan envueltos como las madres en dicha unicidad, y que también lo estaban otros miembros de la familia. Las relaciones familiares mostraban una sucesión de excesiva intimidad y distancia. En las fases de la intimidad emocional, los sistemas intrapsíquicos de los miembros de la familia implicados estaban tan estrechamente fusionados, que resultaba imposible distinguir uno de otro. La fusión abarcaba toda la gama del funcionamiento del ego. Un ego podía funcionar por el de otro. Un miembro de la familia podía saber con precisión cuáles eran los pensamientos, fantasías, sentimientos y sueños del otro, además, podía ponerse enfermo físicamente, como reacción a la tensión emocional de otro. Cada detalle de la psicosis de un paciente se podía reflejar en la madre.

Vimos ejemplos en que la psicosis del paciente constituía un acting out del inconsciente de la madre. En las fases del distanciamiento airado, algunos miembros de la familia podían "fusionarse" con otros o con algunas personas que no eran parientes, como los miembros del personal del hospital, y la otra persona se "fusionaba" también en el problema familiar. Otra manifestación de la unicidad familiar era el desplazamiento fluido y espontáneo de las fuerzas y debilidades del ego, de un miembro de la familia a otro. Podía advertirse parte de una "patología" en un miembro de la familia y otras partes en los demás. Hacía pensar en un rompecabezas familiar de fuerzas y debilidades, en el que cada miembro poseía piezas del mismo y había un considerable intercambio de éstas. Dichas observaciones

nos llevaron al concepto de "la familia como unidad de enfermedad". Una parte del problema total se encontraba en cada miembro de la familia, y la percepción del problema en su totalidad no podía llevarse a cabo sin examinar por separado las partes. En algunas familias, la psicoterapia individual con un solo miembro de ellas bajaba el tono del proceso emocional en toda la familia, durante periodos variables. Las observaciones realizadas durante la investigación nos hicieron pensar que la unicidad emocional de la familia en su totalidad poseía las mismas características fundamentales de la simbiosis madre-paciente. Expresiones tales como "fusión emocional", "estado de conexión emocional", "unión emocional" y "fusión del ego", describen con precisión el fenómeno. La hipótesis "simbiótica" fue descartada y se dirigió el pensamiento hacia el fenómeno familiar, más amplio.

En la decisión de cambiar la orientación hacia la familia, se ventilaron cuestiones teóricas y prácticas de capital importancia. Las consideraciones de índole práctica nos inclinaban a favor de la teoría y la psicoterapia individuales, dentro de los campos "conocidos" de la teoría y de la práctica; pero las observaciones nos llevaron a pensar que el fenómeno de la familia era más complejo que la interconexión de patologías individuales. El pensamiento teórico estricto se inclinaba por completo hacia la orientación de la familia; pero la hipótesis "familiar" inicial no estaba bien desarrollada y parecía incomprensible la psicoterapia de la familia. Se reflexionó sobre diversas combinaciones de las orientaciones individual y familiar, pero todo plan para realizarlas tuvo inconvenientes. Por ejemplo, la experiencia nos indicó que la psicoterapia individual podía estorbar algunas observaciones de la familia. Después de muchas deliberaciones y a pesar de las dudas respecto a su éxito se tomó la decisión de dedicar todos los esfuerzos a la observación de investigación en la familia, la ampliación de la hipótesis familiar y a un intento de desarrollar un método de psicoterapia familiar, al que se daría una buena oportunidad de probar su valor "antes de retornar a la orientación individual". Clínicamente, se tuvo la idea de incluir en el estudio a un número suficiente de miembros de la familia, para tener las partes esenciales del "rompecabezas familiar" en un mismo lugar y a un mismo tiempo, así como la de intentar la psicoterapia estando presentes todas las "piezas". Las dudas más graves fueron despertadas por la psicoterapia de la familia. A causa de mi formación en el psicoanálisis y la psicoterapia individual, yo creía que el único camino conducente a la madurez emocional consistía en el análisis cuidadoso de la relación de transferencia entre el terapeuta y el paciente, y suponía que la "psicoterapia familiar" propuesta no podía ser más que una preparación para la psicoterapia individual, que eventualmente habría que practicar después con cada miembro. No obstante, se decidió suspender toda psicoterapia individual y se ideó un método de psicoterapia familiar que encajase con el problema clínico definido por la premisa teórica.

La nueva orientación hacia la familia constituyó un hito, que no hubiese sido posible alcanzar sin la "entrega total" al estudio de la familia. La premisa familiar teórica nos permitió "ver" una interesantísima y nueva dimensión de las observaciones clínicas, cuya contemplación había sido estorbada por la teoría individual. Al cabo de un corto tiempo, se vio con evidencia que la psicoterapia familiar tenía un futuro muy prometedor. Más adelante hablaremos de algunos de los problemas que encierra una orientación hacia la familia en un ambiente "individual". Este método de psicoterapia familiar se ha venido usando ahora, durante ocho años, con más de 300 familias. Hemos sometido a 63 familias con un miembro esquizofrénico a psicoterapia familiar, por periodos que han oscilado entre siete semanas y siete años. Entre ellas figuran 51 familias que tenían un vástago esquizofrénico adulto gravemente afectado, diez con un cónyuge psicótico y dos con niños gravemente afectados, a los que se les diagnosticó autismo o esquizofrenia infantil.

TEORÍA FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD EMOCIONAL

Es difícil conceptualizar la unicidad emocional de una familia y aún más difícil comunicar esa idea a quienes, por concentrar toda su atención en el individuo, tropiezan con dificultades para "ver" realmente a la familia. He utilizado la expresión "masa familiar indiferenciada de egos" para designar la unicidad emocional de la familia. La expresión encierra algunas inexactitudes, pero describe con acierto la dinámica general de la familia y ninguna otra expresión ha resultado tan eficaz para comunicar el concepto a otros. Me imagina un racimo fusionado de egos individuales de la familia, con una frontera común. Unos egos están completamente fusionados en la masa que otros. Algunos de ellos se sienten intensamente envueltos en la masa familiar durante la tensión emocional, y están relativamente "despegados" en otros momentos. La madre y el padre son siempre los que se ven más envueltos. A veces, la masa de egos puede incluir tan sólo a un pequeño grupo de los miembros de la familia, que son los que se ven más envueltos. En otras ocasiones, la fusión activa puede incluir miembros de la red de parientes cercanos y aun animales favoritos y personas que no sean parientes. Algunos criados que viven en la casa a menudo están más "fusionados" en la masa familiar de egos, que algunos parientes consanguíneos, quienes están más diferenciados. Sonne y Speck (1961) han incluido

a los animales favoritos en la psicoterapia familiar. La fusión de egos es más intensa en las familias menos maduras. En la familia que tiene a un miembro esquizofrénico, la fusión entre el padre, la madre y el hijo alcanza un máximo de intensidad. Teóricamente, la fusión se presenta, hasta cierto punto, en todas las familias, salvo en aquellas en las que sus miembros han alcanzado una madurez emocional completa. En las familias maduras, los miembros son unidades emocionales de límites bien definidos, que no participan en fusiones emocionales con otros.

Clínicamente, la masa familiar indiferenciada de egos se considera equivalente a un solo ego. La psicoterapia familiar se dirige hacia dicha masa, sin prestar consideración específica a los individuos envueltos en ella, por el momento. El psicoterapeuta se relaciona con la masa familiar de egos, de la misma manera como se relaciona con un solo ego en la psicoterapia individual. Qué miembros de la familia se incluyen en la psicoterapia familiar, en cualquier momento, es algo que depende de la dinámica de la masa familiar de egos y de la meta terapéutica inmediata. El terapeuta puede abordar la masa familiar de egos estando presentes todos los miembros de la familia comprometidos, ante cualquier combinación de éstos o estando presente únicamente uno de ellos. La psicoterapia familiar con un solo miembro es difícil de explicar para quienes emplean una orientación teórica diferente. El psicoterapeuta familiar que se relaciona con la masa familiar de egos a través de un solo miembro de la familia, emplea un principio psicoterapéutico semejante al utilizado en la psicoterapia individual cuando el terapeuta se relaciona con la "porción intacta del ego del paciente" o con "el lado maduro" del ego. Puesto que los dos cónyuges (o padres) son los miembros de la familia más comprometidos en la masa familiar de egos, se producen los cambios familiares más rápidos cuando los progenitores son capaces de trabajar en equipo en la psicoterapia familiar. La etapa final de una psicoterapia familiar que haya sido exitosa, se alcanza cuando los dos cónyuges trabajan juntos para resolver sus problemas individuales y colectivos.

De acuerdo con la teoría familiar de la enfermedad emocional, los niños crecen hasta alcanzar diversos niveles de diferenciación del "yo" respecto a la masa familiar de egos indiferenciados. Algunos alcanzan una diferenciación casi completa, hasta convertirse en individuos claramente definidos, cuyos egos poseen fronteras bien definidas también. Esto equivale a nuestro concepto común de persona madura. Estos individuos son unidades emocionales de fronteras bien definidas. Una vez diferenciados, pueden sentirse unidos estrechamente, en lo emotivo, a los miembros de su propia familia o a cualquier otra persona, sin fusionarse en la nueva unicidad emocional: las personas tienden a casarse con otras que tienen niveles idénticos de diferenciación del yo. Cuando la persona bien diferenciada contrae matrimonio con otra que haya alcanzado un nivel igualmente

alto de identidad, los esposos son capaces de mantener una clara individualidad y, al mismo tiempo, sostener una intimidad emotiva intensa, madura, que no resulta amenazadora. Estos cónyuges no se ven comprometidos en la fusión de "yoes" que se produce en los matrimonios menos diferenciados.

Si toda la gama de diferenciación del yo se considera sobre una sola escala, en cuya parte superior se encuentran el nivel más alto de diferenciación del yo y la madurez emotiva teóricamente completa, y en la parte inferior el nivel más bajo de desadaptación y las formas más graves de enfermedad emocional, la escala relativa de posiciones de las categorías diagnósticas pertinentes a esta presentación sería la siguiente. La persona que más tarde desarrolla una neurosis ocupa algún punto a la mitad de la escala, la persona que posteriormente se convierte en padre de un vástago esquizofrénico pertenece al extremo inferior de aquella, y la persona que más tarde se vuelve esquizofrénica pertenece al extremo inferior, por cuanto es un "no yo" que funciona como un "yo" tomado de otros.

Las personas que se convierten en padres de un vástago esquizofrénico ejemplifican una importante faceta de la teoría. Son individuos con niveles muy bajos de diferenciación del yo, que se las arreglan de alguna manera para conducirse medianamente bien en sus ajustes vitales. Cuando niños, no inician el proceso constante de "ir creciendo y apartándose de los padres", como lo hacen sus hermanos más diferenciados. Al contrario, se mantienen indiferenciados emocionalmente en la masa de egos con sus padres. Después de la adolescencia, en un esfuerzo por funcionar sin éstos, se "desprenden" para establecer "pseudoyoes", mediante una "pseudoseparación" de la masa de egos de los padres. Ésta puede alcanzarse mediante la negación, mientras se siga viviendo en casa de los padres, o puede reforzarse por una distancia física. El adulto joven que huye para no volver a ver jamás a sus padres puede tener un mayor vínculo fundamental con éstos, que los hermanos que continúan viviendo con ellos. El talón de Aquiles de estas personas es una relación emocional estrecha. Pueden funcionar con éxito en los negocios o en una profesión, mientras mantengan relaciones breves y superficiales; pero en un matrimonio con un cónyuge cuyo yo está también muy poco diferenciado, se comprometen demasiado emocionalmente. Los nuevos esposos se fusionan en una nueva masa familiar de egos, en la que se borran las tenues fronteras de éstos. Es una réplica de sus anteriores fusiones emocionales con los padres. Este mismo proceso, en grado menos intenso, se producen en los esposos que han alcanzado más altos niveles de diferenciación del yo;

pero el proceso es notabilísimo en personas que son padres de vástagos esquizofrénicos.

Las personas que más tarde se convierten en esquizofrénicas son ejemplo de uno de los niveles más bajos de diferenciación del yo. La diferencia principal estriba en que nunca son capaces de "desprenderse" de otras personas para alcanzar un nivel adecuado de "pseudoyo". Siguen funcionando como apéndices dependientes de la masa familiar de egos. Algunos logran formar un yo tan precario, que se hunden en una psicosis durante sus primeros esfuerzos por funcionar independientemente de los padres. Otros alcanzan un "pseudoyo" suficiente para funcionar durante breves periodos tan sólo, pero cualquier separación prolongada de los padres se lleva a cabo únicamente si pueden encontrar una nueva masa familiar de egos a la cual engancharse como apéndices. Su ajuste vital depende del esencial vínculo a otros que los guíen y aconsejen, y de los cuales puedan tomar un yo suficiente para funcionar. Van por la vida sin graves problemas, pero son extremadamente vulnerables a la pérdida del otro importante, y se hunden en una "nada psicótica" frente a los acontecimientos vitales que amenazan o trastornan sus vínculos de dependencia.

Un punto importante en la teoría familiar es la fusión que tiene lugar cuando un esposo y una esposa recién casados se incorporan a una nueva masa familiar de egos. Tal fusión es especialmente intensa en aquellos que tienen bajos niveles de diferenciación del yo. Ambos cónyuges suspiran por mantener relaciones estrechas, pero tal intimidad se transforma en una fusión de los dos "pseudoyoes" hasta formar un "yo común", en el que se borran las fronteras del ego que existen entre ellos, y hay una pérdida de individualidad en beneficio del nuevo yo. Para evitar la ansiedad de la fusión, guardan una distancia emotiva suficiente, llamada "divorcio emocional", a fin de que cada uno pueda mantener la mayor cantidad posible de "pseudoyoes".

En general, el curso de la nueva masa familiar de egos está determinado por a) la estructura de la dinámica dentro de la masa y por b) las relaciones con quienes se mantienen fuera de la masa. La dinámica dentro de la masa de egos está determinada por la manera en que los esposos se disputan o comparten la fuerza del ego de que disponen. Comúnmente, un cónyuge funciona con una parte dominante de dicha fuerza. En un extremo de la escala tenemos a los matrimonios en los que ambas partes "luchan por sus derechos". El resultado es un matrimonio cargado de conflictos. Éstos se superan cuando alguno de ellos "cede". En el grupo intermedio tenemos a los matrimonios en los que las diferencias se resuelven cuando un esposo "cede" de mala gana. El cónyuge que cede "pierde fuerza" ante el otro, que la "gana". En el otro extremo de la escala tenemos a los matrimonios en los que un

cónyuge se esfuerza por ser el dependiente que cede, y se convierte en un "no yo" que da apoyo al yo fortalecido del otro. El cónyuge que habitualmente "cede" puede alcanzar un estado de "no yo" suficiente como para quedar incapacitado con una a) enfermedad física, b) enfermedad emocional o c) disfunción social, como la ineficiencia en el trabajo, el alcoholismo o la irresponsabilidad social. Un matrimonio podría estabilizarse permanentemente si el cónyuge del "no yo" quedase incapacitado por una enfermedad crónica.

Las relaciones con las personas que están fuera de la masa familiar de egos, determinan la intensidad y la amplitud de los fenómenos emocionales dentro de la misma. Las relaciones exteriores importantes se man tienen comúnmente con parientes cercanos, pero pueden cumplir la misma función personas que no lo sean. Cuando las relaciones externas no son demasiado intensas, se atenúa la intensidad emocional dentro de la masa de egos. Si las relaciones con el exterior se vuelven intensas, los problemas existentes dentro de la masa se "trasmiten" a la persona externa, que entonces queda fusionada en aquélla. Los cónyuges pueden conservar sus relaciones más importantes con la generación pasada, sus padres; con la generación presente, sus hermanos; o con la generación futura, sus hijos. Un pequeño porcentaje de cónyuges conserva sus problemas circunscritos casi completamente en una área pequeña. Por ejemplo, hay matrimonios que tienen problemas intensos limitados casi completamente a los cónyuges, con un conflicto matrimonial intenso o un cónyuge crónicamente enfermo y poco o ningún comprometimiento de sus hijos. Hay también matrimonios en los que todo el peso del problema de los padres se trasmite a un solo hijo, afectado al máximo, en tanto que la relación de los progenitores se mantiene tranquila y armoniosa. En la familia estándar, los cónyuges mantienen importantes relaciones con el exterior en más de un campo y el problema se "dispersa" sobre una zona más extensa del sistema familiar de relaciones.

La esquizofrenia se desarrolla en una familia en la que los padres exhiben un bajo nivel de diferenciación del yo, y en la cual un elevado nivel del deterioro de ellos mismos se trasmite a uno o más hijos. Las variables importantes del proceso son: a) la severidad del problema en la masa de egos de los padres y b) el grado en que el deterioro de los padres se trasmite solamente a uno de los hijos, se "dispersa" sobre varios de éstos o bien sobre otras relaciones con los parientes cercanos. Por ejemplo, un problema no tan grave de los padres, pero transmitido únicamente a un hijo, producirá una esquizofrenia más severa que un problema mayor "dispersado" entre varios hijos. Se considera a la esquizofrenia como producto de un proceso familiar en el que, en cada generación, un hijo sufre mayor deterioro que sus padres (los niños menos envueltos en

el proceso pueden alcanzar niveles de diferenciación del yo más altos que los de sus progenitores). El proceso se repite durante varias generaciones, hasta que aparece un vástago con un bajo nivel de diferenciación del yo, quien al contraer matrimonio sufrirá un deterioro en la masa de egos de los padres, suficiente como para producir esquizofrenia en un hijo. En un artículo anterior (Bowen, 1960), planteé la hipótesis de que se necesitan tres o más generaciones para que aparezca la esquizofrenia, consideraba que el proceso de tres generaciones puede extenderse desde padres bastante bien ajustados en la primera generación, hasta la esquizofrenia en la tercera, si los progenitores transmiten gran parte del problema conyugal a un solo hijo en cada generación. En la mayoría de las situaciones, hay diversos grados de "dispersión" en el proceso de transmisión, lo cual hace que sean necesarias más de tres generaciones para el desarrollo de la esquizofrenia. En esta presentación no es posible tomar en consideración las variables que se observan en las familias con varios vástagos psicóticos, ni aquellas que operan en el divorcio, la muerte y otros trastornos familiares graves.

EL PROCESO DE PROYECCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA

Dedicaré esta sección al mecanismo predominante en la esquizofrenia, en virtud del cual el problema de los padres se transmite al hijo. El proceso puede comenzar mucho antes de la concepción de éste, cuando los pensamientos, sentimientos y fantasías de la madre comienzan a prepararle un lugar en su vida al hijo. ¡Nos preguntamos si el patrón del pensamiento y la fantasía de la madre no fueron derivadas de su propia madre!

Así, el proceso cobra forma definida durante el embarazo de la madre, y continúa a lo largo de los años, con manifestaciones diferentes en diversas etapas de la vida. El hijo funciona como estabilizador para los padres y convierte la inestable masa de egos padre-madre en una tríada más sólida. La estabilidad de los padres depende de que el hijo funcione como el "triádico".³ El hijo necesita padres que sean lo más estables posible. Su existencia está tan absorta en "ser para los padres", que no se ocupa en tener un "yo" propio. Los acontecimientos que amenazan con apartar al hijo de su función estabilizadora en la tríada provocan ansiedad en los padres; por ejemplo, sucesos como el "apartarse al ir creciendo" o "irse a vivir a otra parte". El proceso emocional triádico

3 *A quien manifiesta esquizofrenia se le califica comúnmente de "psicótico", "esquizofrénico" o "paciente". Prefiero emplear en término "triádico", porque designa una parte componente de la masa familiar de egos.*

es, adaptativo y puede restablecerse a sí mismo después de la mayoría de las amenazas. Una de las mayores amenazas es el colapso psicótico que impide el funcionamiento habitual del triádico; pero el proceso puede sobrevivir y proseguir mientras los padres viven en su casa y aquél queda internado permanentemente en una institución estatal.

La expresión "proceso de proyección familiar" designa los mecanismos que operan cuando los padres y el hijo desempeñan papeles activos en la trasmisión del problema de ellos a él. Para explicar el proceso en la teoría individual, sería necesario postular una "proyección" de parte de los padres y una "introyección" de parte del hijo. Los padres pueden forzar la proyección contra la resistencia, hasta que el hijo la acepta finalmente; pero la mayoría de las veces inician la proyección y el hijo la acepta. O bien, éste puede iniciar la proyección y obligar a los padres a reconocer que él es la causa del problema familiar. Los términos "acusador" y "autoacusador" describen asimismo un aspecto del proceso de proyección.

En un eje del funcionamiento, las personas se dividen en "acusadoras" o "autoacusadoras". En una situación de tensión, ambas se ponen a buscar las causas que expliquen la situación. El acusador busca fuera del yo; su sistema de percepciones intelectuales lo conduce a buscar las causas en el otro o en el ambiente, y es incapaz de mirar dentro de sí mismo. El autoacusador advierte con precisión las causas en él mismo, pero está tan deteriorado para mirar hacia su exterior, como el acusador lo está para mirar dentro de sí.

La causa real de cualquier situación es probablemente una combinación de factores internos y externos. Teóricamente, una persona madura puede evaluar objetivamente tanto los factores internos como los externos y hacerse responsable de la parte que le corresponde al yo. Cuanto más inmaduras son las personas, tanto más intensas son las acusaciones y las autoacusaciones. El ejemplo siguiente ilustrará un aspecto del proceso de proyección. Las personas A y B son igualmente culpables de una situación embarazosa. A comienza a pensar: "si no hubiese sido tan torpe, no habría ocurrido esto". En ese mismo momento, B está pensando: "mira lo que hizo la torpeza de A". El proceso se completa sin que medie palabra. Ambos le echan la culpa a A, los dos al papel desempeñado por B y ambos actúan como si su diagnóstico fuese exacto.

En algunas circunstancias, el acusador puede también convertirse en autoacusador y éste es vehemente acusador. El esquizofrénico es predominantemente un autoacusador. Puede llegar incluso a considerarse a sí mismo como causa de inundaciones, tormentas y terremotos. Cuando la carga de la autoacusación resulta excesiva, puede pasar a convertirse en

furioso acusador. El autoacusador es tan irresponsable como el acusador, por lo que toca a asumir responsabilidad del yo.

Las más de las veces el problema de los padres se proyecta sobre el hijo por la obra de la madre, mientras el padre la apoya. Ella es una persona inmadura, con hondos sentimientos de insuficiencia y que busca fuera de sí misma la causa de su ansiedad. La proyección conduce a miedos y preocupaciones por la salud y capacidad del hijo. La proyección busca pequeñas incapacidades, defectos y fracasos funcionales en el hijo; centra la atención sobre ellos, los agranda y exagera hasta convertirlos en graves incapacidades. En cada episodio del proceso de proyección se descubren tres pasos principales. Éstos son importantes en el tratamiento ulterior de la esquizofrenia. Al primero lo llamaremos sentimiento-pensamiento. Comienza con un sentimiento en la madre, que se transforma luego en un pensamiento acerca de los defectos del hijo. El segundo paso lo llamaremos examen-rotulación; en él, la madre busca y diagnostica en el hijo el defecto que mejor armoniza con su sentimiento. Este es el paso del "examen-diagnóstico clínico". El tercero, llamado del tratamiento, es aquel en el que actúa respecto al niño y lo trata como si su diagnóstico fuese exacto. El sistema de proyección puede crear sus propios defectos. Por ejemplo, la madre siente y piensa respecto al niño como si éste fuese un bebé (hay un yo infantil en la persona más madura), lo llama bebé y lo trata como si lo fuese. Cuando el hijo acepta la proyección, se vuelve más infantil. La ansiedad de la madre alimenta la proyección. Cuando la causa de su ansiedad se localiza fuera de la madre, la ansiedad mengua. Para el niño, la aceptación de la proyección como realidad representa un precio bajo para conseguir una madre más calmada. Ahora el hijo es un poco más incapaz. Cada vez que acepta otra proyección, añade algo a su creciente estado de incapacidad funcional.

El sistema de proyección puede utilizar también defectos menores existentes. Algunos de éstos requieren el examen y diagnóstico de un experto, para confirmar su presencia. Los padres van de médico en médico, hasta que un diagnóstico confirma finalmente la existencia del "temido" defecto.

Toda enfermedad descubierta en exámenes Psicos, análisis de laboratorio y pruebas psicológicas puede facilitar también el proceso de proyección. La proyección familiar puede precipitarse sobre una enfermedad congénita e inocua, recientemente descubierta, y convertirla en una grave incapacidad. La función importante del proceso es localizar la "causa" y confirmar que está fuera de la madre. Basta con escuchar a una de esas madres durante unos cuantos minutos, para oírla invocar opiniones externas, diagnósticos y pruebas para validar la proyección.

El proceso de proyección familiar en la esquizofrenia

Ésta llega a una etapa crítica cuando el triádica se hunde en una psicosis y ya no puede actuar como absorbente de la proyección familiar. Por lo común, la ansiedad familiar es elevada. No es la psicosis misma la que causa aquélla, sino la incapacidad de este triádico para seguir cumpliendo su función habitual en la tríada. La ansiedad familiar es menos intensa cuando la psicosis se desarrolla lentamente o el psicótico está tranquilo, dispuesto a cooperar, y sigue cumpliendo los fines de la proyección con los padres. Éstos pueden llegar al extremo de no solicitar ayuda para el psicótico tranquilo, a menos que una persona ajena o alguna institución los obligue. La ansiedad intensa se produce cuando el colapso psicótico es repentino y el individuo psicótico no solamente se rebela contra la aceptación de la proyección, sino que se convierte en un "acusador" vehemente, que niega la existencia de un problema, al mismo tiempo que causa problemas con su conducta irresponsable.

Los tres pasos del proceso de proyección familiar se ponen de relieve cuando la familia solicita auxilio psiquiátrico para el colapso del psicótico. La ansiedad de los padres motiva una propensión creciente a lla marlo "enfermo", a confirmar la enfermedad con un diagnóstico, e iniciar un programa de tratamiento. Cuando el diagnóstico se confirma y el hijo se convierte en "paciente", se completa otra proyección familiar y mengua la ansiedad de los padres. El paso que lleva a la enfermedad mental probablemente es el que tiene mayor importancia crítica en la larga serie de crisis de proyección familiar. Una de las proposiciones teóricas y psicoterapéuticas importantes de la teoría familiar gira en torno a este punto. El enfoque psiquiátrico habitual consiste en examinar pacientes, confirmar la presencia de la patología mediante un diagnóstico y recomendar un tratamiento adecuado. La consulta psiquiátrica encaja, paso a paso, con el proceso de proyección familiar. De tal manera, un principio que el tiempo ha consagrado como buena práctica médica sirve para confirmar el proceso de proyección de los padres en la familia, para cristalizar y fijar la enfermedad emocional en el paciente y contribuir a convertir en crónica e irreversible la enfermedad. En la sección siguiente de este capítulo se describe un enfoque terapéutico de este dilema, basado en la teoría familiar de la enfermedad emocional.

Muchos años de exitosa proyección de los padres preceden al paso que lleva hasta la enfermedad mental. En algunas familias, el trabajo de cimentación es tan completo y los miembros de la familia están tan fijos en sus posiciones funcionales,} que "el paso" no hace sino reconocer

4 El término "papel", tal como lo ha definido Spiegel (1960), sería más preciso que el de "posiciones funcionales", pero no he podido adaptar consistentemente los conceptos de papel a este trabajo. En vez de permitir un uso vago e inconsistente de la teoría de los papeles, he empleado otros términos descriptivos.

oficialmente lo que ya ha ocurrido. En estas familias, el triádico acepta fácilmente la proyección y la nueva designación de "paciente", y el contrato operante entre la familia y el psiquiatra es aquél en virtud del cual éste asume su responsabilidad por el producto final del prolongado proceso de la proyección familiar. Son remotas las posibilidades de modificar el proceso- familiar. En otras familias, "el paso" es más grande; el triádico se opone a su diagnóstico y designación de "paciente", y si el psiquiatra evita ponerse de lado de los padres en la proyección, el pronóstico es más favorable para la modificación del proceso familiar. Funcionalmente, "el paso" es aquél en virtud del cual el problema familiar se proyecta sobre el paciente triádico y queda fijado en él, mediante un diagnóstico.

Cuando el psiquiatra acepta la responsabilidad del tratamiento de la enfermedad del "paciente", condona la exteriorización del problema de los padres sobre aquél, se hace responsable del paciente (el problema familiar queda separado de la familia) y permite a los padres seguirse proyectando sobre el hijo, sin hacer a estos responsables de las consecuencias de su proyección. A menudo, los padres se convierten en estudiosos de la enfermedad emocional y utilizan términos y conceptos psiquiátricos para facilitar más la proyección sobre el paciente. Por consiguiente, el enfoque psiquiátrico acostumbrado para tratamiento de la psicosis es tal que la familia, el paciente, el psiquiatra y la sociedad desempeñan, todos, un papel en el acting out y la perpetuación de la proyección familiar, en convertir el problema del paciente en crónico y crear una situación que permite a la proyección familiar subsistir mucho después de que el paciente se ha convertido en responsabilidad permanente del estado. Hay situaciones de consulta externa en las que el psiquiatra muestra una mayor eficacia, aun en lo que respecta a facilitar el proceso de proyección familiar. Por ejemplo, la psicoterapia individual de un "paciente" que aún vive con sus padres, puede apoyar al paciente lo suficiente como para que prosiga en su papel de absorbente excepcionalmente eficaz de la proyección de los padres.

Una última característica clínica del proceso de proyección, familiar importante para esta presentación, es la falta de responsabilidad respecto al "yo", en quienes participan en el proceso de proyección. Un "acusa dor" que proyecta su problema sobre otros no es responsable del yo. El "autoacusador" es igualmente irresponsable. Se acusa para aliviar la ansiedad y no hacerse cargo de sí mismo. Nuestro concepto de "enfermedad" y "mal" considera el problema como una disfunción, determinada por fuerzas que están más allá del control o la responsabilidad de la familia.

ESFUERZOS CLÍNICOS PARA MODIFICAR EL PROCESO DE PROYECCIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL Y EN LA PRÁCTICA PRIVADA

El programa para vivir en el pabellón y la psicoterapia familiar se diseñaron de manera que modificasen el proceso de proyección familiar. Esta sección está consagrada al manejo clínico de los tres pasos del proceso de proyección familiar: a) pensamiento del triádico como enfermo; b) diagnóstico y designación del mismo como "paciente" y c) tratamiento del "paciente", como persona enferma. En esta sección habrá que incluir también una discusión clínica de la responsabilidad. El esfuerzo clínico consistió en pensar y actuar respecto a las familias, de acuerdo con la orientación familiar. Esto quiere decir que se evitó emplear los conceptos "enfermo", "enfermedad" y "paciente" y el uso del diagnóstico y el tratamiento del triádico (o cualquier otro miembro de la familia) como si fuese un enfermo. No fue posible alcanzar más que un éxito parcial con las familias internadas, pero el esfuerzo nos proporcionó muchos conocimientos acerca de la esquizofrenia, y la experiencia ha resultado valiosísima para la psicoterapia familiar subsiguiente. Un repaso de los esfuerzos clínicos en las familias nos proporcionará una nueva visión de las diferencias entre las teorías individual y familiar, y nos hará vislumbrar las profundidades del cambio que supone un cambio hacia la teoría y la psicoterapia familiares.

Las costumbres sociales, las leyes que gobiernan a la enfermedad y a los trastornos mentales, y nuestros principios fundamentales de la práctica médica, consagrados por el tiempo, están todos orientados hacia la teoría individual de la enfermedad. La práctica médica y la estructura hospitalaria se adhieren estrictamente a los principios de "enfermedadpaciente-diagnóstico-tratamiento". Toda pequeña desviación del procedimiento estándar puede causar una reacción en una organización hospitalaria o médica. Este estudio se llevó a cabo en un hospital-escuela, lo cual permitió alguna flexibilidad en las operaciones, que no es posible en una institución consagrada estrictamente al servicio médico; se realizó un esfuerzo por adelantarse a los problemas que surgirían en la investigación y para propiciar la mayor "libertad de investigación" posible, respecto al uso forzoso de principios y procedimientos individuales. La administración del hospital se interesó en facilitar la investigación, pero cuando se definieron mejor los problemas, se vio que un administrador médico puede "interpretar", pero no cambiar, la estructura médica. Aparte de la flexibilidad permitida para cualquier investigación y algunas interpretaciones favorables que hizo la administración del hospital, la investigación se llevó a cabo conforme a la estructura médica de rutina.

En mi calidad de director del programa, era yo responsable ante el hospital de todos y cada uno de los elementos del procedimiento individual. En el interior del pabellón se estableció un medio ambiente diferente. Muchas personas han dicho que esta investigación no debería haberse efectuado en un hospital, por las actitudes tradicionales de los hospitales acerca de la enfermedad. Por otra parte, esos mismos problemas se plantearon incluso en la práctica privada de la psicoterapia familiar, a causa de una actitud semejante ante la enfermedad de parte de las instituciones legales y médicas de la sociedad. Por ejemplo, el acting out peligroso del miembro psicótico de una familia puede exponer al terapeuta a que se le acuse de negligencia en el cumplimiento de sus deberes medicolegales; se le podrá acusar de que debió considerar que el psicótico era un paciente que requería hospitalización.

Durante el primer año, antes de iniciada la orientación familiar, se tropezó con algunos problemas. Tres madres y tres pacientes participaron en el estudio; a las primeras se les permitió vivir en la misma habitación del paciente, o vivir fuera y pasar el día con él. Una madre decidió vivir en la habitación de la hija, las otras dos prefirieron no hacerlo. En lo que se hizo hincapié fue en la "presencia" de las madres. No se les exigió que actuaran como madres. A la madre que decidió residir en el hospital se le pidió que llenase los requisitos administrativos de los "pacientes" y, aunque se le dio el diagnóstico de "control normal" y se redujo al mínimo su calidad de paciente, se le consideró como tal. Las otras madres tenían como privilegio comer en el pabellón y participar en actividades del hospital. Se consideró que deberían tener parte en los cuidados del paciente, pero nunca ejercieron tareas por las que pudiesen hacerse responsables en el estudio. El personal era el responsable de los pacientes y las madres eran "visitantes" privilegiados. El sistema permitió realmente crear una situación ideal a las madres, para la libre proyección de sus problemas sobre los pacientes; no se las haría responsables de alterar al paciente, para después decirle a la enfermera: "su paciente se ha alterado", luego regresar a su casa. Los resultados del tratamiento fueron medianamente buenos, a juzgar por las normas individuales, pero la psicoterapia individual mantuvo divididos los problemas familiares. Problemas de importancia capital pudieron eludirse, confiando en que el otro se enfrentaría a ellos, y ninguna familia fue más allá de la actitud pasiva consistente en cooperar mientras esperaba que la cambiaran.

Al optar por la orientación familiar, se exigió a todos los miembros de la familia que se internasen. A los padres y los hermanos normales se les dio el diagnóstico de "control normal", y a los miembros psicóticos de la familia el de "esquizofrenia". Los miembros de la familia

fueron sometidos a todos los registros y procedimientos de rutina, a que se somete a los "pacientes". Mediante pases para "pacientes", válidos por setenta y dos horas, se permitió a los padres proseguir su trabajo regular, y a otros miembros de la familia participar en actividades externas. Las ausencias por más de setenta y dos horas daban lugar a una "alta" y una nueva admisión. El mantenimiento del programa en un hospital requirió innumerables admisiones, "altas", exámenes físicos y estudios rutinarios de laboratorio, para estar a la altura de las normas del buen cuidado médico hacia los pacientes. La estructura administrativa permitió algunos ahorros de tiempo en los procedimientos de esa índole, pero no toleró la eliminación de ninguno.

Una parte importante del programa clínico para el tratamiento del proceso de proyección familiar, consistió en obligar a los padres a responsabilizarse del miembro psicótica de la familia. Los médicos y el personal de enfermería les prestarían ayuda, pero no se harían directamente responsables de los "pacientes". Se exigió que uno de los progenitores hiciese compañía constantemente al "paciente". Cuando ambos se encontrasen fuera de la sala al mismo tiempo, tendrían que pedir a las enfermeras que se hiciesen cargo de los "pacientes". Pasaron casi dos años antes de que el personal comenzase a ejecutar medianamente bien el programa clínico. Para llevar a cabo el plan, fue preciso resolver tres categorías principales de problemas: la primera de ellas tuvo que ver con la orientación médica individual del personal. Parecían ser otros los miembros del personal, al pensar en términos del individuo, "asumir responsabilidad por el paciente", "simpatizar" con éste y enfadarse con los padres. Se necesitó tiempo y contactos íntimos con las familias para que el personal conociese la orientación familiar. Los primeros esfuerzos realizados para el cambio de conceptos y términos, fueron pura "comedia". Poco después de que el personal dejó de utilizar el término "paciente", la jefa de enfermeras protestó contra la inutilidad del cambio de palabras; tres años más tarde, escribió un artículo intitulado: "The patient las the family" (Kvarnes, 1959). Entre los términos que sustituyeron a los de "enfermo", "enfermedad" y "esquizofrenia", figuraron los de "disfuncion", "incapacidad" y "colapso funcional". Entre los términos que sustituyeron el de "paciente" figuraron los de "empeorado", "incapacitado", "colapsado" y "triádico". A su debido tiempo, la orientación hacia la familia se hizo casi tan cómoda como la antigua; sobre todo cuando las familias comenzaron a reaccionar favorablemente a dicho enfoque.

La segunda categoría de problemas estuvo estrechamente conectada con la primera. La dirección del hospital exigía una orientación individual, lo cual entraba en conflicto con las normas generales del director

del pabellón de investigaciones. El personal cumplió los requisitos individuales mínimos establecidos por el hospital, pero dentro de la sala trató de pensar y actuar conforme a la orientación familiar. La administración del hospital calificó de "paciente" a cada miembro de la familia y exigió que los médicos se hiciesen responsables de los "pacientes" confiados a su cuidado. Dentro del pabellón no había "pacientes", sino "miembros de la familia", y se exigió a los padres que asumieran la responsabilidad de todos ellos. Las familias comprendieron las dos orientaciones y se convirtieron en estudiosas de las sutiles diferencias que existen entre las dos.

La tercera categoría de problemas se presentaba dentro de la familia. El proceso de proyección familiar es muy fuerte. Posee una asombrosa capacidad para utilizar la estructura existente, proyectar el problema sobre el "triádico" y culpar al medio ambiente del problema externalizado. Cuando el personal ya no aceptó la misma responsabilidad de antes, en lo referente al funcionamiento emocional en las familias, el proceso familiar encontró nuevas maneras de hacer responsable al personal. Puesto que el médico tenía a su cargo la salud física de sus "pacientes", un creciente número de problemas familiares comenzó a manifestarse como enfermedad física y las familias hicieron un uso abusivo del médico de la sala y de la estructura médica, para hacer responsable al personal. Finalmente, el personal creó un sistema equivalente a un médico en la práctica privada. Se estableció en el pabellón una clínica, a la que se le fijó un horario regular de servicio y, para los problemas de rutina, las familias pedían citas. Las habitaciones de la familia (recámaras dobles en el pabellón) eran equivalentes a hogares particulares. Los miembros de la familia acudían a la "clínica" para la consulta y volvían al "hogar", donde se hacían responsables del cumplimiento del tratamiento recomendado. Se proporcionó a las familias muchos medicamentos para que los conservaran en sus "hogares". Este tipo de arreglos fueron posibles gracias a que se realizaron en una unidad de investigación.

Una serie de acontecimientos nos permitirá entender con mayor claridad el problema de la "responsabilidad". Se dejó a los padres en libertad de llevar a los "pacientes" a la comunidad, "cuando fuesen capaces de controlar la conducta psicótica". Podían solicitar la compañía de un miembro del personal, si no estaban seguros de su capacidad para manejar la situación. Hubo quejas frecuentes de los comerciantes y otros ciudadanos del lugar, así como de otros departamentos del hospital, que denunciaron conductas perturbadoras. Cada incidente fue discutido con las familias. Éstas trataron de restar importancia a los incidentes, llamándolos desacuerdos o exageraciones; echando la culpa a la gente por su incapacidad de comprender la enfermedad emocional; diagnosticando al quejoso con los calificativos de persona malhumorada, quisquillosa, neurótica; o poniéndose a discutir si la queja estaba o no justificada. Luego, las familias prometían poner más cuidado. El personal pasó por un periodo de excesivo servilismo para con las

familias, consistente en señalarles los límites de las zonas de tolerancia y en ayudarles a comprender la conducta perturbada y a tratar la misma. La frecuencia de los incidentes siguió siendo la misma; pero se produjeron en lugares poco comunes o en circunstancias de las que "nada nos habían dicho". Por último, nos dimos cuenta de que la actitud del personal algo tenía que ver con el problema. Al proporcionar ayuda y recomendaciones, el personal dudaba de la capacidad de los padres para encontrar sus propias soluciones. Se había regañado a las familias por sus errores, pero no se les había dicho exactamente que era lo que se quería de ellas.

Cuando nos dimos cuenta de esto, les dijimos que el proyecto de investigación requería que los padres asumieran responsabilidad de los miembros perturbados de la familia, y que gozaban de considerable libertad para ir y venir en la comunidad, mientras pudiesen controlar la conducta de aquéllos. Se les recordó que vivíamos en una comunidad en la que las personas tenían los mismos miedos y preocupaciones en relación a la enfermedad mental que las personas de cualquier otra parte del mundo, que teníamos una responsabilidad ante la comunidad y que la meta era evitar quejas, justificadas o injustificadas. Se dijo a las familias que se las consideraba obligadas a conocer las reglas de la comunidad y del hospital, y que era condición para seguir participando en el proyecto de investigación que no hubiese quejas a causa de conducta perturbada fuera de la sala. Desaparecieron las quejas del hospital y de la comunidad. Los padres anteriormente irresponsables se convirtieron en todo lo contrario. Cuando los miembros perturbados de la familia se alteraban, los padres ponían en acción sus propios sistemas de control. Cuando una alteración se hacía demasiado grande, la familia pedía permiso a las demás familias para cerrar la sala durante algunos días, hasta que se calmase el trastornado. Esta experiencia, confirmada ahora por otras subsiguientes, nos aportan testimonios de que los padres de un vástago esquizofrénico, que comúnmente funcionan como personas impotentes e irresponsables, son capaces de actuar responsablemente cuando es necesario. Mi propia conducta como director del programa desempeñó un importante papel. Ante la dirección del hospital me había comprometido a suprimir los incidentes y cuando actué con mayor responsabilidad, me fue posible exigir a las familias que se condujesen también de la misma manera. Es interesante señalar que durante los periodos en que los padres funcionaban con sentido de responsabilidad, las familias hicieron los mayores adelantos en las reuniones diarias de psicoterapia.

Las familias residentes nos proporcionaron una experiencia única y muy satisfactoria desde el punto de vista de las investigaciones, pero el ambiente de un hospital no es el más apto para propiciar el cambio en la psicoterapia familiar. Fue posible que las familias alcancen un nivel bastante satisfactorio de responsabilidad en lo tocante al miembro psicótico de la familia, pero los padres pasaron a ser excesivamente dependientes de los recursos hospitalarios puestos a su disposición, lo cual estorbó el desarrollo de sus propios recursos. Se han alcanzado mayores éxitos en la psicoterapia familiar cuando las familias se han hecho cargo del cuidado del psicótico en el hogar.

Los mejores resultados clínicos por lo que toca a tratar el proceso de proyección familiar, se han alcanzado en el trabajo con pacientes externos y en la práctica privada. La ansiedad alimenta al proceso que conduce a las cuestiones de "enfermedad-paciente-diagnóstico-tratamiento". En los primeros esfuerzos clínicos, también yo me opuse frecuentemente al proceso de proyección. El enfoque más productivo había consistido en procurar no verse enredado en las cuestiones del proceso de proyección familiar y dirigir la atención hacia la ansiedad de los padres, que alimenta la proyección. Unas cuantas horas dedicadas a uno o a ambos padres bastan a menudo para aliviar la ansiedad inmediata y convertir la situación en un esfuerzo psicoterapéutico familiar tranquilo y productivo. Cuando la ansiedad familiar es muy elevada y no es posible evitar las cuestiones de enfermedad-diagnóstico del proceso de proyección, expongo mi punto de vista teórico con la mayor claridad posible y me niego tranquilamente a participar en toda acción que tenga como objeto concentrar el problema en el paciente, o a seguir trabajando con la familia, a menos que los padres estén dispuestos a reconocer la parte de responsabilidad que les toca en el problema.

Las cuestiones del proceso de proyección familiar cobran nitidez cuando se propone por primera vez la hospitalización a causa de un trastorno psicótico agudo, especialmente cuando la persona psicótica afirma que no está enferma y el proceso de proyección está basado en un diagnóstico y hospitalización. Se adelanta mucho cuando pueden evitarse el diagnóstico y la hospitalización, y el proceso de proyección puede modificarse antes de que la familia dé este importantísimo paso en la confirmación de la enfermedad emocional. Si es necesaria la hospitalización, prefiero que sea por otras razones y no por la "enfermedad". Describo en seguida la manera como enfoco actualmente la situación en mi trabajo con pacientes externos, en la práctica privada. Son tres las razones principales para recomendar la hospitalización: a) La familia la solicita porque ha llegado al límite su tolerancia de los trastornos en el hogar. b) La comunidad la exige a causa de los perjuicios causados a la misma. c)

La persona perturbada la pide por sí misma. La primera razón es la más importante para mi exposición. Cuando se trata la cuestión de la hospitalización, la familia espera que el psiquiatra utilice la enfermedad como razón para efectuarla. Con este punto de vista, se le dice al paciente que está enfermo y debe internarse para su tratamiento. Al hacerse responsable de la hospitalización el psiquiatra, la familia le dice al paciente: "nos apena que estés enfermo y tengas que internarte en el hospital. Te tratarán bien ahí. Queremos que vuelvas a casa cuando te pongas bien". De acuerdo con el concepto familiar, esta sucesión de acontecimientos encierra deformaciones de la realidad. La primera es la de los conceptos de "enfermo" y "hospital". El grado de "enfermedad" no es la razón verdadera que determina la hospitalización. Las familias mantienen grados severos de "enfermedad" en el hogar, en tanto la persona se comporta bien. La verdadera razón es que la familia quiere sacar de su casa la conducta perturbadora. La hospitalización se realiza más por la familia que por paciente. Otra deformación está encerrada en la expresión "cuando te pongas bien". Esto quiere decir realmente: "cuando ya no trastornes a la familia".

Un ego deteriorado puede hacer frente a los graves hechos de una mala conducta, pero le resulta más difícil enfrentar las deformaciones de la realidad contenidas en los alegatos de "enfermedad". El ego de la persona que está haciendo resistencia no advierte "enfermedad" en su propio sistema perceptivo, y se encuentra en desventaja cuando se la hospitaliza por una razón que no puede descubrir dentro de sí misma. Si insiste en su propia opinión de que no está enferma, entonces se rebela y entra en conflicto con su ambiente. Si acepta su "enfermedad", reconoce algo que no puede advertir dentro de sí misma y comienza a depender del ambiente, para que éste le enseñe lo que debe saber acerca de su "enfermedad". Se han alcanzado notables adelantos cuando la familia acepta la responsabilidad de la hospitalización y utiliza como razón la "conducta". Si la situación lo permitía, dedicaba varios días o semanas a tratar este punto, antes de hospitalizar a una persona por "enfermedad". Por ejemplo, un hijo psicótico había estado haciendo resistencia a la hospitalización durante varias semanas. El esfuerzo se dirigió a ayudar a los padres a utilizar "la familia" como razón. Cuando la madre dijo finalmente: "¿lo harás por nosotros, para proporcionarnos algún alivio?", el hijo respondió tranquilamente: "Ésta es la primera proposición justa que he oído. Firmaré mi admisión en cuanto me presenten los papeles." La familia puede utilizar la fuerza, como cuando dice: "te mandamos al hospital porque estamos hartos de tu conducta y de los problemas que creas en el hogar", sin las complicaciones y castigos que pueden desprenderse del uso de la "enfermedad" como razón. En estas circunstancias, los pa-

cientes conciben el hospital de otra manera; el progreso es comúnmente rápido y las permanencias en aquél son breves. En la siguiente sección se presenta un caso clínico que ejemplifica algunos de los puntos tratados.

Los principios válidos para el concepto de "enfermedad" son aplicables en muchos campos no relacionados específicamente con el proceso de proyección familiar. El ejemplo siguiente está tomado de una situación en la que nada tuvo que ver una familia. A un paciente hospitalizado que se estaba recuperando se le permitió dar su primer paseo por la ciudad. Al comenzar a subir al autobús para regresar al hospital, se quedó paralizado, pues oyó voces que lo amenazaban con las más terribles consecuencias si entraba al vehículo. Su conducta detuvo al autobús en medio de un tránsito intenso y la compañía de transporte se quejó al hospital de que permitía salir a "pacientes demasiado enfermos para andar por la ciudad". Su médico le prohibió salir del hospital a causa de su "conducta", no por su enfermedad. Se le dijo que no se le iba a dejar salir del hospital, por su "comportamiento" en la parada de autobuses, y que cuando fuese capaz de conducirse de manera que no llamase la atención o no molestase a otros, le permitirían probar de nuevo. Al cabo de una semana le dieron otro pase para ir a la ciudad y poco después se le dio de alta y volvió a su trabajo. Más tarde, durante su psicoterapia, reconstruyó la serie de acontecimientos. Después de su restricción, dedicó días enteros a practicar la manera de comportarse normalmente, a pesar de las voces. Alcanzó tanto éxito, que regresó al trabajo mientras las voces todavía se dejaban oír. La restricción causada por una conducta le proporcionó algo que podía entender, sobre lo cual podía reflexionar y que podía cambiar. Si se le hubiese circunscrito al hospital a causa de su "enfermedad", sobre la que no ejercía ningún control, tal vez no le hubiese quedado más remedio que ponerse a esperar a que la enfermedad se fuese.

Muchos esfuerzos se han dedicado a evitar el uso de los conceptos "enfermedad" y "paciente", así como la utilización del "diagnóstico" aunque este esfuerzo puede parecer irrealista cuando el triádico está tan deteriorado e incapacitado. ¿Cuán válido es el esfuerzo y cuáles son los resultados? Todavía no he visto que un proceso de proyección familiar haya quedado completamente resuelto en una familia donde haya un caso grave de esquizofrenia. Cuando la familia está tranquila, el proceso desaparece; pero si se produce ansiedad de nuevo, reaparece. A veces, los padres logran controlar con éxito la parte que les toca en el proceso, pero entonces el triádico comienza a actuar como perturbado e incapacitado, de tal manera que los obliga a reconocer su "petición de enfermedad". La persona esquizofrénica no está orientada a volverse "normal", y desempeña un importante papel en la perpetuación del *statu quo*. Mendell (1958) ha utilizado un enfoque diferente del dilema de diagnosticar únicamente al paciente. Pone pruebas psicológicas a todos los miembros claves de la familia, que luego se utilizan como testimonio autorizado para fundar un diagnóstico que abarca a todos los miembros.

Luego se trata a cada persona "enferma" mediante psicoterapia de grupo, pero cada miembro de la familia forma parte de un grupo distinto.

Cuando se tratan problemas menos graves que el de la esquizofrenia, el evitar la secuencia "enfermo-paciente-diagnóstico" constituye un beneficio directo que ayuda a la masa familiar de egos a alcanzar un nivel superior de diferenciación del yo. Cuando la familia alcanza dicho nivel, el proceso de proyección desaparece permanentemente. Ofrezco en seguida uno de los innumerables ejemplos que se podrían poner. Un esposo de treinta y tantos años de edad se había sometido durante cuatro años a psicoanálisis, con mediano éxito, para tratarse de obsesiones y fobias paralizadoras que lo habían obligado a renunciar a su trabajo. Mientras tanto, su esposa recibió psicoterapia durante algún periodo. El esposo retornó al trabajo con éxito, pero era un "neurótico compensado" que tenía su enfermedad bajo control. La esposa era la capacitada que lo protegía de situaciones que lo pudiesen trastornar. En un periodo posterior de conflicto matrimonial, la esposa solicitó nuevamente ayuda psiquiátrica. El esposo se negó a participar y ella comenzó sola la psicoterapia familiar. Su sistema de pensamiento-sentimiento estaba totalmente ocupado por la "neurosis" del esposo. Al principio del tratamiento se le preguntó si podía dejar de considerarlo y llamarlo neurótico y de tratarlo como persona perturbada, a lo que ella respondió: "de acuerdo, ¿pero qué otro término podré usar? ¿Conocen ustedes un término mejor?" Se le sugirió que "jugase" a que su esposo no era enfermo, débil ni neurótico. La sugerencia no pareció dar en el blanco. Unos dos meses más tarde dijo: "he estado trabajando de acuerdo con lo que me dijeron. Ya no lo llamo neurótico, ni lo trato como tal, pero pongo a Dios por testigo de que no puedo dejar de seguirlo considerando como neurótico". El esposo reaccionó ante el cambio con una campaña de impotencia, en la que se llamó neurótico y rogó a su cónyuge que se compadeciese maternalmente de su impotencia. La esposa se negó a ceder a sus demandas. Él se enfadó, la acusó de no quererlo y durante una semana se comportó como un individualista que le quería decir: "no te necesito". Después, se unió a ella en la psicoterapia familiar y lograron la solución de su problema. Desde el comienzo de su matrimonio, el esposo había sido un "paciente" potencial, "real" o compensado, y la esposa había sido una "madre" que se había hecho cargo de sus diversos grados de incapacidad. Ahora, por vez primera, se habían librado del problema y alcanzado la capacidad de ser dos personas adultas en su matrimonio.

PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

La primera psicoterapia familiar estructurada se practicó con las familias internadas para el estudio de investigación. Ambos padres, el vástago esquizofrénico y los hermanos normales acudieron juntos a las sesiones de psicoterapia. Se empleó una psicoterapia no directiva, en la que los miembros de la familia "trataron de resolver juntos el problema familiar". El terapeuta funcionó como catalizador para facilitar el trabajo conjunto y como observador participante, lo suficientemente "distante" para poder observar objetivamente e interpretar el proceso familiar. La psicoterapia siguió un curso definido. Los hermanos normales no tardaron en encontrar razones para separarse del esfuerzo familiar, y dejaron a sus padres y al psicótico interconectados en una intensa dependencia recíproca emocional, a la cual he llamado "tríada interdependiente". El cambio en ésta fue lento y pareció dirigirse hacia una diferenciación en tres yoes distintos. Un cónyuge lograba elevarse hasta un nivel de funcionamiento más seguro, y parecía haber logrado un yo mejor definido, con un nivel superior de identidad. Luego, el otro cónyuge pareció recorrer el mismo proceso y después el triádico dio señales de haber "crecido un poquito". A veces estos ciclos se extendieron por un año. Se confió en que el curso cíclico proseguiría, hasta que los tres se transformasen en individuos bien diferenciados. No ocurrió tal cosa. Algunas familias prosiguieron a lo largo de unos cuantos ciclos e interrumpieron la psicoterapia durante un periodo asintomático o se valieron de un airado incidente familiar como razón para detenerla. Otras avanzaron muy rápidamente durante algunos meses y luego se detuvieron de pronto, cuando los síntomas ya no les produjeron tantas molestias.

Una serie de experiencias condujo a una modificación del esfuerzo por trabajar con la tríada para llegar a la diferenciación. Ofrecemos en seguida un buen ejemplo: la hija, a la que le faltaban pocos años para cumplir treinta, se había pasado la mayoría de los seis años anteriores en instituciones. El padre, la madre y la hija asistían juntos a las sesiones de psicoterapia. Se hicieron rápidos avances. Al cabo de seis meses, la hija estaba trabajando y después de un año había llegado a un nivel de funcionamiento tan seguro y capaz, como nunca he visto en el periodo de recuperación de un esquizofrénico. Estaba exenta de culpabilidad y defensividad en lo que respecta al periodo psicótico. La intensidad del patrón a que se sujetaba la relación de los padres (madre agresiva, ansiosa, y padre sumiso) había pasado a ocupar el plano del fondo, y éstos vivían tranquila y fecundamente. La hija habló de mudarse a su propio apartamento y los padres "estuvieron de acuerdo". La hija solicitó psicoterapia "individual" para sí, pero el plan implicaba que los padres interrumpieron su participación y el terapeuta se opuso. Los tres siguieron juntos la psicoterapia. El día que la hija les anunció que ya había decidido y arreglado definitivamente su mudanza, los padres -que anteriormente habían estado tranquilos- comenzaron a manifestar ansiedad, a rogarle a la hija, atacarla, mostrarse impotentes, y el antiguo proceso de proyección familiar retornó en toda

su intensidad. La hija decidió "renunciar a sus propias metas vitales" durante un tiempo, "para ayudar a sus padres". Poco a poco, su funcionamiento comenzó a deteriorarse y seis meses después había perdido su empleo y caído en otra grave regresión. Después de otros diez meses, la regresaron a una institución. He aquí un ejemplo de reacción familiar, cuando el triádico trata de separarse de los padres. Al enfrentarse con la ansiedad de éstos, el yo en embrión del triádico regresó precipitadamente hacia la masa familiar de egos, "para salvar a los padres". En años recientes se ha modificado la psicoterapia para ayudar a la familia durante esta crisis de separación. Tan pronto como los padres y el triádico se percatan del papel que cada uno de ellos desempeña en el proceso familiar, se trata a los padres juntos con la meta explícita de ayudarlos a separar sus vidas de la del triádico, y a éste se le trata a solas, con la meta explícita de ayudarlo a funcionar sin los padres y hacer resistencia a su "reflejo" emocional automático para "salvar a aquéllos" (para convertirse en objeto de proyección de los padres) cuando están ansiosos. Se han obtenido mejores resultados con este procedimiento, pero encierra una relación mayor "de apoyo" a cada bando de la familia, y el nivel fundamental de diferenciación del yo no cambia.

Cuando la esquizofrenia es grave, la masa familiar de egos no es solamente "indiferenciada" sino, según mi experiencia, "indiferenciable". Todavía no conozco una solución razonable al problema fundamental que presenta una familia con esquizofrenia grave. La unicidad emocional en la esquizofrenia está muy por encima de cualesquiera otros vínculos. El hijo está emocionalmente "soldado" a la masa de egos con sus padres, donde funciona como un "ego nada" que les permite a éstos ser un "ego algo". Las tres personas podrán estar separadas físicamente, pero parece imposible para cualquiera de ellas diferenciarse como "yo", de las otras dos. Si el triádico vive lejos del hogar y mantiene vínculos de dependencia que no envuelven a los padres, los tres miembros de la tríada se sienten más cómodos. Los padres funcionan "tomando prestados yoes" de fuera de sí mismos, y "proyectando sus insuficiencias" sobre otros. En esta situación, los padres no advierten en ellos mismos un problema y carecen de motivos para solicitar psicoterapia familiar. Si el trío se reúne, la antigua función emocional comienza a operar inmediatamente.

La ordenada "diferenciación del yo" respecto de la masa familiar de egos, se produce en una amplia gama de problemas menos severos que el de la esquizofrenia. El proceso de diferenciación es especialmente rápido en el caso de problemas de grado neurótico. Los padres pueden ponerse a diferenciar sus yoes de los de sus hijos (con cambio espontáneo en éstos), de los de sus propios progenitores el de uno respecto al del otro; pueden alcanzar altos niveles de identidad. Cuanto más grave es el problema familiar, tanto más probable es que la familia interrumpa la psicoterapia tan pronto como se consiga una mejoría sintomática, como ocurre en las familias con esquizofrenia. Sin embargo, ha habido familias con problemas psicóticos transitorios o "fronterizos" en un miembro de la misma, en las cuales la psicoterapia ha proseguido hasta alcanzar la "diferenciación de yoes" respecto a la masa familiar de egos. Ha sido mi meta encontrar el camino para la solución completa del problema subyacente, cuando hay esquizofrenia grave. Algunas familias han continuado la psicoterapia familiar por cinco o siete años y han alcanzado ajustes medianamente exentos de síntomas, pero sin lograr ningún cambio en el problema fundamental. En los últimos tres años se han hecho esfuerzos por conseguir que participen algunos parientes cercanos claves en el tratamiento, para añadir más "fuerza" a la masa familiar de egos. Este esfuerzo es demasiado nuevo como para rendir un informe extenso de él aquí, pero los resultados iniciales son alentadores.

Aunque la psicoterapia familiar no ha tenido éxito por lo que toca a resolver el problema subyacente en casos de esquizofrenia grave, sí ha sido eficaz al ayudar a las familias a conseguir ajustes asintomáticos, sin cambio del problema subyacente. Ofrezco en seguida un ejemplo de buen ajuste asintomático mediante una breve psicoterapia familiar: una madre de 45 años de edad se encontraba en su segundo episodio psicótico agudo. En ocasión del primer episodio, había estado hospitalizada durante un año, se la había sometido a terapia por electrochoques y a psicoterapia, y después, durante dos años había sido tratada como paciente externa de psicoterapia. El segundo episodio psicótico se presentó tres años más tarde. El esposo se mostró ansioso y solícito en relación con el pensamiento y la conducta hiperactivos y extravagantes de su esposa. Ésta reaccionó a las reacciones de aquél con un aumento de síntomas psicóticos. El esposo convino en intentar la psicoterapia familiar, manteniendo a la esposa en el hogar. El esposo se esforzó por convertir la enfermedad de la esposa en responsabilidad del terapeuta, mientras seguía proyectando su ansiedad sobre ella. Yo me esforcé por concentrarme en la ansiedad del esposo, en eludir la responsabilidad directa por la enfermedad de la esposa y en conseguir que su marido se hiciese responsable del problema familiar.

Exhibió considerable responsabilidad mientras tuvo a la esposa en el hogar y al cabo de dos semanas, solicitó que la hospitalizaran porque estaba "demasiado enferma" como para quedarse en la casa. Sostuve mi punto de vista de que lo mejor para la esposa era el hogar, pero que podía obtener la hospitalización si había llegado a su límite de tolerancia de las tensiones existentes en su casa. Le pidió a un pariente que lo ayudase a vigilar la conducta de la esposa. Cuando el pariente se "hartó" de la situación, me preguntó si podía darle a la esposa "tratamiento de shock". Me negué a participar en dicho tratamiento y nos hicimos de palabras en torno a lo que entendía por shock. Por su propia iniciativa, dio comienzo a un programa muy firme de control, en el que los "privilegios" de la esposa estuvieron determinados por la capacidad de ésta para controlar su propia conducta. Al cabo de diez días, los síntomas psicóticos habían desaparecido y el "resultado perfecto", que la familia comenta con grandes elogios, ha continuado durante cinco años. La familia recibió catorce horas de psicoterapia familiar durante un periodo de siete semanas.

La familia siguiente, comprendida dentro de los límites del deterioro en que es aún posible la diferenciación completa de roles, ejemplifica varios principios y técnicas importantes de la psicoterapia familiar. En este caso, el proceso de proyección familiar se contrarrestó evitando la hospitalización. Otro principio importante queda ejemplificado por la técnica que consiste en ejecutar la terapia familiar tratando transitoriamente a un solo miembro de la familia. Se trataba de una familia con un hijo de 17 años de edad, agudamente trastornado, que tenía un problema de grado psicótico fronterizo y que había sido un problema de conducta cada vez más grande desde la adolescencia. Nunca había sido bueno su ajuste a la escuela, y las instituciones de enseñanza habían dedicado muchos esfuerzos a diagnosticar y comprender el problema, incluirlo en programas especiales, y habían recomendado varias veces que se le tratase con psicoterapia. Los padres trataron de enfrentar los problemas de conducta haciendo uso de la "disciplina", que en realidad era una serie de coléricas represalias contra la mala conducta de su hijo. Éste reaccionaba con estallidos violentos, coléricos, que asustaban a los padres. Se oponía a la proyección de los padres, llamándolos "enfermos". La psicoterapia nunca había sido más allá de la simple consulta psiquiátrica, porque el hijo insistía en que no estaba "enfermo" y los padres se sentían paralizados porque el hijo no estaba dispuesto a cooperar.

En las semanas que precedieron a la consulta, la ansiedad del hijo había aumentado hasta mantenerse totalmente apartado de la familia y pasarse las tardes y las noches vagando por la comunidad. Iba desaliñado, su conducta y su manera de vestir eran extravagantes, al parecer tenía alucinaciones y ya no era capaz de cumplir rutinas escolares sen-

cillas. Asustaba a algunos maestros y personas de la comunidad. Cuando en la escuela se sugirió que lo hospitalizaran, el padre solicitó ayuda para hacerlo. No estuve de acuerdo con el plan de hospitalización inmediata y en cambio les ofrecí entrevistas para la evaluación previa a la psicoterapia familiar. El hijo insistía en que su único problema eran los padres y que no necesitaba psiquiatra. Los padres se sentían extremadamente ansiosos, pero estaban dispuestos a recibir psicoterapia familiar para sí mismos y dejar al hijo fuera del esfuerzo familiar, hasta que expresase un deseo positivo de psicoterapia. Los acting outs del hijo en la escuela y en la comunidad no parecían ser demasiado grandes como para correr el riesgo de un esfuerzo psicoterapéutico familiar. Las autoridades de la escuela estuvieron de acuerdo en "esperar los acontecimientos", pues interpretaron mal la recomendación del terapeuta en el sentido de no hospitalizar al muchacho y creyeron que debía permanecer en la escuela.

Unos días después, informaron que la conducta del chico había asustado a algunos maestros. Las autoridades de la escuela habían avanzado, desde hacía tiempo, en el camino del proceso de proyección familiar que consiste en pensar, diagnosticar y en tratar al hijo como "enfermo". Se les recordó que el terapeuta no había recomendado que el muchacho siguiese en el colegio, y se les pidió que tomaran decisiones sobre la base de la conducta y ya no de su "enfermedad", es decir, que enviaran al muchacho a su casa cuando su conducta no cumpliera las reglas de la escuela. Algunos maestros temieron que se "heriría" al muchacho si se le enfrentaba a la realidad; preferían disculpar su conducta mediante su "enfermedad". Otros maestros, a quienes agradó el permiso para tratar la conducta en vez de preocuparse por la "enfermedad", tomaron decisiones más firmemente realistas y la situación mejoró notablemente.

Los padres hicieron pocos adelantos en sus primeras horas de psicoterapia familiar conjunta. Sentían gran ansiedad y no hacían más que pensar en los defectos del hijo. A pesar de esto, la ansiedad del hijo menguó y al cabo de dos semanas, ni la escuela ni la comunidad presentaron quejas de él. El hijo declaró que le agradaba que los padres estuviesen tratando de resolver finalmente su propio problema. En la psicoterapia, los padres estaban en tan grande desacuerdo fundamental acerca del hijo, que sus "yoes" se neutralizaban el uno al otro. Su esfuerzo desemboca en la misma falta de dirección "sin yo", que había caracterizado al ambiente del hogar. Se sugirió que uno de los dos se sometiese individualmente a la psicoterapia y que decidiesen cuál debería hacerlo. Durante los seis meses siguientes, la madre fue el único miembro de la familia que asistió a las sesiones de psicoterapia familiar. Puesto

que en estas situaciones el esfuerzo se dirige a que uno de los padres logre alcanzar un nivel de identidad más elevado, se alentó a la madre para que definiese un "yo", aclarase sus propias creencias y convicciones y, sobre todo, mantuviese su punto de vista en importantes cuestiones familiares, sin perder "yo" en el campo emocional de la familia. Hizo progresos y comenzó a aparecer un "yo" bastante definido, surgido de la "masa sin yo" de la familia. Por primera vez, la madre comenzó a enfrentarse a las situaciones familiares penosas, controlando su propio "yo" en vez de tratar de cambiar el "yo" de otros.

Al cabo de unos meses, la conducta del hijo fue "casi normal" en la escuela y en la comunidad, pero su problema era objeto de acting outs ante la familia. Por lo general, es un indicio alentador que el acting out en la comunidad se desplace y vuelva a la familia. Mientras la madre se ocupaba más de su propio problema y menos de los de la familia, el padre comenzó a "sentir" los problemas del hijo. Hubo un breve periodo de intimidad entre ellos dos, seguido de un conflicto. El padre se convirtió en "disciplinario" y estricto, a lo cual reaccionó el hijo con un acting out agresivo, específicamente dirigido al padre.

La fase siguiente de la psicoterapia comenzó unos ocho meses después del comienzo de la psicoterapia familiar, cuando el exasperado padre pidió que le dedicaran tiempo de la psicoterapia familiar. Nos informó de que la situación familiar era peor que nunca, pero al cabo de unas cuantas horas comenzó a definir un "yo" y una posición para sí mismo en la familia. Hizo progresos más rápidos que la madre. Después de un breve periodo, sus pensamientos, sentimientos y acciones se dirigieron más a la madre que al hijo. Unos tres meses después de haber comenzado, se produjo un periodo de evidente conflicto entre los padres. Éstos unieron rápidamente sus fuerzas y empezó otro periodo de proyección del problema familiar sobre el hijo. El conflicto entre ellos menguó, y el hijo tuvo otro periodo de regresión y conducta irresponsable dentro de la familia. Los padres se enfadaron con él, quien los seguía llamando "enfermos" y no hacía ningún esfuerzo por ayudar a resolver el problema familiar. El hijo solicitó psicoterapia para sí mismo, y fue la primera vez que se le trató, desde la evaluación efectuada casi un año antes.

La fase siguiente de la psicoterapia familiar consistió en tratar al hijo a solas, aparte de las sesiones familiares semanales a las que los padres asistían juntos. El hijo hizo algunos adelantos, pero no tardó en verse con claridad que si iba a la psicoterapia, era solamente porque sus padres se lo pedían, y se limitaba a salvar las apariencias. Los padres estaban haciendo pocos adelantos en lo referente a su parte del problema. En tales situaciones es común que la motivación de ellos se reduzca y comiencen a depender del triádico para resolver todo el problema. Al

cabo de dos meses, el hijo decidió interrumpir las consultas, diciendo que regresaría más tarde, cuando sintiese necesidad de la psicoterapia. Los padres iniciaron de nuevo la proyección sobre el hijo, que empezó otra vez a manifestar acting outs en la familia. Gracias al problema tangible proporcionado por el acting out del hijo, fueron capaces de concentrar su atención en un problema familiar y luego emprender, por primera vez conjuntamente, la solución de su propio problema.

Hasta la actualidad, esta familia ha recibido setenta y dos horas de psicoterapia familiar, en el transcurso de dieciocho meses. El hijo ha logrado obtener calificaciones que le han permitida aprobar el curso en la escuela, por primera vez en mucho tiempo, y se sintió motivado a conseguir un trabajo; pero su déficit académico es grande y le falta todavía por lo menos otro año de segunda enseñanza. Los padres mantienen la concentración sobre su propio problema en la psicoterapia familiar, pero avanzan cauta y lentamente en la investigación de sus propios problemas intrapsíquicos de lo que sería característico en padres de familias menos deterioradas. La familia posee un nivel de diferenciación del yo, superior al que es común en una familia que tiene un caso de esquizofrenia grave en el triádico. La capacidad del hijo para oponerse al proceso de proyección familiar, y la de los padres para alcanzar un nivel medianamente efectivo del "yo" en situaciones agudas, es más característica del "yo" que lo que en otros casos de esquizofrenia grave. En la mayoría de las familias que tienen este nivel de deterioro, los padres piensan en terminar la psicoterapia cuando se alcanza algún nivel de mejoramiento sintomático. La actual motivación de los padres para continuar nos indica que tal vez puedan llegar a una solución razonable del problema subyacente.

ESTADO ACTUAL DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

Es notable que el método de la psicoterapia familiar, que se inició con el estudio de la esquizofrenia, haya demostrado ser eficaz para resolver el problema subyacente en caso de enfermedades emocionales me nos graves, e ineficaz para resolver el problema familiar en la propia esquizofrenia.

Con todo, esto tiene implicaciones prácticas y teóricas. Desde el punto de vista práctico, ya no trato la esquizofrenia con la esperanza de que el proceso fundamental logre cambiarse mediante las técnicas actuales de psicoterapia familiar. Al principio tuve la esperanza de que la tríada padre-madre-paciente constituiría una unidad autónoma, encerrada en sí misma, dentro de la cual el problema podría resolverse sin dar apoyo a cada individuo por separado. Pero resultó no ser autónoma. Ahora abordo la esquizofrenia con la idea de que es necesario prestar algún "apoyo" emocional a la masa familiar de egos, pero tiene

sentido teórico y práctico dirigir al menos una parte del "apoyo" a los padres que forman parte de la tríada, y no solamente al paciente.

Teóricamente, la experiencia con familias refuerza la creencia de que la esquizofrenia llegará a explicarse finalmente como fenómeno emocional, si nos la representamos como un proceso de esta índole que abarca varias generaciones.

Sin embargo, la esquizofrenia es tan fija y estacionaria en la tríada padre-madre-paciente, como en el paciente; pero hay pruebas que indican que el proceso puede invertirse en la masa de egos familiar en la cual crecieron los padres, si se puede someter a terapia a los miembros de la familia de origen.

Yo entiendo el proceso de proyección familiar como un fenómeno natural, que se desarrolla como cualquier otro fenómeno de la naturaleza, cuando hay condiciones favorables para él. Al mismo tiempo, creo que las "condiciones favorables" podrán ser controladas y modificadas por el hombre, cuando conozcamos mejor la forma en que se desenvuelve el proceso. En la psicoterapia familiar está implícita la suposición de que el proceso de proyección familiar no es algo que tenga que ocurrir, y que los padres pueden hacerse responsables de un yo. En familias menos deterioradas, los padres asumen dicha responsabilidad cuando es necesario, pero como los padres de una persona esquizofrénica crecieron como receptores triádicos de procesos de proyección familiar semejantes, pero menos intensos, en sus propias familias y en las que no era posible asumir la responsabilidad del yo, a tales padres les resulta difícil asumirla ahora, salvo durante periodos esporádicos. Además hay que decir que, a un nivel práctico, les resulta más fácil y conveniente a la profesión médica y a la sociedad asumir la responsabilidad del problema familiar proyectado (el paciente psicótico), que tratar de hacer responsables a los padres del paciente. La utilización de la estructura médica que lleva a cabo la familia, consistente en el "examen, diagnóstico y tratamiento" para apoyar la causa del proceso de proyección familiar, constituye un problema monumental para cuya solución no se tienen procedimientos fáciles.

Si la estructura médica no existiese, las familias se las arreglarían para encontrar otras maneras de hacer responsable al ambiente. Se alcanza una notable ventaja terapéutica cuando los terapeutas pueden tratar el proceso de proyección familiar sin tener que hacer un diagnóstico de enfermedad en el miembro incapacitado de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowen, M. (1959). Family relationships in schizophrenia. En la obra de A. Auerback (dir.) *Schizophrenia-An integrated approach*. Nueva York: Ronald Press.
- Bowen, M. (1960). Family concept of schizophrenia. En D. Jackson (dir.) *Etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books.
- Bowen, M. (1961). Family psychotherapy. *Amer. J. Orthopsychiat.* 31, 40-60.
- Bowen, M., Dysinger, R. H. y Basamania, B. (1959). The role of the father in families with a schizophrenic patient. *Amer. J. Psychiat.* 115, 1171-120.
- Bowen, M., Dysinger, R. H., Brodey, W. M. y Basamania, B. (1957). Study and treatment of five hospitalized families each with a psychotic family member. Leído ante la reunión anual de la Amer. Orthopsychiat. Ass., Chicago, marzo.
- Kvarnes, M. J. (1959). The patient and the family. *Nursing Outlook*, 7, 142-144.
- Mendell, D. y Fisher, S. (1958). A Multi-generation approach to treatment of psychopathology. *J. nerv. ment. Dis.* 126, 523-529.
- Sonne, J. y Speck, R. (1961). Resistances in family therapy of schizophrenia in the home. Leído ante la Conferencia de Schizophrenia and the Family, Temple Univ. Filadelfia, marzo 30.
- Spiegel, J. P. (1960). Resolution of role conflict within the family. En N. W. Bell y E. F. Vogel (dir.) *The family*. Glencoe, Ill.: Free Press.

Ca p. 6 **DINÁMICA FAMILIAR Y REVERSIBILIDAD DE LA FORMACIÓN DE DELIRIOS: ESTUDIO DE UN CASO EN TERAPIA FAMILIAR**

NATHAN W. ACKERMAN, PAUL F. FRANKLIN

Situación de la enfermedad, 293.
El curso de la terapia familiar, 298.
Entrevista filmada, 306.
Comentario, 333.
Referencias bibliográficas, 337.

EL ENFOQUE FAMILIAR DE LA investigación de los fenómenos de la esquizofrenia requiere que se adopte firmemente un punto de vista. En anteriores publicaciones (Ackerman, 1960, 1961), sostuvimos una teoría en lo concerniente a la enfermedad de la esquizofrenia y también una teoría de la terapia familiar adecuada a este estado. El marco conceptual tratado en dichas publicaciones da por supuesta una correlación entre el proceso esquizofrénica y el trastorno homeostático del organismo. También se supone una interdependencia fundamental del trastorno homeostático del individuo esquizofrénico y el desequilibrio homeostático del grupo familiar. La meta del estudio familiar es la aclaración de esta relación. Al adoptar esta postura teórica, no afirmamos que exista una relación exclusiva o exacta de uno a uno entre la familia y la homeostasis del individuo, sino únicamente sugerimos que puede existir una correlación significativa. Sacamos esta inferencia a partir de una serie pequeña, pero convincente, de experiencias empíricas en el tratamiento del paciente esquizofrénico dentro de la matriz de la vida emocional de toda su familia. Con este tipo de intervención hemos podido alterar, a nuestra satisfacción, el equilibrio homeostático dentro de la unidad familiar y, de manera semejante, modificar

el curso del trastorno esquizofrénico. En esencia, hemos podido producir un cambio en el patrón integrante de las relaciones familiares y un cambio simultáneo en el funcionamiento integrante del paciente esquizofrénico, dirigidos hacia la salud.

Permítasenos avanzar un poco más en nuestro pensamiento. En el estudio del tratamiento familiar de la esquizofrenia, observamos efectos circulares: la influencia de la familia en el paciente y la influencia del paciente en la familia. En casos escogidos, si logramos invertir algunos de los rasgos esenciales de la experiencia psicótica mediante una intervención familiar; con ello estamos aportando testimonio de la existencia de una asociación significativa entre la homeostasis de la familia y la del individuo. Gracias a este método, cuando logramos retardar la tendencia patógena y traer de nuevo al paciente al espacio vital real de su grupo familiar, inferimos que la terapia familiar tiene la capacidad potencial, no sólo de influir en las elaboraciones secundarias, sino también en las manifestaciones primarias de este trastorno. Al afirmar esto, no aseveramos que el factor social sea el único agente etiológico; tampoco pretendemos haber realizado una cura. Ni decimos que tal mejoría pueda alcanzarse uniformemente en todos los tipos de esquizofrenia, en todas y cada una de las etapas de la enfermedad y con cualquier clase de familia. Sostenemos únicamente que si tal resultado puede alcanzarse en algunos casos, esto por sí mismo constituye una reflexión importante sobre la naturaleza de la enfermedad y el papel fundamental que desempeña la interacción familiar.

En las controversias actuales, ésta es una consideración importante, pues los investigadores de inclinaciones organicistas aseguran a menudo que la psicoterapia influye únicamente en las manifestaciones secundarias, sin tocar para nada el proceso esquizofrénico primario. No estamos de acuerdo con este punto de vista. Según nosotros, constituye una observación sorprendente el que la psicoterapia familiar, en condiciones ambientales y orgánicas favorables, parece afectar tanto las manifestaciones primarias, como las secundarias.

La terapia del caso que describiremos se llevó a cabo en la Family Mental Health Clinic of the Jewish Family Service de la ciudad de Nueva York. Es una clínica orientada a la investigación y dedicada al estudio de las relaciones entre la dinámica familiar y la salud mental. Como se suele hacer, a la familia de que hablaremos fue estudiada primero en una serie de entrevistas exploratorias, realizadas por los psiquiatras investigadores y observadas por el personal clínico. Luego se asignó la familia a un psiquiatra del personal, para proseguir el estudio y la terapia. Se hicieron entrevistas con la familia entera y también, cuando se consideró propio, con el paciente y los padres por separado.

En esta familia se practicaron entrevistas individuales con la hija durante los primeros meses, y entrevistas conjuntas con los padres. Más tarde, la hija se

incorporó a las entrevistas familiares regulares, pero siguió manteniendo algún contacto individual con el terapeuta. Después de un año de terapia, el psiquiatra investigador mantuvo algunas entrevistas de "continuación" con la familia, que fueron filmadas con fines de estudio.

En este capítulo nos proponemos informar del estudio de una paciente y su familia, en el cual el tratamiento familiar pareció dar como resultado la inversión de la experiencia psicótica de la paciente. Presentaremos el material apropiado en cinco secciones principales: a) la situación de la enfermedad; b) antecedentes y diagnóstico de 1ª familia; c) curso de la terapia familiar; d) registro textual de una entrevista familiar; e) comentario interpretativo, basado en los testimonios del estudio familiar.

SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La paciente era una muchacha de 16 años de edad, a la que sus padres llevaron a la consulta psiquiátrica porque su estado mental parecía estarse deteriorando y ellos se sentían alarmados. Durante tres años, la paciente había estado recibiendo psicoterapia en otra clínica, pues se suponía que padecía psiconeurosis. Ni éste, ni ningún otro diagnóstico, habían sido compartidos con los padres; estaban confusos acerca del verdadero carácter de la enfermedad de la paciente, y trataban de negar, de manera no muy convincente, su gravedad. Preferían ver en la paciente a un niño de "imaginación muy viva".

La paciente vivía retraída, no tenía amigos y se negaba a asistir a la escuela. En el hogar, alternaba periodos en los que se encerraba en su habitación, con disputas con sus padres y especialmente con su abuela.

Varias veces amenazó con suicidarse y exhibió un raro conjunto de amaneramientos: tosía extravagantemente, se retorció constantemente el pelo, cambiaba su mirada, y hacía una serie de movimientos como de "lombriz", que hacía con las manos y el cuerpo. En algunas ocasiones se valía de frases extrañas, presuntuosas, que casi rayaban en el neologismo.

Algunas señales patentes de enfermedad habían hecho su aparición a la edad de once años, contra un fondo de timidez y retraimiento de toda la vida. La paciente nació cuando su padre estaba cumpliendo con el servicio militar. La conoció a los tres años de edad, pues había tenido que prestar servicio en ultramar. Al terminar la guerra y volver al hogar, se encontró en mal estado, física y mentalmente. Había sufrido una prolongada infección debilitadora y estaba mal alimentado, depri-

mido e irritable. En el hogar, la esposa y la suegra lo acusaron de ser excesivamente exigente y de monopolizar la atención de su esposa, mientras que al mismo tiempo no hacía más que criticar y rechazar irritadamente a la hija. Cuando en años posteriores la madre y la abuela se unieron para acusarlo de haber causado la enfermedad mental de la hija, se puso del lado de las mujeres contra sí mismo. Acepto la carga total de la culpa y abatió su frente avergonzado; estaba plenamente convencido de que había causado un grave daño a su hija.

Pero ésta no era toda la historia. Las mujeres habían convertido al padre en chivo expiatorio. Los estudios clínicos revelaron que la hija había padecido un grave trauma emocional desde antes de que regresase el padre de la guerra. En estos primeros tres años, mientras el padre estaba en el extranjero, la abuela había gobernado la familia. La madre y la abuela mantenían una estrecha relación ambivalente, dependiente. La abuela criticaba ásperamente los cuidados que la madre daba al bebé. Aunque resentía el irritante ataque de la abuela, la madre era incapaz de replicarle. La abuela acusaba a la madre de abandonar a la hija, de ineptitud total al no lograr controlar el llanto de ésta, que podría despertar al abuelo. El abuelo era una figura borrosa, periférica; había sido obrero y había muerto seis meses antes de la primera consulta de la familia. La abuela no hacía más que regañar a la madre para que sacara a la niña al aire y al sol, por considerar que el aire de la casa estaba estancado y viciado. De manera racionalizada y obsesiva, la abuela sacaba a la niña de la casa. Aunque esto provocaba su resentimiento, la madre accedía a la presión coercitiva. Se sentía "dividida" entre la necesidad de cuidar al bebé y la de apaciguar a la abuela. No obstante, prosiguió la estrecha alianza entre las dos mujeres, y se unieron para aislar y convertir en chivo expiatorio al padre. Enfrentaron al padre con la hija, y a la hija con el padre. Fortificaron en la hija una barrera de desconfianza y terror hacia el padre, en su calidad de varón.

El examen de la paciente reveló la existencia de experiencias alucinatorias activas. Mantuvo comunicación regular con un planeta perdido en el espacio llamado "Queendom" (literalmente, país de la Reina); y lo hacía enviando y recibiendo algo parecido a las ondas de radar. Intercambiaba mensajes con la dama reinante en "Queendom", llamada "Zena" mediante un "Zenascopio". De esto hablaremos más adelante.

La situación en que se presentó era crítica. Fue preciso tomar una decisión rápida acerca de la necesidad de atención hospitalaria, a causa del peligro de violencia o suicidio, o de ambas cosas a la vez. Después de un estudio acucioso, mediante entrevistas familiares filmadas, se tomó la decisión de correr el riesgo previsto, consistente en mantener a la paciente en su hogar y emprender la psicoterapia de toda la familia.

Antecedentes y diagnóstico de la familia

La unidad vital estaba constituida por los padres, la abuela materna y la paciente, que era hija única. La abuela tenía 65 años de edad. El padre tenía 47; la madre, 45. Hacía 20 años que estaban casados. El padre obtenía ingresos superiores al término medio y la abuela contribuía a los gastos del hogar. Los dos padres habían hecho estudios universitarios, eran ciudadanos norteamericanos por nacimiento y de religión judía.

Los padres se habían sentido atraídos entre sí, en virtud de sus necesidades mutuas de dependencia y compartían ideales de intimidad familiar, seguridad, fidelidad y motivaciones a la superación intelectual. En sus respectivas familias de origen, habían experimentado algunas ansiedades comunes a los dos: el padre provenía de una familia desintegrada; el abuelo paterno murió en la temprana infancia del padre; la abuela paterna, dominante y "sufrida", era excesivamente solícita y entrometida. La madre se identificó estrechamente con su propia madre dominante y a la vez consideró a su padre como temperamental, ineficiente y sin embargo, como alguien al que había que temer.

El padre es un hombre alto, apuesto, de aspecto distinguido. Es un individuo rígido, obsesivo, perfeccionista y con profundos sentimientos de inferioridad. Da la impresión de no ser un hombre, sino un muchacho asustado, con sentimientos de culpabilidad, sin confianza en sí mismo. Se inclina a congraciarse con los demás y justificarse constantemente a sí mismo. Sus modales son casi femeninos. Habla rápida y precipitadamente, o no habla en lo más mínimo. Teme a sus emociones y envuelve sus pensamientos en frases intelectuales, presuntuosas. Se atrinchera en tareas académicas. No obstante todo esto, posee un cierto atractivo, como de niño, y solicita frenéticamente aprobación y apoyo. Sus defensas principales son la obediencia obsesiva, la represión de la agresión y el desapego emocional. La madre es una mujer atractiva, pero tiene un rostro blando, "vacío", inexpresivo. Es difícil encontrar en ella animación. De manera un tanto superficial, es una persona obsesivamente buena, convencida de su rectitud, muy dada a juzgar, y repleta de clichés acerca de lo que es bueno y lo que es malo. Muestra poca espontaneidad. Es propensa a estallidos histéricos periódicos y padece también jaqueca. De cuando en cuando, prorrumpe en risas chillonas y atemorizadas.

La abuela tiene una personalidad rígida, muy dogmática y agresiva. Nunca se equivoca y tiene una respuesta inmediata para cualquier problema. Tras sus declaraciones hipócritas y mojigatas, desprecia a todo el mundo. Si no consigue lo que quiere, se pone de mal humor y comienza

a hacer amenazas intimidadoras. Actúa como vocero de su hija, hostiga al padre y lo empuja a ocupar una posición aislada. Tanto la abuela como la madre sienten la necesidad de hablar en nombre del padre y también de la hija. Un fragmento de simbiosis caracteriza la relación de la madre y la abuela. Esforzándose fútilmente por atenuar el miedo de las mujeres a la agresión masculina, el padre se priva de la expresión de sus poderes masculinos.

La paciente es una adolescente atractiva que ofrece un patético aspecto de desorganización y desorientación. A sus pánicos le siguen agresiones explosivas, desafiantes. Su inteligencia, imaginación y sensibilidad innatas aparecen claramente tras el velo de su perturbación. A veces, sus expresiones son exquisitamente sensitivas y parecen casi poéticas. Sobre todo, vive presa de la desesperación; de cuando en cuando se desenfrena por pura desesperación, pero luego se retrae.

Superficialmente, estos padres rinden homenaje, de dientes para afuera, a su estrecho compañerismo; pero no han alcanzado una unión matrimonial satisfactoria; más bien se trata de una relación padre-hijo. El padre teme los poderes hostiles de una mujer; la madre es desconfiada y temerosa de la agresión masculina. Una corriente oculta de competencia y hostilidad hace que aborte el establecimiento de un firme vínculo emocional. Los padres parecen colaborar tácitamente a reducir al mínimo la importancia del aspecto sexual de su unión. Cuando nació la niña, este hecho pareció hacer pedazos el tenue equilibrio de las relaciones familiares. Era una intrusa y había que expulsarla. Cuando trató de demostrar frenéticamente que existía, que se le debía dar un lugar, el resultado fue un trastorno mayor del grupo familiar. Las únicas posibilidades que le quedaban fueron las del retraimiento en un mundo psicótico o el suicidio. Contra este fondo, la abuela insistió en que la paciente ingresase en un internado. Se suponía que esto la obligaría a hacerse de amigos entre sus compañeros.

A primera vista, esta familia daría la impresión de estar bien integrada, con excepción de la chica gravemente trastornada. Pero ésta era una apariencia engañosa. Al examinarla con mayor profundidad, se veía que era un grupo profundamente desorganizado y escindido. En términos emocionales, era una familia paralizada, cargada de culpa y ansiedad. Los miembros de la misma estaban gravemente alienados, vivían en un temor constante a la explosión incontrolada de la violencia y la destrucción. En su vida interior había graves prejuicios y tendencias a convertir a otros en chivo expiatorio. El único miembro varón de la familia unas veces era un monstruo y otras un muchacho impotente; a la hija se la trataba como intruso perturbador. Las mujeres de mayor edad habían condenado a ambos al castigo y al exilio. De parte de la hija y el padre, se observaba un anhelo apenas apreciable de formar una alianza protectora contra las mujeres de mayor edad, pero éste nunca pasó de la etapa embrionaria. Los tres adultos se habían unido para

convertir en chivo expiatorio a la hija enferma. Advertían en ella a una fuerza peligrosa y actuaban como si fuese necesario controlarla o eliminarla, a fin de que la familia pudiese sobrevivir. Aunque de manera subrepticia, la paciente se interesaba en su padre; sobre todo, procuraba eludirlo, como él la esquivaba a ella. Mutuamente, no se atrevían a mirarse a los ojos; temían tocarse el uno al otro. El padre percibía un elemento erótico, en el interés que demostraba su hija, retrocedía ante ese tabú y temía la violencia.

Un profundo abismo se había abierto entre la paciente y ambos padres. Cuando ocasionalmente hacía un gesto infructuoso por establecer contacto con alguno de ellos, la desairaban. Disputaba con su madre, pero su rabia estaba dirigida principalmente contra la abuela. Hacía resistencia a la autoridad de los padres, se aislaba en su habitación y amenazaba con cometer actos violentos si violaban su intimidad.

Entre padre y abuela existía un perpetuo conflicto latente. Cuando él fracasó originalmente en su intento de expulsar a la abuela de la familia, renunció a su propósito. Pero persistió su refunfuñante resentimiento. A espaldas de él, la abuela se lanzaba a una tortuosa campaña para abatir su personalidad. En la actualidad, la relación entre el padre y la abuela es característica de personas bien educadas, pero casi no se hablan. Se trata de una guerra fría.

La madre, persona dulce, persuadida de su rectitud, dejó de interponerse entre el padre y la abuela, como si esperase inconscientemente que se destruyesen el uno al otro. En las relaciones diarias con la paciente, los miembros adultos del grupo se mostraban confusos, desorganizados y derrotados; trataban de controlarla mediante amenazas y sobornos.

En el nivel consciente, la madre y el padre aspiraban a coincidir en el ideal de una unidad familiar llena de cálido afecto, estrecha y leal. Sin embargo, ésta era una ficción completa. En realidad, existía un temor constante a que estallase la "guerra declarada". Pero la ilusión persistía, puesto que los miembros adultos creían ser personas armoniosas, amantes de la paz. Por consiguiente, existía esta aguda y flagrante contradicción entre el ideal de una familia de vínculos estrechos y la situación real, de profunda alienación en las relaciones familiares. Salvo por explosiones periódicas, el clima emocional del hogar era estático, medio muerto; el estado general de ánimo era el de una apatía resignada. Los miembros del grupo se sentían atrapados. Las funciones de la familia se llevaban a cabo de manera rutinaria y constreñida. La familia mantenía escasos contactos con la comunidad.

Como familia, constituía una unidad "económica", pero sin unión emocional ni social. El ajuste sexual de los padres era muy bajo; el cuidado de la hija carecía de organización. La familia, como tal, parecía retroceder, en vez de avanzar; las relaciones estaban gravemente constreñidas y carecían de vitalidad. La atmósfera emocional estaba invadida por una actitud de evasión y miedo a la vida; era casi nulo el potencial de crecimiento del grupo familiar.

EL CURSO DE LA TERAPIA FAMILIAR

Al principio resultó sumamente difícil el esfuerzo por tratar juntos a la paciente y la familia. Ésta estaba confundida y fragmentada. La abuela realizaba una intensa campaña para llevar a cabo su plan de meter a la paciente en un internado. La propia paciente solicitaba terapia individual, separada completamente de su familia. Durante los primeros cuatro meses, el procedimiento planeado de entrevistas familiares se vio obstaculizado por el estado de escisión del grupo. Al sentirse frustrada, la abuela sabotaba agresivamente todo el procedimiento. Competía con la influencia del terapeuta y se oponía a su meta de tratarlos a todos juntos. Este conflicto llegó rápidamente a un clímax, después del cual la abuela se fue de la casa y no volvió a las sesiones de terapia.

En esta primera fase, se trató por separado a la paciente y a su familia. Por lo general, se entrevistó primero a ella y después a su familia, sin exceptuar al principio a la abuela. Las primeras entrevistas con los padres fueron monótonas. Mostraron su asombro, miedo y culpabilidad, así como el profundo resentimiento que les provocaba la conducta de la hija. A causa de su pánico persistente, seguían negando la severidad del trastorno de la paciente. Atribuían sus experiencias alucinatorias a su "vívida imaginación", y el padre trataba de reducir la gravedad de la enfermedad afirmando que, como a él mismo, a la hija le interesaba la ciencia ficción. El terapeuta no estuvo de acuerdo con esto; aseveró categóricamente que la paciente estaba mentalmente enferma.

Cuando finalmente los padres se vieron obligados a reconocer la psicosis de la muchacha, surgió un conflicto abierto entre ambos. El padre mostró una preocupación auténtica por el bienestar de la hija, mientras las mujeres mayores lo acusaban una y otra vez de haber rechazado aquélla. De acuerdo con la madre y la abuela, el padre mantenía rígidamente normas y expectativas altas, sobre todo en lo intelectual. Zahrían al padre por no haber sido capaz de relacionarse emocionalmente con la hija, salvo en relación con lo académico, y él aceptaba esta mortificación. Se deprimió. Pero a medida que el terapeuta le fue prestando apoyo, al no aceptar de ninguna manera que el padre fuese la única causa de la enfermedad de la paciente, sintió un gran alivio y desapareció su depresión. Le dio efusivamente las gracias al terapeuta.

En las sesiones siguientes, el padre mantuvo una posición más firme contra las ruidosas críticas que la abuela lanzaba a la paciente. Sin embargo, hay que señalar que el padre, que ahora se oponía más francamente a la agresividad de la abuela, no se hacía valer directamente ante su esposa. Resultaba evidente que estaba tratando de dividir a la madre y la abuela, de liberar a su esposa del dominio de aquélla y conquistarla para sí una vez más. En esencia, estaba volviendo a vivir su original intento fallido de sumar sus fuerzas a las de su esposa y eliminar del hogar a la abuela.

El conflicto entre la abuela y el terapeuta llegó a un punto crítico. Hablar con ella era como hablarle a una pared, y el terapeuta le expresó la cólera que sentía contra ella. En este momento, los padres quedaron entre la espada y la pared; vieron que estaban obligados a elegir entre la abuela y la hija; la una o la otra. El terapeuta hizo ver cómo la abuela monopolizaba las relaciones con la madre y competía con la paciente. En efecto, estaba privando de madre a la hija enferma. En la elección entre la abuela y la hija, el padre se puso de parte del terapeuta. Expresó con toda claridad su deseo de separar a su familia de la abuela. En contraste, la madre mostró conflicto e indecisión. Pero comenzó a expresar cada vez más su ira contra la abuela. Finalmente, el terapeuta se puso de acuerdo con ambos padres para "enviar a la abuela a un internado", por así decirlo, en vez de internar a la paciente. La abuela se mudó al hogar de un pariente, y después la terapia familiar comenzó a hacer adelantos.

En el consultorio, la paciente caminaba de un lado a otro, agitadamente. En varias ocasiones había tratado de suicidarse tragando pequeños objetos metálicos, y explicaba que su continua tos tenía como objeto expulsarlos. Sin embargo, se observó que tosía regularmente cada vez que miraba a su padre o al terapeuta de sexo masculino. En momentos de gran tensión, cuando experimentaba un agudo conflicto provocado por el peligro de intimidad con el padre o con el terapeuta, declaraba que solamente porque le faltaba valor no se tiraba por la ventana.

Poco a poco fue revelando la naturaleza de sus experiencias psicóticas. Dijo que oía voces de otro planeta: "Queendom". Los habitantes de éste le hacían señas para que se fuera con ellos. En él, los seres eran de otra especie. No eran humanos; eran como máquinas. En este planeta no se permitía la existencia de varones; todos eran femeninos, "no hembras, sino femeninos". Estas criaturas eran espléndidas, y tenían un color de piel y pelo bastante exótico. Tenían hormonas, pero no para las relaciones sexuales, sino para hacerse atractivos. No se reproducían por unión sexual, sino únicamente por fisión. Los seres de "Queendom" vivían en el tiempo

solar, no en el terrestre. No había día ni noche. Sus habitantes vivían tal vez hasta 150 años. Eran capaces de dormir durante largos periodos. Se bastaban completamente a sí mismos y no experimentaban fatiga. Tenían el poder de la clarividencia. En ese planeta todo se fabricaba mediante procedimientos químicos. La nutrición no era personal ni humana. La fuente de alimentación no era la "Madre Tierra", sino la fábrica donde todos los alimentos se producían químicamente. En el exterior del planeta, no había odio, ni guerra, ni asesinatos, pero tampoco amor. Los Habitantes se dedicaban al cultivo de las artes, la música, la literatura y la pintura. Era una cultura de la mente sobre el cuerpo. Por último, en este universo había control mágico. No existían el odio ni los peligros del modo de vida terrestre. Sin embargo, a ciertos seres de este planeta los afectaba una misteriosa enfermedad, que pudría progresivamente el cuerpo mientras el espíritu se mantenía inmortal.

En varias ocasiones la hija se presentó a la sesión con una máscara de hule que representaba a una persona enferma, horriblemente deformada. Contemplaba un libro de medicina en el que se veía una fotografía de un paciente repleto de llagas repugnantes, mutiladas. Por deducción, ésta era la imagen que en su fantasía tenía su propia enfermedad deteriorante. Explicó su necesidad de deshacerse de su cuerpo: la parte física de su ser era una carga intolerable, pues había que alimentarlo, cuidarlo y atenderlo continuamente; lo único que deseaba era preservar y perfeccionar su espíritu. Buscaba eliminar su cuerpo y glorificar su mente.

Experimentaba un profundo conflicto con sus necesidades corporales, especialmente con sus apetitos sexuales. Relató un turbador encuentro con un joven camarero de un hotel de veraneo. Tal como describió el incidente, de manera extraña, de pronto se había encontrado a solas con él, quien la había sentado en sus rodillas y besado. Dijo de este joven que era un "lobo". "Ni siquiera caucásico"; parecía "un monstruo de Formosa". Cuando la besó sintió como si la hubiesen transformado bruscamente de adolescente en mujer. Fue una experiencia que la estremeció; sintió pánico y huyó lo más rápidamente que pudo.

De manera peculiar, paradójica, a pesar de sus temores al sexo y a los hombres, exhibió a veces brevemente un interés intenso, tanto en su padre como en el terapeuta. En una sesión familiar, dramatizó el conflicto de fidelidad entre su comunidad psicótica de "Queendom" y su familia verdadera. Con gran animación, habló de cómo tal vez había cometido un error. Había permitido a Zena y a los seres de Queendom que la convenciesen de aceptar su modo de vida, en el que no se permitía la presencia de varones. Quizá se había mostrado demasiado obediente. Debería haber ofrecido una mayor resistencia. Se sentía tentada a conspirar para llevar uno o dos varones a Queendom, "simplemente para que vieran cómo es la especie masculina". Por supuesto, esos varones eran el padre y el terapeuta. Como no estaba permitida la existencia de varones en "Queendom", tendría que meterlos de contrabando. Pero "solamente podrían quedarse unos

minutos". "Los tendría muy vigilados." Tendrían que portarse bien, o los mandaría de regreso a la Tierra.

En la segunda fase del tratamiento, cuando se iniciaron las entrevistas familiares regulares, la paciente se sentó al principio lo más lejos posible de sus padres. Estaba indecisa, insegura, asustada. Frecuentemente, a medida que iba aumentando su sensación de estar amenazada, sobre todo en relación con su temor de que estallasen hostilidades abiertas, hacía ademán de salirse de la habitación. Cada vez que lo hacía, el terapeuta la convencía para que se quedase. En la mente de ella, él se había convertido en su "defensor".

Al cabo de varias semanas, la paciente comenzó a tocar e incluso a besar suavemente al terapeuta en la mejilla, en presencia de sus padres. El terapeuta expresó el asombro que le provocaba que exhibiese esta clase de afecto para con él, pero no lo hiciera con sus padres. El padre dijo que cuando trataba de acercársele, ella lo recibía generalmente con una actitud beligerante, hostil. Cuando trataba de entrar a su habitación, le cerraba la puerta en la cara y lo amenazaba con un palo. La madre, regularmente se entrometía con comentarios que reforzaban el miedo que la paciente tenía al padre, y aludió repetidas veces a las normas rígidas y exigentes de éste y a su rechazo de la hija. Poco a poco se fue viendo con claridad que la fuente principal de hostilidad contra la paciente no era el padre, sino la madre. Cuando aquél criticaba algo, parecía estar obedeciendo una indicación de la madre. Era ésta la que tendía a reforzar la barrera entre la hija y el padre.

Un incidente destaca notablemente como ejemplo de esta tendencia. La paciente llegó de la escuela con una mala calificación en una de sus materias. La madre le advirtió que no se lo contase al padre. Sin embargo, cuando en la entrevista familiar el terapeuta, con permiso de la paciente, habló de la mala calificación con el padre, éste no reaccionó con decepción y críticas, sino que más bien expresó una auténtica preocupación por la forma en que la paciente había sufrido por este fracaso.

A medida que fueron avanzando las sesiones pudimos observar un desplazamiento en el arreglo de las relaciones familiares. La hostilidad de la paciente hacia su padre fue disminuyendo gradualmente, y ella se volvió apreciablemente más aguda en sus ataques a la madre. Sin embargo, alternó estos ataques con algunos reconocimientos que casi parecían tratar de disculpar a medias a la madre, en el sentido de que tal vez no se le pudiese culpar realmente, pues había estado dominada por la abuela. Poco a poco, la paciente expresó su ira hacia la abuela, de manera cada vez

más directa y vigorosa. En las ocasiones en que la abuela visitaba a la familia, la paciente le decía: "¿Para qué viniste? Vete a tu casa. No te queremos de nuevo." Pero hizo algo más; le rogó a la madre que se "destetase" de la abuela: "la abuela ya tuvo su oportunidad de ser madre; te toca a ti ahora". Cuando el terapeuta llamó la atención sobre la simpatía fundamental con que el padre veía el resentimiento de la paciente hacia la abuela, aquél expresó su sentimiento de que, después de todo, "mi hija está librando mi propia batalla". Se refería una vez más a su primera lucha fútil por separar a la madre de la abuela.

Poco después de un año de terapia, se observó un nuevo cambio. La paciente se acercó más a su padre. Le acariciaba el pelo y le besaba la mano. El terapeuta hizo notar la manera exagerada y excesivamente intensa como la paciente expresaba su deseo de acercarse al padre. Le preguntó si estaba devorando al padre, en vez de besarlo. Al mismo tiempo, hizo referencia al miedo que sentía el padre a estos acercamientos agresivos, su miedo a toda franca relación con el sexo y su consiguiente apartamiento de todo contacto. El padre expresó su temor, diciendo a la hija que se buscara un novio de verdad. El terapeuta trató esta situación, diciendo que una hija también podía tocar a su padre, que era un tacto diferente y que no tenía que ser igual que el tacto sexual de una esposa. Inevitablemente, esto condujo a un prolongado examen del miedo, que el padre siempre la había tenido a las mujeres, de sus relaciones con su propia madre, excesivamente posesiva, y de su sumisión a la esposa y a su suegra.

Y volviendo al incidente del camarero "de Formosa", hay que señalar que la paciente habló con toda libertad de este incidente con el terapeuta, pero nada les dijo a sus padres. Creía que en su familia no estaba permitido el sexo, que era absolutamente un tabú. En años anteriores, cuando había hecho alguna pregunta acerca del sexo a sus padres, recibió siempre un desaire. Los padres parecían sentirse avergonzados y eludían la cuestión. En vez de dar una explicación, le decían que volviese a sus estudios o que practicase el piano. Por ejemplo, en cierta ocasión le preguntó a su padre qué se siente cuando se sale con un muchacho. El padre eludió la pregunta con una humorada; le dijo que una novia (date, que en inglés quiere decir "persona con la que se cita uno" y, a la vez "dátil") "como cualquier fruta", era despachurrada. La paciente no volvió a hacer preguntas de carácter sexual.

Otro aspecto de este mismo problema se reflejaba en lo que sentía la paciente por ser hija única. Cada vez que preguntaba por hermanos y hermanas, sus padres eludían responderle. Ser hija única no solamente significaba para ella que tenía que llevar una vida solitaria, sin compañía, sino era una prueba de que sus padres reprobaban la actividad sexual. En efecto, rara vez la practicaban. Cada vez que el terapeuta aludía a la intensa curiosidad de la paciente en lo tocante al sexo, ésta se agitaba y trataba de interrumpir bruscamente la conversación. En una ocasión,

acudió a la sesión armada con un martillo. Se irguió ante el terapeuta con el instrumento, y amenazó con pegarle si persistía en hablar de su tema tabú. El terapeuta contrarrestó esa negación del sexo con la observación de que él era masculino y le interesaban mucho las cosas sexuales. No podía evitarlo, así lo había hecho Dios. Gradualmente, aflojó la tensión de ella y se volvió menos beligerante. Diluyó su tensión a este respecto, intelectualizando todo el tema. Por ejemplo, en cierta ocasión lanzó todo un discurso acerca del papel de los genes en la especie humana.

Posteriormente habló de un sueño que había tenido. En él, la pared del consultorio tenía una gran variedad de fotografías de desnudos y se estaba llevando a cabo una desenfadada orgía. Al entrar la paciente, el terapeuta masculino le arrojó latas de cerveza vacías. Mientras hablaba de este sueño, la paciente sacó un juego de cartas decoradas con mujeres desnudas. Le rogó al terapeuta que no hablase de estas cartas con sus padres, pues se horrorizarían. Todavía más tarde, le contó al terapeuta un cuento que estaba escribiendo, en el que una estudiante de enfermería se enamoraba de un joven practicante médico. Habló de que estaba planeando una fiesta, una verdadera celebración. Un día se presentaría con una botella de champagne y ella y el terapeuta "se soltarían el pelo".

Sin embargo, inconscientemente, su reconocimiento del interés sexual iba aunado a la amenaza de agresión. En uno de tales momentos, la paciente cogió la mano del terapeuta y le hundió las uñas en la palma. El terapeuta le dijo que no sabía si lo que ella deseaba era tocarlo o arañarlo. Le indicó que aunque ella deseaba acercársele, la asustaban los impulsos que emanaban de ella y de él. La paciente reconoció que a pesar de que se sentía aterrada, también se sentía cada vez más segura con él, porque no la criticaba de ninguna manera. El terapeuta le indicó que podían hablar libremente de estos impulsos, sin necesidad de actuar de conformidad con ellos. Cada vez que desempeñaba uno de estos papeles con el terapeuta, se ponía a hablar de los problemas que tenía con su padre. Expresó su convicción de que al padre el sexo le daba tanto miedo como a ella. Reaccionaba con vituperios "contra este hombre". El terapeuta contrarrestaba la negativa de la paciente de desear tener algo que ver con el padre, llamando su atención sobre los intereses comunes, donde mucho se parecían el uno al otro. Ella imitaba del padre el uso de palabras cultas, su interés en la biología y su empleo de términos médicos. Poco a poco sus negaciones se fueron debilitando, y reconoció que sentía el deseo de estrechar relaciones con su padre.

En las sesiones familiares, prevalecieron los patrones característicos de la interacción familiar. Se actuó de acuerdo a ellas una y otra vez y de tal

manera, acabaron por ser totalmente predecibles. Cuando los miembros de la familia pasaban a ocupar sus lugares en el cuarto donde se hacían las entrevistas, la hija se sentaba en un extremo y el padre en el otro. Entre ellos se sentaban la madre y la abuela. Más tarde, cuando la abuela ya no asistía a las sesiones, era la madre la que mantenía separados a la hija y al padre. Como reveló claramente la serie sucesiva de interacciones, la madre y la abuela no sólo interponían sus seres físicos entre la hija y el padre, sino también sus pensamientos y palabras. Cada vez que la hija y el padre parecían poder desmoronar el muro que se interponía entre ellos, mediante un intercambio más directo de sentimientos, la madre o la abuela, o ambas, intervenían para estorbarlo. Cada vez reforzaban la barrera, recordándole a la hija el miedo que tenía a los hombres y al padre el rechazo de aquélla. Por ejemplo, cuando el padre mostró interés en ir con su hija a "Queendom" mediante un "pasaporte especial", la madre reforzó rápidamente el tabú contra los hombres. Instantáneamente sugirió que eso podría trastornar a la hija, que "Queendom" ya no sería como ésta quería que fuese, es decir, ya no se "prohibiría la entrada a hombres".

El terapeuta desempeñó un papel activo en lo que toca a contrarrestar la alianza de las dos mujeres mayores para imposibilitar todo intento de comunicación personal entre la hija y el padre. Empezó la tarea de poner a prueba la realidad del sentimiento de peligro catastrófico, compartido por el padre y la hija, ante cualquier relación estrecha entre ambos. En esta situación, la hija exhibió una ambivalencia característica. Osciló entre dos extremos: un repentino impulso que la llevaba a tratar de acercarse a él, seguida de un angustioso aislamiento, reforzado a menudo por un ademán de abandonar la habitación. A su vez, el padre exhibía una cualidad recíproca de conflicto ambivalente. También él mostraba por un momento una chispa de interés, seguida inmediatamente de retraimiento angustioso. Estaba tan asustado, que veía con muy buenos ojos que el terapeuta arreglase por él el contacto con la hija.

El terapeuta intervino de manera especial. En un momento oportuno surgió un reordenamiento de los lugares, para que la hija y el padre pudiesen sentarse el uno junto a la otra. Los invitó a que se mirasen cara a cara y expresasen sus sentimientos. Especialmente, incitó al padre a que saliese de su escondite, a que se mostrase como hombre y expresase directamente el afecto por su hija. La hija y el padre se miraron furtivamente, recelosos de los peligros del contacto, y mientras lo hacían, la madre y la abuela se interpusieron constantemente. Finalmente, provocado por estas repetidas invasiones, el terapeuta les dijo que se callaran para que la hija y el padre pudieran llegarse a conocer. A pesar de la timidez y el miedo de la hija y el padre, se hicieron algunos adelantos.

Poco a poco, la madre y el padre se unieron en una mutua preocupación por la hija, y él apoyó a la madre cuando ésta trató de hacer hincapié en sus diferencias con la abuela y en las buenas intenciones que tenía para con la hija.

Al producirse este cambio, se le presentó al terapeuta la oportunidad de prestar apoyo a la hija para que probase, contra la realidad, su equiparación fantástica del sexo y la violencia. La llevó a que preguntase a sus padres mas directamente si en aquella familia se permitía el sexo. A una pregunta tan brutal como ésta, tanto el padre como la madre reaccionaron con evasivas, diciendo: "espero que sí". Más adelante, el padre se mostró mas firme y contestó: "decididamente, sí". En este momento, la hija proyectó sobre el padre un profundo llamado emocional, para que reconociese que era humano, de carne y hueso. Se encaró con su "distancia", con su tendencia a actuar con ella como si él fuese un robot impersonal. Anhelaba que le mostrase interés afectuoso, cálido y personal.

Durante toda la terapia, el terapeuta desempeñó un papel activo. En la atmósfera emocional de la familia introdujo los ingredientes que faltaban: calor humano y afecto, aceptación natural y franca del sexo, vinculación del sexo y el afecto, e imágenes más adecuadas de los papeles familiares de hombre, mujer y niña. El primer paso consistió en inducir a los padres a reconocer la gravedad de la enfermedad de la hija. El paso siguiente fue compensar las intromisiones de la abuela y neutralizar su posesión regresiva y monopolizadora de la madre. Para conseguir esto, fue preciso lograr que se atenuase el miedo que le tenía la madre a la abuela, por considerarla omnipotente y omnisciente, como persona peligrosa; y también se requirió la sustitución de la abuela por el terapeuta como una mejor figura paternal. Para lograrlo, el terapeuta tuvo que competir con la abuela, como "abuelo" omnisciente y omnipotente, pero también prudente, benigno y bien intencionado.

De esta manera, la madre se fue liberando poco a poco de la unión simbiótica y absorbente con la abuela. El paso siguiente consistió en que el terapeuta contrarrestase el miedo que sentía la madre a los poderes letales del "monstruo masculino" agresivo, y en apoyarla de manera que se uniese al padre en el desempeño de un papel matrimonial y materno mas adecuado. Se corroboró el valor de la satisfacción sexual. Las prerrogativas masculinas del padre fueron reafirmadas. Después de año y medio de tratamiento continuo, la paciente perdió el interés en sus relaciones con Zena y "Queendom". Paulatinamente fue mencionando cada vez menos sus comunicaciones alucinatorias con los habitantes de ese planeta, y finalmente interrumpió por completo la mención de tales experiencias. Poco a poco pareció volver a ocupar su lugar en el espacio vital

y verdadero de su familia en la Tierra. Se vio con claridad que iba retirando más y más su interés del mundo psicótico, e invirtiendo cada vez más sentimientos en su lucha por encontrar un nuevo lugar en su familia terrestre.

Al mismo tiempo, comenzó de nuevo a asistir a la escuela. Se restableció su capacidad para concentrarse en los estudios y ya no volvió a reprobado. Trabajó mejor y alcanzó en efecto un promedio del 85.17%. Fue un cambio notable que causó el asombro de sus maestros. Espera terminar la segunda enseñanza para fines de año.

En otro nivel, mejoró las relaciones con sus iguales. Comenzó a hablar con los jóvenes de su grupo y estableció amistad con una muchacha. Pudo asistir a un baile de la escuela y mantener contactos con chicos y chicas. En el cuadro general, la paciente manifestó notable mejoría en el hogar, la escuela y la comunidad.

El siguiente diálogo textual, que se produjo a los doce meses de sesiones familiares conjuntas y después de 16 de tratamiento individual y familiar combinado, fue una entrevista de "continuación" llevada a cabo por el psiquiatra investigador y supervisor.

ENTREVISTA FILMADA. Registro textual

DR. A: Bien, Elena, ¿cómo te ha ido con el "viejo" estos días?

ELENA: (hablando con mucha vacilación) Yo... este... Yo... bueno, cuanto menos se habla, más se está de acuerdo.

DR. A: Quieres decir que si tú se pusiesen a hablar con toda libertad, ¿se meterían en un lío?

ELENA: (vacila antes de responder; empieza y se detiene)

DR. A.: ¿Más desacuerdos? ¿Más conflictos? ¿Más peleas?

ELENA: Bueno, sí.

DR. A.: ¿Es cierto eso?

ELENA: (al padre) Sabes que es cierto.

PADRE: Bueno, todavía no estamos absolutamente de acuerdo en todo, veámoslo así.

Comentario de evaluación

El terapeuta sigue poniendo a prueba el peligro que para la hija estrechar con el padre.

El padre utiliza la existencia de diferencias para fortificar la barrera emocional.

Entrevista filmada. Registro textual

ELENA: Bueno, regresó de Chicago. Todo anduvo a las mil maravillas durante un tiempo, pero cuando terminó de contarnos de Chicago, volvimos a la misma rutina de siempre.

DR. A.: ELENA: ¿Qué entiendes por rutina?

ELENA: El mismo cuento de nunca acabar.

DR. A.: ELENA: ¿La misma opresión,* dijiste? La misma rutina, el mismo cuento de nunca acabar.

¿Qué es eso del cuento de nunca acabar?

ELENA: Sabe usted lo que quiero decir. Se levanta uno en la mañana, va al trabajo, regresa a casa, come, ve televisión, se mete uno a la cama, y vuelta a empezar. Ya sabe lo que quiero decir.

DR. A.: ELENA: ¿Quieres decir que él es como una máquina?

ELENA: ¿No estamos todos en este moderno, caótico ... todo lo demuestra ...

DR. A.: ELENA: ¿Quieres decir que en este mundo moderno, caótico, en el que vivimos, las personas ya no son seres humanos? ¿Que nos hemos vuelto todos unas máquinas?

ELENA: En cierta manera, lo somos. Bien, hay máquinas en "Queendom", pero aquí en la Tierra, yo no me considero máquina. ¿Soy yo máquina?

DR. A.: No. Sientes un poco de aversión contra alguien en la familia.

ELENA: Sí, hay algo que no tolero. No sé lo que es.

Comentario de evaluación

El uso del término opresión por parte del terapeuta fue perfectamente intencional. A propósito, está reforzando la quejas de la hija contra el padre.

La paciente se pierde al tratar de extender la deshumanizada calidad de su padre a toda la sociedad.

El terapeuta aplica la fuerza emocional del término aversión para agudizar la conciencia, en todos, de la incapacidad que tiene la hija para tolerar la pérdida de calidad humana en sus padres.

* *En inglés, grind: cuento y gripe: opresión.*

Registro textual

DR. A.: ¿Estás hablando en inglés (la palabra no se entiende) ?

ELENA: Creo que estoy tosiendo y espectorando todo.

DR. A.: Bueno, tan pronto como te hago bajar del elevado nivel de generalización, tan pronto como te saco de la atmósfera de "Queendom", cuando te traigo a la Tierra y a tu familia, empiezas a toser.

ELENA: No sé que decirle.

DR. A.: Te estoy haciendo una pregunta sencilla: ¿están los tres juntos ahora? ¿Son tres para uno y uno para todos, o están divididos?

ELENA: Bien, diría que todavía estamos muy... bueno, creo que hay más unidad que la que había la última vez que nos vio, pero aún no estamos del todo (no se entiende de aquí en adelante) .

DR. A.: ¿Quieres decir que las piezas del rompecabezas no encajan como es necesario, para hacer el dibujo?

ELENA: Sí, pero hay un poco más de armonía que la que existía la última vez que lo vi.

DR. A.: Bueno, eso es algo.

ELENA: (interrumpiendo) Pero no es un ciento por ciento, no lo es. No soy perfeccionista.

DR. A.: Me conformaré con un poco de mejoría. ¿Aceptarías algo que fuese un poquito mejor?

ELENA: Sí.

DR. A.: De manera que hay un poco más de unidad, un poco más de armonía, desde que mandamos de paseo a la abuela.

ELENA: Sí.

Comentario de evaluación

La tos de Elena es provocada por la tensión, y significa el esfuerzo inconsciente que hace por expeler un objeto (masculino) que amenaza con una invasión peligrosa.

El terapeuta desplaza el hincapié exclusivo en la unión con el padre, hacia la unión con toda la familia.

Los miembros de la familia no armonizan de manera que satisfaga las necesidades de la paciente.

El terapeuta identifica al miembro de la familia (la abuela) que concentra la obstrucción de la integración emocional de la siguiente generación de la familia.

DR. A.: Dijiste hace rato que querías que se casara. ¿Quieres deshacerte de ella?

ELENA: Bueno, no. .. bueno, no sé. Creo que lo poco que la vemos ahora es más que suficiente; porque después de todo, necesita una familia ahora que ha enviudado y está sola... usted entiende, bueno, usted sabe, le habla por teléfono a Ramona (la madre). Bueno, se está haciendo de más amigos ahora; ojalá pudiese decir lo mismo de mí.

DR. A.: Bien, la abuela ya se ha ido de tu casa y vive en un apartamento propio; pero todavía forma parte de la familia

DR. A.: Sí, se va a las tiendas que hay por donde vive, se siente un poco más contenta. Va a ellas y se siente un poco más animada. Me parece que no te sentirás verdaderamente a salvo hasta que hayas conseguido que se case la abuela.

ELENA: Con alguien que viva en California, quizá.

DR. A.: Bien, recuerdas que hemos hablado de eso. La abuela dijo que le estabas consiguiendo un novio. Que desempeñabas el papel de un casamentero. (El padre se rie.) Que le ibas a amarrar a un hombre. ¿Sigues trabajando en ese propósito?

MADRE: Bien, para decirle la verdad, todavía no veo que la abuela desempeñe en esto un papel tan importante; y lo digo porque lo creo sinceramente. Nos deshacemos de la abuela, pero esta relación (padre e hija) sigue siendo la misma, aunque esté ella (la abuela) en la casa o no. Su manera de reaccionar el uno hacia la otra es absolutamente la misma. Cuando vivíamos en Albany ocurrió lo mismo, y ahí no estaba la abuela. Cuando vivimos en muchos lugares, a gran distancia de la abuela, ocurrió lo mismo. No digo que la abuela no sea entrometida o algo por el estilo. Bueno, sí.

Pero no hasta el extremo... Exagero.

La paciente deja entrever emociones de ambivalencia y culpabilidad, en lo concerniente a la exclusión de la abuela.

La paciente quiere que la abuela se vaya muy lejos.

El padre se une a la hija en la satisfacción hostil, medio en broma, que les produce exilar a la abuela.

Esta es la primera intervención de la madre en la conversación. Defiende patentemente a la abuela (encubiertamente, se defiende a sí misma) de la acusación de entrometerse en la relación entre la hija y el padre.

DR. A.: Tu papá tiene razón, tú eres la mojigata.

ELENA: No sé. Tengo la impresión de que puedo hablar de bonos y acciones, de sus planes de retiro, de las pensiones por ancianidad ...pero, pero ¿del sexo... sabe usted... quiero decir... ? ¿De hombres y mujeres... ? Usted sabe lo que quiero decir.

DR. A.: Bien, ¡hazle una pregunta!

PADRE: Cuando me haces preguntas, ¿me hago el desentendido?

ELENA: ¿Que si las esquivas?

PADRE: Bueno, ¿alguna vez te informé mal?

DR. A.: Si lo hizo.

PADRE: ¿Yo?

DR. A.: Te lo recordaré, Elena. Una vez me contaste que le habías preguntado a tu papá qué se sentía al acudir a una cita (date, que también es dátil, en inglés).

ELENA: ¿Hice yo esa pregunta?

DR. A.: Sí. Me dijiste que tu papá te había hecho una broma. Que te dijo que una date es como una fruta, que se le apachurra.

ELENA: ¿Se hizo tonto con la verdad?, ¿la ignoró?

DR. A.: Sí. ¿Te gustaría hacerle la misma pregunta de nuevo?

ELENA: Yo, bueno... no sé, porque... es... no es... ¡caray!

DR. A.: Bueno, ¿quieren pasar a la biblioteca, por favor? (A los padres.)

MADRE: Iba a mencionar que él (el padre) se siente avergonzado si ella (la hija) lo toca, y yo creo que eso le da a ella un sentimiento de incapacidad y de duda acerca de cómo actuar con otros chicos; porque cada vez que lo toca, de cualquier manera, él se encoje.

DR. A.: ¿Es verdad eso, padre? ¿Se encoje cada vez que Elena lo toca?

MADRE: Creo que eso es muy importante.

ELENA: Claro, se cambia de sofá. MADRE: Bueno, probablemente cree que si con él pasa eso, ¿qué no pasará con otros chicos?

DR. A.: ¿Cómo actúa cuando usted (la madre) lo toca?

MADRE: Bueno, de ninguna manera así. Se siente adulto conmigo, pero considera que ella debía sentirse a gusto con los chicos, no con su propio padre.

DR. A.: Entonces, cuando usted toca al padre, él no se aparta.

MADRE: No, porque siente que la relación es correcta.

DR. A.: Eso es correcto, pero cuando su hija lo toca a usted, entonces es incorrecto. ¿Así lo siente usted, padre? Pues bien, es diferente cuando Elena lo toca.

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 311 A LA 331 ESTÁN INTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD.**

COMENTARIO

Hemos descrito una aguda reacción psicótica en una chica de 16 años, estudiada y tratada dentro de la matriz de su grupo familiar durante un periodo de 18 meses. En este caso, algunos de los rasgos primarios de la experiencia psicótica resultaron

reversibles. Durante el periodo de terapia, la paciente estuvo entrando y saliendo de su mundo psicótico. La tendencia dominante consistió en desplazarse del mundo psicótico en el espacio, hacia el espacio de la vida real en su familia terrestre. En relación con esto, hay que reflexionar acerca de varias cuestiones importantes.

La reacción psicótica de esta joven paciente, germinó en un conjunto de relaciones familiares perturbadas. ¿Conforme a qué criterio podemos definir la perturbación de esta familia? ¿Cuáles son los componentes de este trastorno, que resultan específicamente patógenos para la paciente y guardan una relación directa con la precipitación de una psicosis manifiesta? ¿Y qué otros componentes patógenos de esta familia son relativamente inespecíficos para la psicosis, pero tienen otras consecuencias en la salud emocional de la familia como tal, y en los miembros como individuos?

Tratemos primero de discernir aquellos componentes patógenos de la constitución de este grupo familiar que pueden guardar relación directa con el desarrollo de la psicosis en la hija. La estructura emocional de esta unidad familiar nos reveló una pareja, la madre y la abuela, regresivamente unidas como una sola persona y que afirmaban poseer una rectitud, una bondad y un espíritu de sacrificio exagerados, que defendían tenazmente. La calidad de esta unión era tal, que requería la expulsión de un elemento peligroso y malo. En primer lugar, a este elemento malo se le dio el epíteto de "monstruo masculino", o sea, el padre, al que se vio como un extraño peligroso, pues interfería el vínculo de las dos mujeres, mediante el sexo y la agresión. El sexo mismo se equiparó a violencia. Se redujeron notablemente los contactos sexuales y corporales en general. La todopoderosa abuela regente, convirtió en tabú la verdadera unión sexual del padre y la madre. Se simbolizó al sexo como una fuerza sucia, destructora y contaminante, y se le disoció del afecto y el calor humanos. Para salvar su propia vida, el padre se unió a las dos mujeres contra la hija única. No le proporcionó a ésta el antídoto necesario para contrarrestar la fuerza invasora y destructiva de las dos mujeres mayores.

La hija simbolizaba al elemento extraño y peligroso en esta familia. Se convirtió en la "mala simiente" y fue expulsada. No le quedaron más que dos salidas posibles: retirarse a un mundo psicótico o suicidarse. En cualquiera de los dos casos, el resultado final sería la autodestrucción; se sometería a la aplastante fuerza expulsiva de la familia y se la haría desaparecer del mapa.

En los procesos de interacción observados en la entrevista familiar, se notó que, cuando la madre y la abuela cobraban vida, es decir, cuando hacían valer su dominio agresivo de la situación, la paciente tendía a morir emotivamente, a retraerse. Cuando, por contraste, el terapeuta apoyaba a la paciente contra la fuerza invasora de las dos mujeres, aquélla cobraba vida. De manera similar, cada vez que Elena se expresaba con animación, las mujeres mayores parecían extinguirse. En este marco, el padre parecía estar paralizado y perdido. Pasivamente, hacía lo que indicaba el terapeuta, de manera sumisa, para congraciarse, o llevaba a cabo un débil y breve intento de ponerse del lado de su hija, esfuerzo que no podía sostener sin contar con el apoyo activo del terapeuta. Así pues, cuando una parte de la familia elevaba su voz agresivamente, la otra se extinguía y moría, y viceversa. En relación con esto, es interesante especular acerca de la diferencia esencial que podría existir entre la calidad de las interacciones emocionales de la familia en la que se genera un miembro psicótico, y aquélla en la que se producen neuróticos principalmente: la familia neurótica establece implícitamente el tabú de que el hijo no debe ser diferente; mientras que en la familia de un psicótica, el tabú es: el niño no debe ser. Esta familia tiene un miedo oculto a la nueva vida, un prejuicio contra el nacimiento, el crecimiento, el movimiento, y todo lo que es novedad en la vida. Este niño perdió el derecho a respirar; fue asfixiado.

En el caso que ha sido presentado, resulta muy interesante la posible significación diagnóstica del esquema de relaciones humanas que la paciente trazó para su universo psicótico en "Queendom". Las normas sociales que ideó para su comunidad psicótica, situada en el espacio exterior, parecen proyectar una larga sombra sobre las deformaciones patógenas de su familia real, en la Tierra. Es fascinante especular sobre el significado del contraste entre el modo de vida en "Queendom" y el de su familia terrestre. ¿Qué puede significar este contraste para el proceso patológico mismo? ¿Qué podemos inferir útilmente del choque de valores, dramatizado en el contraste de los dos mundos? ¿Qué cosas son iguales, y cuáles son diferentes, en los dos universos? En "Queendom", la paciente diseñó un modo de vida que mezclaba elementos de su familia terrestre con otros elementos de cambio, que ella parecía necesitar como defensa contra la ansiedad desintegradora de su enfermedad. En su mundo psicótico, rehizo la vida de manera especial y alteró todo el sistema de valores de la comunidad en "Queendom". Para decirlo en pocas palabras, quitó todo lo peligroso y feo que había en su vida familiar terrestre, e introdujo formas mágicas de autoprotección. "Queendom" representó un esfuerzo en pro de la reparación mágica, un intento de compensación. Borró las amenazas terrestres, pero más allá de eso, no señaló el camino hacia el crecimiento y la salud. Sin embargo, era más soportable que el patrón de vida de su familia terrestre. Consideraciones como éstas tal vez vengan al caso cuando tratamos la correlación entre las deformaciones interaccionales del grupo familiar y el desarrollo de la psicosis en un hijo único.

Surge otra cuestión: ¿cuáles son los componentes del trastorno patógeno existentes en este grupo familiar, y que resultan relativamente inespecíficos para el desarrollo psicótico en un vástago, aunque tengan amplias consecuencias en las restantes personalidades no psicóticas de la familia? En esta sociedad conyugal, existe una coincidencia consciente en la búsqueda de los fines de la seguridad, la armonía, la fidelidad y las tareas intelectuales. Sin embargo, existe una profunda contradicción entre la búsqueda consciente de valores que realiza esta pareja, y su modo real de vida. El pretexto consciente de la paz y la armonía no es muy sólido. Virtualmente, es una ficción. En realidad, el matrimonio se sujeta a un patrón rutinario, mecánico, estático, semimuerto. La relación de la pareja carece extraordinariamente de vitalidad y crecimiento. En el esfuerzo obsesivo y conjunto, para controlar los peligros de la agresión desenfrenada, el sexo y la espontaneidad de expresión se reducen a un mínimo. Es patente que una ansiedad fundamental compartida, concerniente a la destrucción, invade a toda la familia y constriñe rígidamente los horizontes de su desarrollo. Las metas de la satisfacción sexual y del crecimiento de la familia, en términos de un hijo, son casi totalmente sacrificados en aras de la pura supervivencia. En este ambiente, la salud emocional de todos los miembros se resiente. La abuela queda fijada al papel de perseguidora martirizada. La madre queda anclada en una existencia obsesivamente vacua. El padre, gravemente castrado, se desenvuelve en medio de una preocupación, distante, mecanizada y estática por cuestiones intelectuales. A la hija no se le ha dado el derecho de comer, respirar, ni crecer.

En una familia de este tipo, se observa una estructuración progresiva de papeles patógenos; la abuela en el papel de perseguidora; la madre en el de hija-esposa crónicamente inmadura, que proyecta sobre su única hija tan sólo una preocupación ritual; el padre, en el papel potencial de protector y rescatador de la hija, pero demasiado impotente y asustado como para ser realmente eficaz. Por consiguiente, en este grupo familiar no existe una integración efectiva de ninguno de sus miembros en un papel de árbitro de los conflictos familiares, ni una integración efectiva de alguien en un papel creativo o de crecimiento. Solamente hay un reforzamiento progresivo de un patrón patológico de prejuicios, conversión en chivo expiatorio, conversión de la hija y el padre en víctimas, y una fuerza creciente hacia la regresión.

Teniendo presentes estas tendencias patógenas, la terapia se propuso alcanzar los objetivos siguientes:

a) Romper la alianza simbiótica regresiva de la madre y la abuela. b) Contrarrestar el papel de la abuela que actuaba como destructora omnipotente; extinguir sus hipócritas pretensiones de tener siempre la "razón" y amar a la nieta más que los propios padres.

c) Destetar a la madre de la abuela, eliminando su necesidad de hacerse cómplice de ésta; alentarla para que aceptase al "monstruo masculino" y, por vez primera, se

le uniese en matrimonio; contrarrestar la imagen del sexo como símbolo de violencia.

d) Unirse al padre y fortalecerlo para que desempeñase el papel de "árbitro familiar", a fin de proporcionar el necesario antídoto de la invasión destructiva de la madre y la abuela.

e) Averiguar si las relaciones familiares son interesantes o importantes -supongo que todo el mundo está de acuerdo en esto- sino más bien establece desde qué punto de vista y para qué fines psicoterapéuticos puede resultar útil el contacto con unidades familiares.

e) Salvar a la hija y al padre de sus papeles de chivos expiatorios. f) Inducir a la madre y al padre a que aceptasen a su hija.

g) Vencer el miedo al contacto táctil entre la madre y el padre.

h) Permitirle a la hija que tocase al padre de diferente manera, neutralizando de tal forma el miedo al incesto y a la violencia.

i) Inducir a los padres a que reconocieran el valor del crecimiento, del crecimiento emocional franco y libre; neutralizar su idea de que la hija era la "mala simiente"; apoyar a ésta para que descubriese un papel

sano de hija en la familia; proteger su derecho a nacer, crecer, a asimilar una imagen natural, y no omnipotentemente destructiva, de la unión sexual y la procreación de hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, N. W. (1960). Family-focused therapy of schizophrenia. En S. C. Scher y H. R. Davis (dir.) *The out-patient treatment of schizophrenia*. Nueva York: Grune & Stratton, págs. 156-173.

Ackerman, N. W. (1961). Schizophrenic patient and his family group. En M. Greenblatt, D. J. Levenson y G. L. Klerman (dir.) *Mental patients in transition*. Springfield, Ill.: Thomas, págs. 273-282.

Ca p. 7 ALGUNAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA TERAPIA FAMILIAR EXPLORATORIA

LYMAN C. WYNNE

Características de la terapia familiar exploratoria, 339.

Terapia familiar exploratoria en el NIMH (National Institute of Mental Health), 341. Indicaciones generales para la aplicación de la terapia familiar exploratoria, 343. Algunas sugerencias para el entrenamiento y la orientación de terapeutas familiares potenciales, 372.

Referencias bibliográficas, 374.

Abordo este problema con espíritu de investigador, y no con la intención de hacer declaraciones doctrinarias o promulgar un partidismo ideológico en pro de la terapia familiar. Antes que nada, permítaseme aclarar que no considero que la terapia familiar sea una panacea psiquiátrica, pues para mí es solamente un valioso complemento de nuestro repertorio psiquiátrico. Por una parte, considero que la terapia familiar es el tratamiento indicado en determinadas condiciones que trataré de señalar. Por otra parte, algunas limitaciones, intrínsecas a la terapia familiar unas, y otras impuestas por causas externas y prácticas, restringen la gama de problemas para los cuales es adecuado este modo de tratamiento. Otro tanto puede decirse de todas y cada una de las formas de tratamiento psiquiátrico; gracias a la investigación de las condiciones especialmente propicias y desventajosas para el uso de tal procedimiento o enfoque, podremos llegar a ser más específicos y abarcar más que en la actualidad, cuando formulemos recomendaciones de tratamiento.

SUPONGO QUE TODOS LOS PSICOANALISTAS y los terapeutas que se inclinan por la psicodinámica sienten un profundo interés en la comprensión de las relaciones familiares. Desde que Freud describió la constelación familiar en función de la situación edípica, el proceso psicoanalítico ha incluido entre sus tareas fundamentales el desenredar la madeja de relaciones familiares actuales y pasadas. Sin embargo, en el tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico individual, la preocupación fundamental tiene por objeto las representaciones intrapsíquicas internalizadas de las relaciones familiares del paciente, en vez de la observación directa y el estudio de las transacciones familiares reales y presentes. En este capítulo tomaré en cuenta algunas de las circunstancias en que un trabajo psicoterapéutico directo, con unidades familiares a las que se vea conjuntamente, puede ser el indicado o, por otra parte, lo contraindicado.¹ El problema que planteo no consiste en

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA FAMILIAR EXPLORATORIA

En este capítulo me ocuparé especialmente de las indicaciones y contraindicaciones que presenta una de las formas de terapia familiar: la terapia familiar conjunta, exploratoria y a largo plazo, utilizada como modo terapéutico primordial. Este tratamiento pone de relieve algunas potencialidades y características especiales de la entrevista familiar conjunta, que se mantienen latentes o enmascaradas en el trabajo con familias, el cual resulta menos intensivo y prolongado. Como indica la expresión, la terapia familiar exploratoria se apoya considerablemente en la exploración y esclarecimiento de la naturaleza y orígenes de los problemas familiares, como medio para resolverlos. Las transacciones inmediatas y actuales de los miembros de la familia, entre sí y con los terapeutas, son consideradas como los datos de punta de partida más significativos que deben ser investigados y comprendidos.

La terapia familiar exploratoria, sobre todo si es prolongada e intensiva, se facilita mucho cuando es posible disponer de una "escena" de tratamiento sólidamente estructurada. Ésta debe incluir un programa de consultas regulares y la asistencia regular de los participantes. Comprende también una "cultura terapéutica" inducida por los terapeutas, en la cual las sesiones conjuntas se van convirtiendo gradualmente en un

1 La mayoría de las ideas y las observaciones que presentaré, las he ido recogiendo en las discusiones sobre problemas de terapia familiar con los colegas, los miembros del personal y los consultores del NIMH; sobre todo con los doctores Juliana Day Franz, Irving M. Ryckoff, Leslie Schaffer, F. Gentry Harris, Alexander Halperin, Harold Searles, Roger Shapiro, y el señor Stanley Hirsch y la señorita Carol Hoover. Les agradezco sus valiosas aportaciones a mi pensamiento, pero no hay que suponer que hayan estado de acuerdo con todas y cada una de las cosas que diré aquí.

lugar seguro y en el momento ideal para expresar directa y verbalmente sentimientos que de otra manera hubieran sido bloqueados, desplazados, o hecho erupción en forma de acciones.

El objeto de la terapia familiar exploratoria consiste en establecer un ambiente de tratamiento, dentro de cuyos límites la interacción tenga lugar de la manera más libre que sea posible. En estas condiciones, se pondrán de manifiesto los estilos familiares de comunicación, sin exceptuar los patrones de control y organización de la interacción, así como los modos de desorganización y de experimentar desconexión. Quienes participan no se dan cuenta de muchos (o la mayoría) de los patrones recurrentes de interacción, pues están atrapados en su perpetuación. Esto puede decirse especialmente de los intercambios no verbales y de las secuencias en que tiene lugar la interacción. Ningún miembro de una familia puede darse cuenta del patrón recurrente, conforme al cual, por ejemplo, la madre se vuelve confusamente desorganizada y pasa a ocupar el centro de la atención, inmediatamente después de que el padre y la hija han estado intercambiando miradas recíprocamente solícitas. Aquí, el terapeuta o los terapeutas añaden un nuevo ingrediente al ser capaces de hacerse a un lado, de cuando en cuando, de los patrones de interacción, para luego hacer comentarios sobre ellos.

Especialmente en las primeras fases de la terapia familiar exploratoria, gran parte de la actividad del terapeuta consiste necesariamente en ayudar a la familia a percartarse de su conducta inmediata, presente; a darse cuenta de las cadenas y los patrones de que se valen para expresarla. Como técnica terapéutica, esta actividad del terapeuta no constituye una interpretación, en la acepción psicoanalítica del término sino una aclaración. Al igual que en el psicoanálisis, los comentarios del terapeuta pueden hacer consciente aquello que había estado fuera de la conciencia; pero en la terapia familiar, la atención se concentra más en lo inadvertido, pero observable, que en lo inadvertido, pero inferible.

En algunas ocasiones, especialmente en las últimas etapas de la terapia, el terapeuta familiar puede expresar útilmente algunas inferencias acerca de motivos inconscientes y de vínculos entre los acontecimientos presentes y pasados. Sin embargo, la mayor ventaja que ofrece la terapia familiar exploratoria consiste en permitir un uso máximo de datos de las interacciones observables directamente y de la influencia inmediata de la interacción. En esto incluyo la influencia que se ejerce sobre la propia experiencia subjetiva del terapeuta, cuando entra en contacto con las diversas facetas de la familia. En la mayoría de las familias la discusión del pasado es un ejercicio intelectualizado, salvo cuando se ha llevado a cabo primero un considerable trabajo, tendiente a comprender y advertir la experiencia presente y la interacción dentro de las sesiones mismas.

resumen, puede decirse que la terapia familiar exploratoria difiere en su hincapié de otras formas de entrevista familiar conjunta: el diagnóstico familiar es un precursor necesario, evaluativo de la terapia familiar exploratoria. El estudio diagnóstico podrá abarcar visitas domiciliarias, tests psicológicos, historia clínica y entrevistas con miembros de la familia y diversos subgrupos familiares. Sin embargo, el objetivo de las entrevistas familiares conjuntas, entendidas como parte del diagnóstico de la familia, no es proporcionar tratamiento definitivo, sino ayudar a formular una buena estrategia de tratamiento, que puede incluir o no una terapia familiar exploratoria amplia. Sea como fuere, un proceso diagnóstico como el mencionado requiere una mirada relativamente breve a los diversos patrones familiares, sin tratar de estabilizar una estructura de tratamiento para su exploración pormenorizada y su resolución.

Las tareas de aconsejar al matrimonio y a la familia se cumplen de diversas maneras, que van desde la psicoterapia de orientación psicoanalítica, pasando por el escuchar sin ejercer una dirección y el dar con seños, hasta la manipulación de los arreglos de la vida diaria. Por lo común, aun cuando las reuniones familiares conjuntas están comprendidas en el proceso que incluye dar consejos, la estrategia primordial del tratamiento no consiste, como en la terapia familiar exploratoria, en observar directamente la interacción intrafamiliar y comprender su estructuración y dinámica.

Las entrevistas familiares conjuntas, aunadas a la terapia individual, pueden resultar útiles en situaciones especiales, pero difieren en su orientación de la terapia familiar exploratoria, en la cual se hace un esfuerzo para examinar el equilibrio general de la familia. Considerando los fines de la terapia familiar exploratoria, las dificultades que presenta un miembro de la familia en particular no constituyen el foco de atención permanente (aunque los sentimientos o la conducta de un individuo pueden ser un foco transitorio, a fin de ilustrar y comprender algún aspecto de un patrón que es compartido con otros miembros de la familia).²

TERAPIA FAMILIAR EXPLORATORIA EN EL NIMH (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH)

La mayoría de las observaciones y sugerencias que contiene este capítulo resultan del programa de Estudios de la Familia, realizado en el National Institute of Mental Health. Se podrán comprender mejor, des

² Otras observaciones acerca de las características especiales de la terapia familiar exploratoria han sido descritas previamente por Wynne (1961), y Schaffer, Wynne, Day, Ryckoff y Halperin (1962).

pués de proporcionar una descripción breve del aspecto clínico del programa. Por lo común, las familias que están sujetas a tratamiento constan de dos padres y de sus vástagos adolescentes o jóvenes adultos. En la generalidad de los casos, uno de los hijos fue señalado por el médico que lo remitió, o la familia, como el "paciente", debido a ciertos síntomas esquizofrénicos o neuróticos por los cuales pudo haber estado hospitalizado durante semanas, e incluso años. También participan otras personas, cuando se considera que están dentro de las "fronteras psicológicas" de la familia, concepto del que hablaremos más adelante.

Por lo general, en el programa del NIMH trabajaban dos terapeutas con cada unidad familiar. Sin embargo, a modo de variantes, hemos ensayado la terapia familiar con un solo terapeuta y con tres. Todos ellos están orientados hacia el área de la psicodinámica; algunos son psicoanalistas; otros son psiquiatras que están en las últimas etapas de su entrenamiento; o bien psicólogos clínicos o trabajadores sociales psiquiátricos. Lo más común es que un psiquiatra también proporcione terapia individual al paciente, trabaje con otro psiquiatra o con un trabajador social psiquiátrico, que no tenga contacto individual con el paciente.

A fin de recabar ideas acerca de la utilidad de diversas combinaciones de las terapias individual y familiar, por una parte hemos ensayado la atención de los miembros de la familia solamente durante la terapia familiar conjunta, sin aplicar terapia individual a ninguno de ellos, y por otra parte, hemos atendido a cada miembro de la familia en sesiones de terapia individual, además de proporcionar terapia familiar conjunta.

La mayoría de las familias son tratadas en sesiones de una hora, dos veces a la semana; pero a otras se les puede atender una o tres veces en ese mismo periodo. Aunque casi todas las familias reciben el tratamiento al menos una sola vez en su hogar, durante la evaluación inicial de los planes de tratamiento las sesiones de terapia familiar regular se efectúan en las habitaciones destinadas para las entrevistas en el hospital. A cada familia que ingresa en el programa NIMH se le informa que las reuniones se graban en cinta magnetofónica por rutina, y que pueden ser observadas a través de una cámara de Geissel por otros profesionales, a quienes los terapeutas siempre conocen.

En mi calidad de terapeuta o supervisor en este ambiente del NIMH, he observado la terapia familiar conjunta en aproximadamente sesenta familias, aparte de las consultas y sesiones de evaluación. Además, he trabajado con otras familias y parejas conjuntamente, como parte de una práctica más convencional y fuera del marco de la investigación. El tiempo máximo de tratamiento de una familia mediante

la terapia familiar conjunta, ha sido de cinco años, apegándome casi siempre a un programa de tres consultas por semana.

Aunque esta experiencia en materia de terapia familiar ha sido muy amplia, no debe considerarse como un instrumento de evaluación sistemática de la terapia familiar, tomando ésta como una técnica. La investigación sistemática realizada en el NIMH, dentro de la serie de estudios de la familia, ha concentrado su atención en la dinámica familiar en relación con la psicopatología, especialmente con la esquizofrenia, y no en la técnica o los resultados de la terapia. Nuestros estudios clínicos más exploratorios se han valido de diversos procedimientos de tratamiento - entre los que figura la terapia familiar exploratoria-, de los que esperamos una utilidad terapéutica y un mejoramiento de nuestra comprensión de la dinámica familiar. Por tanto, las ideas aquí presentadas constituyen una decantación de impresiones clínicas que necesitan nuevas evaluaciones y están sujetas a revisión y ampliación, aunque son lo suficientemente amplias como para permitir la comparación con la experiencia de otros.

INDICACIONES GENERALES PARA LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR EXPLORATORIA

A manera de generalización preliminar, diremos que la terapia familiar exploratoria puede resultar apropiada para el esclarecimiento o la solución de cualquier dificultad en la relación intrafamiliar. Al usar la expresión "dificultad en la relación", me refiero a los problemas que surgen en los patrones de transacción en la interacción recíproca de los miembros de la familia, a los cuales cada persona contribuye un poco, ya sea de manera colusiva o abierta.

Sólo transitoriamente las relaciones humanas carecen de "estructura" o se apartan de cierto patrón; de manera que la anterior especificación excluye únicamente aquellos problemas familiares determinados por catástrofes o enfermedades nuevas o no recurrentes. Desde el punto de vista práctico, un enfoque no exploratorio será el indicado para enfrentarse a los acontecimientos inmediatos a tales crisis. Sin embargo, la mayoría de las crisis psiquiátricas intrafamiliares parecen formar parte de un patrón recurrente o continuo, que puede explorarse provechosamente en la terapia familiar conjunta. Además, la manera como una familia reacciona ante cualquier tipo de crisis puede tomar la forma de inadaptación crónica aun cuando el contenido inmediato de dicha crisis sea nuevo.

Los problemas de relación intrafamiliar presentan siempre aspectos intrapsíquicos comunes, así como raíces intrapsíquicas y de relaciones en el pasado. En mi opinión, es razonable tratar los aspectos intrapsíquicos mediante procedimientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos individuales

y tradicionales, a veces después de un periodo de diagnóstico o terapia familiar conjunta. Es igualmente lógico, aunque no se acostumbra, tratar los aspectos de la relación intrafamiliar por medio de la terapia familiar conjunta, en ocasiones después de un periodo de estudio de diagnóstico o una terapia individuales.

En virtud de que la transferencia queda establecida comúnmente en el tratamiento psicoanalítico individual, diversas manifestaciones de las primeras relaciones familiares del paciente se reactivan, caen en el foco de observación y pueden ser sometidas al escrutinio analítico. Sin embargo, es evidente que existen estados psiquiátricos en los que no se establece en lo más mínimo, o únicamente con ciertas dificultades, una relación de transferencia útil. Para algunos de estos estados, que señalaré concretamente, la terapia familiar exploratoria ofrece un enfoque preferible o sustitutivo.

Según mi opinión, en términos generales debería considerarse la idoneidad de la terapia familiar exploratoria para el tratamiento de los problemas de relación, en los que todos los participantes miembros de la familia tienen un interés vital y continuo, tanto a nivel consciente como inconsciente. Teóricamente, cada miembro de la familia debería dedicar una parte de su vida a deshacerse del problema que comparte con otros, o bien a esquivarlo.

El grado de involucramiento se estima mejor por medio de una serie de sesiones conjuntas, que se efectúan a manera de diagnóstico o ensayo, antes de decidir un plan para llevar adelante la terapia familiar exploratoria de manera amplia. En el programa del NIMH, como rutina dedicamos los dos o, tres primeros meses a la evaluación de diversos enfoques posibles del tratamiento de una familia. A veces desde el primer contacto se cuenta con declaraciones explícitas acerca de la existencia de un problema de "relación". En otros casos, tal problema puede inferirse de la manera en que algunos miembros de la familia actúan "en nombre de otro". Cualquiera de estas indicaciones puede fundamentar el establecimiento de sesiones iniciales de evaluación conjunta. Estas sesiones nos ofrecen la oportunidad de reflexionar acerca de la clase de expectativas recíprocas que mantienen los miembros de la familia, y de establecer si ésta, en su conjunto, está enredada en un problema para cuya solución convendría una terapia conjunta más extensa.

Por lo común, es más fácil organizar las sesiones de evaluación conjunta a principios de la terapia, que hacerlo en fechas posteriores. Generalmente, pedimos a toda la familia que se reúna en la primera sesión; luego podemos llevar a cabo entrevistas de evaluación con individuos, parejas o subgrupos familiares, no

obstante lo cual se puede retornar fácilmente a la terapia con la familia, tomada como unidad. Si se establece primero una relación terapéutica intensa con un miembro de la familia, y no ha existido un contacto temprano y evaluativo con la familia, considerada como unidad, tanto el terapeuta como la familia, tropezarán probablemente con dificultades más tarde, al cambiar su orientación y dirigirla hacia los patrones generales de la familia y a los problemas familiares compartidos.

En general, resulta estéril emprender la terapia familiar exploratoria cuando las sesiones de evaluación conjunta indican que el problema no tiene significado emocional y conductual, ni consecuencias actuales para los miembros de la familia. Por ejemplo, se carece de fundamento suficiente para una terapia familiar exploratoria activa cuando algunos de los miembros de la familia tan solo pueden aportar datos históricos del problema, que son narrados con toda cortesía. Las dificultades en las relaciones o interacciones familiares comunes, tal como se presentan en las propias sesiones conjuntas, sirven de trampolín para la terapia familiar exploratoria.

Aun en las sesiones conjuntas, uno o más miembros de la familia podrán parecer al principio indiferentes, como si año les afectase el problema. Otros podrán acudir a las sesiones conjuntas iniciales, refunfuñando o asintiendo sólo de labios para afuera. Puede resultar engañoso el contenido literal de estas formas iniciales de interacción. Si el terapeuta insiste en el enfoque familiar exploratorio a manera de ensayo, tal vez encuentre que la aparente indiferencia o los refunfuños disfrazan un profundo interés.

Una de las maneras en que el terapeuta puede comenzar a explorar tal conducta inicial, consistirá en preguntarse si la persona está expresando tal vez los sentimientos o deseos no manifiestos de otros miembros de la familia, así como de ella misma. En efecto, el terapeuta plantea la cuestión de si los refunfuños, el sometimiento, el silencio, etcétera, cumplen un propósito o una función para la familia en su conjunto. Por ejemplo, puede representar una forma de tener a raya, o de incorporar al terapeuta "extraño". Esta indagación puede conducir a la reflexión sobre los sentimientos y las dificultades que puedan tener los miembros de la familia, en lo tocante a establecer relaciones que rebasen las fronteras psicológicas familiares. Asimismo el terapeuta puede observar que su propia interacción con un miembro se manifiesta también entre otros miembros de la familia, como un aspecto de los problemas de la relación intra familiar.

Si los miembros de la familia se comprometen realmente a tratar de resolver sus problemas de manera conjunta, surge entonces un criterio de "compromiso compartido", mejor que sus aprobaciones o rechazos verbales. Algunos miembros de la familia podrán seguir aseverando du-

rante meses o años, cada vez que sientan ansiedad, que "el problema", según lo entienden, reside únicamente en la individualidad de algún otro miembro de la familia y que solamente acuden a las sesiones porque desean ayudar a esta persona. Sin embargo, conductualmente, estos mismos miembros pueden participar de manera vigorosa y hablar, cuando se sientan menos tensos, del valor y el sentido de la terapia familiar tanto para sí mismos, en su calidad de individuos, como para su familia.

Así pues, la terapia familiar exploratoria es recomendable no únicamente cuando todos los miembros de la familia reconocen verbalmente su motivación personal para recibir el tratamiento. La expectativa del terapeuta familiar, de tal reconocimiento, provocará sin duda una actitud defensiva, y se contrapone al concepto de que, durante las sesiones familiares conjuntas, "el paciente" es la familia, y no algún individuo.

En resumen, las dificultades que existan en la interacción familiar común, tal como se revelan en las sesiones conjuntas, constituyen la indicación más clara y el mejor trampolín para llevar a cabo la terapia familiar reconstructiva, exploratoria.

Ejemplos de indicaciones

Sin que pretenda llevar a cabo un inventario completo, describiré varios problemas para los cuales parece ser especialmente adecuada la terapia familiar exploratoria. Estos problemas no se excluyen mutuamente, sino tienden a combinarse en mayor o menor grado, según la familia. 1. Problemas de separación en los adolescentes. En el Programa de Psiquiatría para Adultos del NIMH, se ha prestado atención especial a los problemas de los últimos años de la adolescencia, tanto en la Sección de Estudios Familiares, como en los estudios dirigidos por el doctor Roger Shapiro, relativos a problemas de ajuste de los alumnos de nuevo ingreso en las universidades.

Como ha señalado Erikson (1956), el problema capital del desarrollo en los últimos años de la adolescencia es la consolidación de un sentimiento estabilizado de identidad personal, vinculado al ambiente psico social y diferenciado dentro del mismo. Los problemas que surgen en esta etapa de la diferenciación psicológica y de la formación de identidad, se presentan comúnmente como problemas de "separación".

a) crisis de identidad en las que figuran episodios esquizofrénicos agudos,

precipitados a menudo por la primera gran separación del ambiente intrafamiliar, como la que se produce cuando se ingresa a la universidad;*

b) actos de rebeldía, a veces delictuosos, que lleva a cabo el adolescente para situarse aparte de su familia y del sistema de valores de ésta;

c) incapacidad de liberarse de una relación simbiótica de dependencia con uno de los padres (proviene de la queja acerca de esta situación, comúnmente, del otro progenitor o de otro vástago).

Se ha considerado tradicionalmente que estos problemas indican la conveniencia de prestar psicoterapia individual al adolescente. En la práctica psiquiátrica corriente, se dan consultas iniciales y complementarias a los padres, aparte de las consultas del adolescente. Cuando éste se encuentra absorto en la solución de los problemas irresueltos de su infancia, y sus padres no están en la actualidad profundamente unidos a él, en mi opinión, lo razonable y propio es aplicar el tratamiento individual acostumbrado. Sin embargo, la evaluación preliminar en las sesiones familiares conjuntas es casi siempre útil, según mi punto de vista, para considerar directamente hasta qué grado los padres comparten de la ambivalencia y la confusión del adolescente, por lo que toca a su separación respecto de ellos y al establecimiento de nuevos papeles extrafamiliares. Según mi experiencia, la mayoría de las veces los padres sufren tanto o más que el adolescente, a causa del conflicto de sentimientos provocados por estos cambios. Por lo que respecta a la selección de las posibilidades de tratamiento, las sesiones conjuntas pueden ayudar a distinguir los problemas que tienen un residuo activo que sigue operando, principalmente en un miembro de la familia, de aquellos problemas en los cuales las dificultades siguen compartiéndose de manera recíproca. Para esta última situación, pienso que la terapia familiar exploratoria resulta especialmente recomendable.

El subgrupo de problemas comúnmente llamado simbiótico, en el que se observan relaciones padre-hijo mutuamente intrusivas, se presta más a dicho tratamiento. Reunir a los miembros de la familia simbióticamente amalgamada, constituye en efecto un reconocimiento de que valdrá la pena entender la relación, puesto que cumple funciones importantes. El tratamiento conjunto trata de justificar y analizar estas funciones, en vez de suprimirlas mediante procedimientos hospitalarios o de tratamiento, que a menudo crean tan solo una apariencia externa de separación.

2. El intercambio de disociaciones. Existe un grupo numeroso e importante de problemas familiares en el que las cuestiones intrafamiliares son complementarias y están conectadas entre sí, para los cuales la terapia familiar conjunta resulta indicada. Esta clase de problemas es tan compleja, que su comentario amerita que

* *Es común que los estudiantes norteamericanos acudan a una universidad alejada del hogar.*

la exponemos como ejemplo. La forma general de estos problemas es la siguiente: cada persona piensa de sí misma que tiene una dificultad limitada concreta, la cual, a su juicio, se deriva de otro miembro de la familia y sólo puede ser aliviada por aquél. Aunque todo ello parece tener algún fundamento en los hechos, la otra persona no reconoce la posibilidad de que contribuya al problema. Sin embargo, dicho miembro poco puede percatarse agudamente de las dificultades correspondientes, que de igual manera no son reconocidas (sino disociadas) por el primer miembro de la familia, ni por cualquier otro. De tal modo, existe una intrincada red de apreciaciones acerca de los demás y de disociaciones respecto de uno mismo, en la que cada persona "localiza" en otro miembro de la familia la totalidad de una cualidad o un sentimiento particulares.

Hay que hacer hincapié en que el intercambio recíproco y compartido de disociaciones sirve a la vez para mantener fuera de la conciencia que cada individuo tiene de sí mismo las cualidades e ideas aborrecibles, y también para reterzer estas cualidades al alcance de su vista, a una distancia fija de su ego. El miedo del individuo a que la experiencia disociada pudiese volverse ingobernable queda de esta manera reducido, pero al mismo tiempo se perpetúa el problema, sobre todo en la medida en que el proceso de las interacciones contribuye a convertir a esto en parte real y permanente de la conducta de la otra persona.

El intercambio de disociaciones significa que cada persona concentra su atención, sobre todo, en aquello que la otra persona no puede reconocer. De tal manera, no puede haber "encuentro", ni confirmación, ni indicaciones generales para la aplicación de la terapia familiar mutualidad, ni validación compartida de sentimientos o experiencias. Tenemos aquí, por supuesto, un aspecto de la experiencia esquizoide y esquizofrénica o, dicho con mayor exactitud, una "no" experiencia.

A manera de ejemplo clínico, diremos que en una familia, cuya descripción es muy esquemática, el padre, la madre y el hijo habían disociado, hasta no percatarse de ellos, sus sentimientos intensamente destructivos para con los otros; pero se daban cuenta de la existencia de tales sentimientos en los demás. El padre reconocía su frustración, pero no que sintiese mala voluntad hacia su hijo, el cual era una caricatura del fracaso en su trabajo, que el padre se negaba a reconocer en él mismo. Sin embargo, el hijo y la madre se daban cuenta muy claramente del encolerizado desprecio contenido en las críticas que el padre acumulaba hacia al hijo, que para el padre no eran sino "de preocupación y consejos que le serían útiles".

A su vez, el hijo era indiferente, en el momento que comenzó su tratamiento, a sus fracasos en la escuela y en el trabajo, y que tanto preocupaban al padre. Sin embargo, sagazmente advertía numerosos indicios de que el padre sentía, pero no podía reconocer, desesperación y sentimiento de fracaso por su propia carrera. La madre veía en el padre y en el hijo a un par de chicos dependientes, impotentes, peleoneros, que necesitaban de ella para que se hiciese cargo de todas y cada una de sus responsabilidades. Cuando en el transcurso de la terapia familiar fue proponiendo plan tras plan para ellos, aceptaron sus decisiones tranquilamente, pero no obstante hablaron de las actividades de ella, diciendo que era un "atareadísimo trabajo" sin sentido. No se daban cuenta de su verdadera dependencia respecto de la madre, pero menospreciaban los sentimientos de soledad y vacío de ésta, que había disociado hasta que la terapia familiar le permitió reconocerlos.

Otros detalles clínicos podrían documentar los procesos en que se apoyaba el patrón de relaciones dentro de esta familia; pero tal vez este breve esbozo, de acuerdo con los fines de este capítulo, indicará algo de esta variedad común de problemas, para la que parece estar especialmente indicada la terapia familiar. Es preciso señalar que la complejidad de un patrón o estructura, como la que acabamos de describir, por lo común sólo se manifiesta al cabo de varios meses de terapia.

En tal situación, las disociaciones intrapsíquicas de cada miembro de la familia quedan estabilizadas y reforzadas, cuando se localizan los aspectos disociados de

cada individuo en la conducta manifiesta de otro miembro de la familia. Ahí, él podrá contemplar las cualidades disociadas como algo real y digno de su preocupación y de un esfuerzo por cambiar. En esta clase de problema familiar ningún miembro de la familia se percibe a sí mismo como si tuviese un problema intrapsíquico que solucionar, para lo cual le convendría solicitar psicoterapia individual o psicoanálisis. En verdad, cuando tales individuos consultan a un psiquiatra, por lo general se considera que no están convenientemente motivados y no se recomienda su tratamiento. Entonces la persona sigue su camino, descontenta con los demás miembros de su familia y con lo que la psiquiatría puede ofrecerles, pero reconciliada consigo misma.

Desde el punto de vista del diagnóstico individual, muchos de estos problemas quedan comprendidos en el numeroso grupo de trastornos del carácter egosintónico. Aunque a veces estos trastornos pueden transformarse, mediante terapia individual, en problemas antagónicos al ego, acerca de los cuales el paciente va adquiriendo gradualmente motivación en el transcurso de la terapia, mi impresión es que gran número de ellos vagan a la deriva en las partes más descuidadas por la atención psiquiátrica. Sin embargo, su influencia patológica en otros puede ser considerable en verdad.

Creo que la terapia familiar constituye realmente un medio para someter a tratamiento a los individuos que tienen muy graves trastornos del carácter, pero que no se acercarán a un psiquiatra que insistiese en ponerles la etiqueta de pacientes individuales.

3. Caos cognoscitivo colectivo y distanciamiento errático. La terapia familiar exploratoria parece ser lo indicado también en los casos de familias con esquizofrénicos que manifiestan intrusiones estafalarias y perturbadoras del llamado pensamiento de "proceso primario". Estas familias manifiestan comúnmente lo que puede calificarse de "caos cognoscitivo colectivo" o, como la doctora Margaret Thaler Singer y yo lo hemos descrito en relación con otras cosas, "trastorno del pensamiento transaccional" (Wynne y Singer, 1963a). Desde otro punto de vista, Schaffer y colaboradores (1962) han descrito la subcultura de estas familias diciendo que tienen una "institucionalización de la fragmentación", de profundo significado psicodinámico para cada uno de los miembros de la familia y para ésta misma, tomada como subsistema social.

En dichas familias, las aseveraciones de cada persona pueden parecer suficientemente normales, fuera del contexto transaccional, de manera que nadie pondría en tela de juicio la racionalidad de algunas de ellas, específicas y aisladas. Sin embargo, la totalidad de la serie transaccional puede ser completamente extravagante, desarticulada y fragmentada. Aunque los padres sean psicóticos en cierto grado, el trastorno general de las transacciones supera a menudo la gravedad

del trastorno individual de los padres. Esta discrepancia entre el trastorno individual de los padres y el transaccional de la familia, puede captarse sólo con muchas dificultades a través de diagnósticos individuales o contactos terapéuticos con los miembros. En publicaciones anteriores se han descrito varios ejemplos clínicos de este fenómeno. (Wynne, 1961; Schaffer y colaboradores, 1962; Wynne y Singer, 1963a).

Todos los miembros de la familia parecen estar atrapados en esta comunicación caótica, que constituye el "síntoma" de su "patología" familiar. Crónicamente, han sido incapaces de apartarse de este caos, de comentarlo o interrumpirlo de alguna manera útil. En estos casos, el terapeuta familiar puede cumplir una función benéfica. A medida que va entendiendo la naturaleza y el grado de influencia de esta clase de problemas, la capacidad que tenga para intervenir activamente es una cuestión de la mayor importancia y complejidad. Por lo que sé, la terapia familiar exploratoria es la única manera con que contamos para observar y tratar los aspectos compartidos del caos cognoscitivo familiar.

En el caso de los problemas familiares, como en otros, los problemas cognoscitivos y de comunicación van de la mano con las dificultades que provoca el "distanciamiento" emocional (Wynne y Singer, 1963a; Singer y Wynne, 1965). En las familias donde el pensamiento y la comunicación son caóticos, se observa característicamente la existencia de estilos altamente erráticos e inestables de relacionarse y de establecer la "adecuada distancia" entre unos y otros. En un momento se sienten distantes y emocionalmente despegados, y al siguiente, como intrusos o absorbentes. La "distancia focal" cognoscitiva adecuada para una tarea o una comunicación determinadas, cambia de manera asombrosa. El pensamiento borroso y fragmentado va asociado inevitablemente al distanciamiento errático.

En principio, el papel del terapeuta familiar puede consistir de cuando en cuando en intervenir, por la fuerza si es necesario, para ayudar a la familia a enfocar su atención sobre problemas concretos, sobre lo que se dijo y lo que se pudo dar a entender en un determinado intercambio de palabras. De tal manera ayudará gradualmente a crear un modelo o un patrón nuevos para el pensamiento, la comunicación y el establecimiento de una distancia o una cercanía adecuadas.

En la práctica no sabemos plenamente cuáles sean las potencialidades de la terapia familiar exploratoria con esta clase de familia. Se ha establecido plenamente que estas familias estancan a los terapeutas inexpertos y pasivos. Es claro también que se pueden realizar adelantos terapéuticos considerables utilizando terapeutas más experimentados y activos, cuando se trabaja con familias muy caóticas, después de que ni la familia ni el individuo parecen haberse beneficiado de la terapia individual previa. Sin embargo, queda por establecer si la terapia familiar exploratoria (o algún modo de tratamiento de los que existen en la actualidad) es apropiada para el tratamiento de las familias más desorganizadas, y en las cuales algún miembro de la familia destruye perpetuamente los valientes esfuerzos de los hábiles terapeutas para poner orden. En tales casos, quizá sea necesario recurrir a un tratamiento radical y hospitalizar a toda la familia.

La dinámica subyacente a este problema de presentación es variable. Sin embargo, a menudo el distanciamiento fijo es el resultado de los esfuerzos perdurables y compartidos, realizados para excluir de la vida familiar algunas clases fundamentales de sentimientos que se experimentan como si fueran ingobernablemente amenazadores. Algunos de los mecanismos compartidos para mantener estas exclusiones han sido descritas ya en publicaciones previas, bajo los encabezados de "pseudomutualidad" y "pseudohostilidad" (Wynne, 1961; Wynne y colaboradores, 1958). Cuando estos mecanismos son masivos y omnipresentes, y además las fronteras psicológicas familiares tienen tan pocas puertas para efectuar una experiencia extrafamiliar emocionalmente significativa, el niño que crece en tales condiciones tropezará con grandes dificultades para reconocer e integrar una gran variedad de sentimientos y experiencias. Por ejemplo, en algunas familias la ira y los sentimientos hostiles quedan excluidos masivamente, en otras se excluirán los sentimientos sensuales, y en otras los sentimientos de ternura y amabilidad. Cuando tales sentimientos irrumpen en la conciencia del niño, a medida que alcanza la adolescencia tardía o edad adulta, así como su madurez biológica y psicológica, y a medida que se expone cada vez más a estos mismos sentimientos en ambientes extrafamiliares, corre el riesgo de sufrir un colapso brusco y demoledor, a veces de características esquizofrénicas. En el nivel familiar, el colapso es a la vez temido y colusivamente apoyado, como un alivio directo y sustitutivo respecto de la experiencia familiar anterior, tensa y vigilante, pero inmovilizada.

Sea como fuere, el terapeuta familiar probablemente se enfrentará a un dilema de tratamiento del cual el terapeuta individual permanece por lo común felizmente ignorante. Como Schaffer y colaboradores (1962) señalaron, todo interés terapéutico en los patrones o estructuras y en los significados constituye algo fundamentalmente antitético respecto de la subcultura de estas familias, en las que se le tiene miedo al significado, o bien no se concibe que sea posible. Una experiencia subjetiva subyacente de falta de estructura de patrones y de falta de significado invade a estas familias. Los esfuerzos que hace un terapeuta por descubrir o crear y por señalar significados subyacentes (para él) chocan con los supuestos en que se basa la familia. Me parece que la apreciación por parte del terapeuta familiar de esta experiencia caótica en la familia, y al menos durante cierto tiempo en sí mismo, es un comienzo necesario para llevar a cabo un trabajo verdaderamente terapéutico con la familia. Sin embargo, las perspectivas de que el resultado del tratamiento sea un éxito y, por consiguiente, la estimación de las indicaciones del mismo, son cuestiones que merecen prolongada investigación.

4. Distanciamiento, fijo con amenazas y episodios violentos. En otras familias para las cuales lo indicado es la terapia familiar exploratoria, el problema que se presenta no es precisamente un distanciamiento errático, sino una implacable y destructiva fijeza de la distancia en las relaciones así como una manera perseverantemente rígida de organizar los pensamientos y las percepciones. Los relatos caprichosos, punzantes, cargados de ansiedad, airados o simples en estas familias se interpretarán siempre con un criterio fijo, invariable.

Por ejemplo, en una familia un hijo estaba manifestando desasosiego y cólera cada vez más explosivos durante una sesión familiar, y expresó estos sentimientos mientras no apartaba la mirada del reloj de pared y llevaba una cuenta de diez segundos, que terminaba con un grito de "¡fuego!" Su madre, con literalidad y despego característicos de su renuencia a enfrentarse directamente a los problemas de su hijo, se volvió hacia el terapeuta y le dijo: "no comprendo por qué Tomás ha sentido siempre tanto interés en los relojes".

Los miembros de estas familias sufren regularmente a consecuencia de un sentimiento compartido de imposibilidad de "llegar" hasta el otro y alcanzarlo en algún nivel de sentimiento humano. Cada miembro de la familia tiene dolorosa conciencia de su necesidad y sus deseos propios de relacionarse, pero cada uno de ellos siente que los otros bloquean o no permiten el apego íntimo. Por otra parte, están enredados de manera confusa unos con otros, y sin embargo, por otra parte son incapaces de separarse o desarrollar mutualidad (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsh, 1958). Parecen mantenerse separados por una distancia psicológica más o menos fija.

Mientras un individuo y una familia se encuentran atareados en el enfrentamiento de un episodio esquizofrénica agudo, la terapia familiar conjunta resulta a veces sobremanera valiosa para ayudar a la familia a ponerse en contacto con la experiencia, previamente excluida o negada, que ha hecho erupción durante el episodio. Por otra parte, los mecanismos familiares para "sellar" y reexcluir actúan a veces tan rápidamente, que sólo una terapia familiar verdaderamente intensiva durante este periodo puede ir al parejo de los mismos. A menudo, cuando la familia es enviada a tratamiento y se le puede atender conjuntamente, ya se ha establecido un nuevo nivel de pseudomutualidad o pseudohostilidad, por lo común a una distancia psicológica cambiada. Sin embargo, estos cambios restitutivos y compartidos pueden poseer una cualidad suficientemente extravagante; la amenaza de retorno o el retorno mismo del proceso psicótico pudieron haber creado ansiedad suficiente, como para que exista un elevado nivel de motivación compartida para entregarse activamente a la terapia familiar.

Si el proceso de obturación ha avanzado de manera que se haya establecido una nueva abertura o escotoma, destacando las ideas o sentimientos perturbadores por estar omitidos de todo reconocimiento, la terapia familiar probablemente avanzará de manera mucho más lenta. Sin embargo, como es notable que todos los miembros de la familia procuran no hablar para nada de algunas clases de sentimientos, la discusión y aclaración de la naturaleza de esta laguna puede ser provocada más fácil y eficazmente por el terapeuta cuando trabaja con la familia, que cuando lo hace con el individuo. Por lo común, al menos un miembro de la familia es parcialmente capaz de advertir estos sentimientos o ideas y, si se le ayuda, podrá allanar gradualmente el camino para una captación y una comunicación más libres de parte del resto de la familia.

Los miembros de estas familias consideran increíble que puedan tener sentimientos de ternura o de afecto entre sí. Cuando el terapeuta sugiera que habrá ocasiones en que tales sentimientos afloren, la reacción de los miembros de la familia, al principio, estribará en considerar que la proposición resulta incomprensible o bien, ésta será objeto de burlas. Las familias que viven oprimidas por un sentimiento de que no tiene sentido relacionarse, parecen vivir y desplazarse juntas, cada una, y sin embargo, desde el punto de vista emocional se experimentan a sí mismas como desconectadas y consideran irreal hasta la posibilidad de establecer contacto emocional. Cuando el terapeuta familiar puede comenzar a descubrir y hacer que resulten más tolerables las capacidades largamente ahogadas, enmascaradas o transformadas, que los miembros de esta familia han de tener para la ternura y el afecto de unos con otros, a veces se hacen adelantos terapéuticos considerables. Reconozco todo lo que debo al doctor Harold Searles por haberme ayudado a observar este aspecto de la experiencia familiar (Searles, 1958).

5. Comunicación amorfa. Otro problema familiar para el que resulta apropiada quizá la terapia familiar exploratoria, es aquel que presenta una forma de comunicación amorfa, vaga y no dirigida (Wynne y Singer, 1963b), especialmente observable en las familias de los llamados esquizofrénicos simples indiferenciados y "procesales", pero que no es exclusivo de éstos. Las familias de algunos neuróticos también tienen esta tendencia, aunque con un grado de severidad menor. Durante la terapia familiar, y al parecer también en el resto de su vida en común, no se ven afectados por expectativas francamente contradictorias o de doble ligadura, sino más bien por expectativas vagamente definidas. Las cosas que se dicen no son afirmadas y luego desmentidas, sino por lo contrario, nunca se enuncian con claridad suficiente como para saber cuándo las desmiente otra declaración. Por lo común, los vástagos de estas familias no manifiestan delirios ni estar extravagantemente perturbados, sino más bien un deterioro marcado y generalizado de las destrezas fundamentales del ego, entre las que figura el uso del lenguaje.

A los psicoterapeutas que han trabajado tanto con el individuo como con familias, esta clase de pacientes y sus familias les han parecido por lo general totalmente sosas y carentes de interés, incluso durante las consultas. Un contacto más prolongado puede provocar en el terapeuta la más profunda desesperación (Fartier, 1958). Naturalmente, los terapeutas se descorazonan ante los agudos sentimientos de insipidez, insustancialidad, la inerte vaguedad de la expresión y la falta de destellos que de cuando en cuando le dan sabor al trabajo con los psicóticos más vivaces y sus familias.

Debido a que estos pacientes han sido descuidados por ser tantos y apacibles durante su estancia en las grandes instituciones para enfermos mentales, y a causa de la significación teórica de esta clase de trastorno (Wynne y Singer, 1963b), será conveniente seguir ensayando la terapia familiar, así como otros modos de tratamiento. Considero que estos pacientes resultan más inteligibles (y más interesantes) como individuos, cuando se les ve como parte de su matriz familiar. Sin embargo, por lo que sé, no se han aprovechado adecuadamente las potencialidades de la terapia familiar extensa con las familias de estos pacientes, ni en el NIMH ni en otra parte.

Sin que pretenda de ninguna manera que esta breve revisión resulte completa, espero haber dado a entender algo de lo que trato de expresar cuando digo que hay problemas compartidos inconscientemente en una unidad familiar, para los cuales resulta especialmente indicada la terapia familiar exploratoria.

Otros factores que afectan estas indicaciones

En la medicina y en la cirugía generales, varias condiciones o factores, aparte de la naturaleza de la enfermedad que se presenta, determinan si lo indicado en cierto momento es una forma particular de tratamiento. El paciente puede ser alérgico a una medicina por lo demás conveniente; el estado de su corazón puede ser incompatible con una intervención quirúrgica físicamente agotadora; el único cirujano de que se pueda echar mano tal vez no esté convenientemente entrenado. para ejecutar una operación difícil con un margen razonable de probabilidad de que el paciente sobreviva.

En el caso de la terapia familiar exploratoria, existe un conjunto análogo de consideraciones que deben ser evaluadas, a fin de decidir si esta forma de tratamiento es indicada y aplicable a un caso específico. Examinaré tres variedades de consideraciones al respecto: a) la disponibilidad física y psicológica para el tratamiento de la constelación familiar necesaria; b) la fase del proceso psicoterapéutico total en que se emprenda la terapia familiar conjunta, y c) las características de los terapeutas de que se pueda disponer para la terapia familiar conjunta.

a) Constelación familiar de que se dispone para la terapia. Un problema muy especial e importante para la terapia familiar exploratoria consiste en establecer quién es el "paciente", es decir, quiénes constituyen el grupo familiar que deberá ser sometido a tratamiento. ¿Debería incluirse a los vástagos casados y sus cónyuges? ¿A los abuelos? ¿A los vástagos preadolescentes? Si un miembro clave de la familia solamente puede o quiere asistir irregularmente, o no asistir, ¿deberá llevarse a cabo la terapia familiar conjunta sin él?

Como ya he dado a entender, la consideración más importante, cuando se trata de seleccionar y mantener un grupo adecuado de miembros de la familia para la terapia familiar exploratoria, es que mantengan unos con otros una red de relaciones continuas y de significación emocional. Por mal que funcione y aunque causa problemas, esta red o sistema de relaciones mantiene a estas personas unidas en una estructura de obligaciones y expectativas recíprocas. De tal modo, el terapeuta familiar emprende la tarea de establecer una relación, no con un individuo o una suma de individuos, sino con una organización interpersonal que tiene en común tanto una historia como ciertas potencialidades de desarrollo. Para decirlo en los términos sociológicos de la escuela de Parsons (Parsons y Bales, 1955), la relación de tratamiento se mantiene con el subsistema social.

Una comparación con la terapia de grupo convencional nos hará ver mejor las características especiales que presenta un grupo familiar sujeto a tratamiento. Son notables las diferencias. En mi opinión, con demasiada frecuencia se considera a la terapia familiar como variante de la terapia de grupo, como se puede ver por ejemplo en la desafortunada expresión "terapia de grupo familiar", que se debe a la semejanza superficial consistente en la reunión de varios individuos. Cuando se lleva a cabo a un nivel exploratorio, la terapia familiar posee rasgos distintivos que no se pueden apreciar cuando se le considera como una forma de terapia de grupo. En primer lugar, la motivación que lleva a los miembros de una familia a someterse a terapia conjunta es muy diferente. Los miembros de aquélla no se dan cuenta necesariamente de su motivación individual para el cambio personal, sino más bien aceptan y desean reunirse con los miembros de su familia porque están atrapados en una red de relaciones conflictivas. En cambio, quienes participan en la terapia de grupo, por lo común nunca habían tratado a los demás miembros del grupo, y aceptan reunirse movidos por un deseo de cambio personal. Más tarde, la situación tal vez se invierta a consecuencia del tratamiento. Los miembros de la familia tal vez descubran insatisfacciones personales y el deseo de cambiar aspectos de sí mismos, y no simplemente de los otros; los participantes en la terapia de grupo quizá lleven a cabo una inversión emocional en la estructura del grupo y se sientan enredados en la misma. Sin embargo, son muy diferentes los criterios para la selección de los participantes. La motivación personalizada para el cambio es una "oferta" opcional cuando se trata de seleccionar a los participantes en la terapia familiar; mientras que por lo común, es una condición previa para conseguir que los individuos comiencen a participar en la terapia de grupo.

Esta distinción tal vez aclare mejor la importancia que tiene la exigencia antes mencionada de que quienes participan en la terapia familiar estén emocionalmente enredados e interesados unos en otros, y no simplemente interesados en la constelación familiar desde un punto de vista puramente intelectual, o con despego. Este involucramiento emocional compartido es el equivalente funcional del malestar interno individual en la terapia familiar, que da ímpetu a la psicoterapia individual y a la de grupo ya tradicional.

Una segunda distinción, estrechamente relacionada con la anterior, entre las clases de constelación tratadas en la terapia familiar y en la terapia convencional de grupo, estriba en la continuidad histórica de la organización social que presenta la familia y la discontinuidad que se da en la terapia de grupo. En aquellas familias a las que se trata convenientemente en terapia exploratoria conjunta, existe una base profundamente inconsciente que da lugar a una ideología familiar compartida y a un conjunto de valores que han llegado a ser más o menos idiosincrásicos en dicha familia, entendida ésta como una subcultura. Al respecto, la psicoterapia individual y

la terapia familiar se asemejan considerablemente. Tanto el terapeuta que trata con individuos, como el que trata con la familia, se encuentra con una unidad o sistema operantes, históricamente establecidos: el de la personalidad, en el caso de la terapia individual, y el de la organización social que es la familia, en el caso de la terapia familiar.

En cambio, cuando practica terapia convencional de grupo, el terapeuta puede esforzarse únicamente por crear tal sistema. El "sistema" en la terapia de grupo, que se crea en el transcurso de la interacción terapéutica, no puede tener -y tal vez no debería tener- la continuidad histórica y la profundidad de expectativas recíprocas, que han surgido naturalmente a medida que la terapia alimenta e infunde sus características a los "cimientos" emocionales y cognoscitivos, en la estructura del ego de algunos de sus miembros por lo menos; por ejemplo, los vástagos. Tal vez resulte útil describir el ejemplo de una familia en la que la continuidad histórica y el involucramiento emotivo común no existían y para la cual, por consiguiente, la terapia familiar exploratoria era contraindicada. En esta familia, la enfermedad del esposo, que tenía un tumor cerebral, parecería haber precipitado la aparición de un episodio esquizofrénico agudo en la esposa. Llevaban varios años de casados y tenían dos hijos; la madre estaba envuelta emocionalmente sobre todo con su familia política y no con su familia de origen. Un miembro del personal que deseaba trabajar con un esquizofrénico grave mediante terapia familiar, organizó sesiones de "terapia familiar" con esta mujer y sus padres. Sin embargo, aquélla no mantenía entonces un sistema de relaciones verdaderamente significativo con sus padres, aun cuando los tres accedieron a la petición de que se reuniesen. Este arreglo no resultó útil desde el punto de vista terapéutico; de hecho constituyó una distracción perturbadora que impidió utilizar una terapia individual más fructífera e indicada para este caso.

Al seleccionar la constelación familiar adecuada para la terapia familiar exploratoria, es importante no dejarse limitar por las definiciones literal y jurídica de la "familia". Aunque las personas que viven en el mismo hogar constituyen por lo general, la constelación que es conveniente tratar de manera conjunta, la posibilidad de incluir a otras, en la fase evaluativa preliminar del trabajo con toda la familia, también debe tomarse en consideración; a veces, los abuelos, los cónyuges de los vástagos y otros parientes que participan activamente en el dilema familiar presente, mientras en otros casos podría suceder que algunos miembros de la familia nuclear, como los niños muy pequeños o los vástagos casados que viven en otra parte, no estuvieran envueltos esencialmente en el problema familiar que constituye el foco de tratamiento.

Por consiguiente, sugiero que la constelación de personas que se trate en la terapia familiar esté constituida por quienes se encuentran funcionalmente vinculados entre sí, dentro de fronteras psicológicas discernibles. Estas personas no están necesariamente limitadas a la familia nuclear (padres y vástagos inmediatos). Este punto, indudablemente es mucho más importante en aquellos grupos culturales en los que los parientes tienen mayor significación que en las familias urbanas de norteamericanos.

Se dio un ejemplo de uso impropio de nuestra experiencia, consistente en una situación de las fronteras psicológicas de procedencia asiática que nos fue enviada de la terapia familiar a principios de los años sesenta. No habíamos sabido estimar la familia por un hombre que dijo ser el intérprete de la familia. Descubrimos que ésta podía hablar bastante bien el inglés, como para que la pudiésemos comprender, y consideramos al intérprete como un entrometido. Sin embargo, como ahora sabríamos pronosticar, toda la empresa fue saboteada por este pseudomiembro de la familia, el cual, desde el punto de vista de la organización psicológica, era en realidad un miembro de aquélla desde hacía más de veinticinco años. Esta fue una de las primeras familias que tratamos conjuntamente. Excluimos al intérprete de las sesiones familiares. Al cabo de varias sesiones con esta familia, dos hermanas del hijo esquizofrénico dejaron de participar a causa, según supimos después, de la intervención del "intérprete". Las hermanas se hallaban muy envueltas en las relaciones padre-hijo, de manera que no era fructífero trabajar sin ellas. Este ejemplo nos indica lo importante de emplear todo el tiempo necesario para estimar dónde se encuentran las fronteras psicológicas de la familia y de no tomar en su valor nominal las definiciones convencionales de lo que es una "familia".

La siguiente familia, en la que la constelación que participó en el tratamiento se estimó de manera más acertada: el paciente que presentaba los síntomas era una hija de 20 años de edad, esquizofrénica internada en un gran hospital para trastornos mentales, que nos había enviado el problema a causa del acting out entre la muchacha y su padre. El padre se había abierto paso en la sala, eludiendo toda clase de restricciones impuestas a las visitas y manifestaba una conducta que para el personal de enfermería era francamente incestuosa. La madre también se quejaba de esta relación padre-hija. Al principio no oímos hablar de un cuarto miembro de esta familia, una hermana, de 22 años de edad, que no estaba casada y vivía con la familia. Cuando planteamos la cuestión de que esta hermana participase en una sesión inicial de diagnóstico familiar, el padre se opuso e indicó que ella no tenía nada que ver con el problema. Sin embargo, pedimos con insistencia que tomara parte, y más tarde descubrimos que era en verdad una figura clave en la organización familiar.

Se puso de manifiesto que se trataba de un sistema de relaciones, en el que la hermana "sana" estaba envuelta intensamente en una relación de rivalidad con la paciente. En la familia existía un equilibrio de poder entre el padre y la hija esquizofrénica por una parte, y la madre y la hermana "sana" por otra. Si hubiésemos tratado a esta familia sin estar presente la hermana sana, no me cabe la menor duda de que la terapia familiar hubiese resultado un fiasco. Sólo al tener la oportunidad de evaluar y trabajar con este equilibrio de poder fue posible examinar con mayor pormenor y profundidad la dinámica familiar, y comprender contextualmente varios segmentos de las relaciones familiares.

Ahora resultará obvio que no todas las familias perturbadas, legalmente designadas como tales, constituyen subsistemas sociales para los que resulta indicada la terapia familiar. El término "subsistema", como ha explicado Parsons (Parsons y Bales, 1955) implica que la familia tiene un grado de organización interna y un determinado nivel de funcionamiento autoreglativo, pero no es realmente autosuficiente ni por todo el tiempo independiente del sistema social y la sociedad que la circundan. Sin embargo, el grado en que las familias se encuentran organizadas durante prolongados periodos de su existencia, en sistemas relativamente autoreglativos y autosuficientes, varía ampliamente, tanto en las culturas occidentales como en otras, con toda probabilidad.

Mi impresión clínica es que las familias trastornadas están integradas de manera diferente en el sistema social, que las familias mejor adaptadas, "normales". Psicológica y sociológicamente, las familias trastornadas tienden a tener: a) fronteras del subsistema defectuosas o, francamente inexistentes, o bien b) fronteras psicológicas con impermeabilidad año rmal, que se mantienen en parte cambiando la localización de los límites, sin efectuar realmente transacciones auténticas con la comunidad. Este fenómeno ha sido descrito anteriormente con el nombre de "valla de hule" (Wynne y colaboradores, 1958), en relación con algunas familias de esquizofrénicos. Los miembros de estas últimas familias pueden tener relaciones transitorias con personas extrafamiliares y utilizarlas como intermediarios de cuando en cuando. A veces algunos miembros de la familia pueden mantener relaciones fuera de la misma, que no son percibidas por otros miembros. Sin embargo, como miembros de estas familias no guardan relaciones estables y perceptibles con la comunidad. No reciben reconocimiento intrafamiliar y apoyo para estas relaciones extrafamiliares. De tal manera, los límites de la familia rodean a los intermediarios o los excluyen masivamente; pero, en cualquier caso, no existe un patrón para la negociación de relaciones estables más allá de las fronteras psicológicas de la familia. Las investigaciones psiquiátricas interculturales, que ahora se están llevando a cabo en nuestro programa, revelarán, según sospecho, que las dificultades relacionadas con las fronteras de la familia habrán de prevalecer

especialmente ahí donde la familia nuclear aislada es la forma predominante de organización familiar. Ahí donde la organización familiar extensa está más estructurada y apreciada, proporciona medios culturalmente reconocidos para que los individuos se desplacen desde la familia nuclear inmediata, hasta la comunidad. Así pues, la noción de fronteras de la familia cobra significado diferente en tales situaciones.

Las situaciones en las que las fronteras de la familia están estrechamente organizadas o su situación está cambiando y son realmente impermeables psicológicamente, son aquellas para las que parece estar indicada en especial la terapia familiar conjunta. En cierto sentido, el terapeuta representa algún contacto con una figura extrafamiliar, que la familia tal vez trate de incorporar y digerir. Si el terapeuta logra sobrevivir como individuo distinto, aportará una nueva experiencia a la familia, con un carácter de contacto emocional significativo como una figura extrafamiliar. En las situaciones en que es difícil o imposible definir los límites de la familia, pueden resultar útiles las sesiones familiares evaluativas y de diagnóstico; pero quizá no sea posible llevar a cabo una terapia familiar exploratoria extensa. En tales circunstancias, la constelación familiar disponible será demasiado indeterminada.

El principio de trabajar con un sistema social familiar establemente definido, como unidad "paciente", está estrechamente vinculado con el principio psicoanalítico de que la estabilidad del ambiente de tratamiento facilita el proceso de tratamiento analítico y, por cierto, hace posible la exploración con algún detalle y profundidad. A semejanza de la situación psicoanalítica, considero que la constelación familiar en la que se lleve a cabo el trabajo terapéutico debería especificarse y mantenerse con el mayor rigor posible, si se quiere explorar de la manera más completa la dinámica particular de dicha constelación. Ya he indicado lo deseable que resulta, para algunos fines de diagnóstico e investigación, ver a la familia en diversas combinaciones. Sin embargo, no debe confundirse esto con la meta de trabajar a profundidad con una constelación familiar particular.

Como en la situación de tratamiento psicoanalítico, la esperada estabilidad en la relación de tratamiento contribuye a fomentar un sentimiento compartido de confianza. Esto se basa en la experiencia cada vez mayor de los participantes, de que la unidad terapéutica familiar seguirá reuniéndose, aun cuando se hubiesen comunicado sentimientos o pensamientos perturbadores. Si el terapeuta cambia al azar la constelación sujeta a tratamiento; podrá perjudicarse el desarrollo de esta confianza y la libertad de comunicación. Además, el permitir que los miembros de la familia falten a las sesiones cada vez que éstas les resulten ligeramente inconvenientes o perturbadoras, o que por algún motivo cambien de cualquier

manera los arreglos hechos para el tratamiento, tiende a coludirse con las tendencias al acting out dentro de la familia. Si se planean o permiten cambios en los arreglos para el tratamiento, deberán reconocerse claramente las implicaciones y consecuencias que tendrán para el desenvolvimiento del proceso de tratamiento. Si solamente algunas personas envueltas psicológicamente en una red o constelación familiares puede asistir regularmente a las sesiones conjuntas, quedará limitado el alcance de la terapia familiar a largo plazo, como empresa de exploración profunda. En algunos casos, estos límites son muy marcados y será preferible dar psicoterapia individual u otro tratamiento, en vez de terapia familiar, aun en el caso de que el problema presentado por la familia parezca prestarse a esta última.

2. Fase del proceso psicoterapéutico. Otra condición que afecta la consideración de la conveniencia de la terapia familiar exploratoria en un caso concreto, la constituye la fase del proceso psicoterapéutico. Con sidero útil concebir que el proceso psicoterapéutico recorre una serie de fases, en virtud de las cuales primero se enfoca una zona de problemas y luego otra. Por ejemplo, un foco de la terapia podría ser un conflicto intrapsíquico, como la lucha de un individuo con los efectos inhibidores de una ansiedad anacrónica, respecto de su sexualidad. Otro foco podría ser la lucha de poder cognoscitivamente confusa, que invadiera todas las relaciones de la familia. A medida que vayan saliendo a la luz diversos focos de esta clase, algunos cambios de largo alcance en la naturaleza del problema que se "presenta" y la naturaleza de la organización emocional de los miembros de la familia y de ésta en su conjunto, tal vez hagan recomendable una variación del enfoque principal, que vaya desde la terapia familiar hasta la individual, o viceversa. Si se ponderan cuidadosamente, estos cambios o desplazamientos no tienen por qué dar lugar a las variaciones fortuitas en los arreglos para el tratamiento que, como dije anteriormente, limitan la eficacia de cualquier forma de psicoterapia.

Tenemos un ejemplo de cambios de largo alcance que dependen de la fase de tratamiento, en el tratamiento de una familia, realizado por los doctores Juliana Day, Leslie Schaffer, Irving Rickoff y por mí. En este caso trabajamos conjuntamente con los padres y los hijos de 21 y 23 años de edad. Los padres vivían en conflicto constante y habían entrado en esa especie de callejón sin salida al que he llamado pseudohostilidad (Wynne y colaboradores, 1958). Se entiende por esto una defensa compartida contra el reconocimiento o la experimentación de ternura, afecto, o atractivo sexual potenciales. Durante veinticinco años, esta pareja había venido hablando de divorciarse, pero nunca se había decidido a hacerlo. El hijo mayor, que era el paciente que presentaba los síntomas, se veía involucrado constantemente en las negociaciones de los padres y la salvación del matrimonio. Esto lo mantuvo en un estado de constante agitación, mezclado con síntomas obsesivos,

esquizofrénicos y represivos. En tres ocasiones había dado comienzo a una psicoterapia individual, sin haberla aprovechado efectivamente.

En la terapia conjunta con esta familia, advertimos y pudimos comentar la manera en que cada vez que los padres comenzaban a disputar, o a expresar sentimientos positivos, se apartaban uno del otro y acudían al hijo mayor. Recíprocamente, él intercedía activamente con enérgicos ataques contra uno u otro, hasta que interrumpían transitoriamente sus disputas o su incipiente hacerse el amor. A pesar de la regularidad con que se manifestó este patrón de interacción, ninguno de los miembros de la familia se había dado cuenta del mismo, y no hubiese podido describirlo verbalmente en la terapia individual.

Dicho sea de paso, es interesante señalar que el hijo mayor fue concebido literalmente, con el objeto de cumplir este papel de mediador entre los padres. Un año después de que se casaron, la madre consideró que el matrimonio se iba a desbaratar. El esposo se había casado antes, y se divorció sin tener hijos. Haciendo un esfuerzo deliberado por conservar el matrimonio, la esposa prescindió del uso de un anticonceptivo y quedó embarazada. El hijo mayor resultó en efecto un salvador. Sólo después de una prolongada terapia fue capaz de renunciar a este papel satisfactor, pero angustioso, y los padres pudieron atenuar la necesidad que tenían de él.

El hijo menor de esta familia no había quedado tan atrapado en este conflicto. Su papel fue distinto. Aunque era un joven muy aislado emocionalmente, sus problemas no eran predominantemente de relación intra familiar. Poco después de que comenzó la terapia familiar, ingresó a la universidad, se casó y dejó de formar parte del cuadro familiar.

A lo largo de aproximadamente dos años y medio de terapia, conjunta, la interacción familiar cambió gradualmente. El hijo mayor comenzó a colocarse al margen de la lucha entre los padres y, al mismo tiempo, éstos, ocasionalmente, hablaban el uno con el otro, en vez de hacerlo únicamente acerca del otro. Sin embargo, estos cambios no se estabilizaron hasta que hicieron su aparición en la terapia conjunta otros "niveles de interacción", que habían existido durante mucho tiempo en la vida familiar. Si el hijo dejaba de intervenir activamente, el ritmo y la intensidad de la disputa entre los padres se elevaba característicamente, momento en el cual el hijo distraía su atención de otra manera. Se tendía horizontalmente con una expresión facial de indignación profunda, en la que había una combinación de cólera, retraimiento y ostensible aburrimento. Los padres, familiarizados con la conducta de aquél, se preocupaban y emitían explicaciones diferentes respecto de

su causa. Sea como fuere, su disputa desplazaba de nuevo el foco, desde cada uno de ellos hasta el hijo.

Aunque el hijo se sentía inclinado a describirse como víctima inocente de la lucha entre los padres, su conducta, como señaló el terapeuta, contenía un elemento claro de participación activa en dicho enfrentamiento. Reconoció, con considerable perplejidad, su involucramiento y cuando los terapeutas propusieron que averiguase su angustia personal mediante terapia individual (con otro terapeuta), lo aceptó de buen grado.

Se sometió a terapia psicoanalítica a razón de cuatro sesiones por semana. A medida que fue concentrado cada vez más su atención en sus problemas personales intrapsíquicos, las sesiones familiares se fueron ocupando cada vez más de los problemas matrimoniales de los padres. Sin embargo, primero hizo su aparición otro patrón de interacción familiar, también existente desde hacía años. Cuando el hijo mostraba de manera tranquila, pero clara, mayor interés en relaciones extrafamiliares, su madre se mostraba alternadamente furiosa y deprimida. Lo atacaba por no sentir interés por ella, diciendo que ya no le importaba nada, y así sucesivamente. Al principio, se apartó de sus intereses exteriores y de nuevo pasó más tiempo en el hogar.

No obstante, con el tiempo se puso de manifiesto que el hijo ya no formaba realmente parte de la organización emocional de esta familia en el mismo sentido en que lo había sido originalmente. Salía con una muchacha regularmente a pesar de las objeciones de su madre. Estaba haciendo progresos en la universidad, cosa que no había podido hacer previamente no obstante su capacidad intelectual.

A medida que prosiguió su terapia individual y siguió viviendo su propia vida, y a medida que los padres se fueron interesando de manera más intensa y directa el uno en el otro, la terapia cambió de foco. Cuando se pusieron claramente de manifiesto estos cambios en la clase de problema y en la clase de constelación psicológica familiar, se interrumpieron las sesiones conjuntas. Pasó a ocupar su lugar la terapia matrimonial con los dos padres y el hijo prosiguió su terapia individual que terminó alcanzando un resultado muy satisfactorio.

En el transcurso del tiempo, la madre, que era algo más reflexiva que el padre, comenzó a darse cuenta de que algunas de las causas de los problemas con el esposo tenían su raíz en sus anteriores experiencias vitales con su padre y en una identificación con su madre, cuyo matrimonio había sido algo semejante. Se atenuó el grado del involucramiento en la lucha matrimonial. Dijo que desearía recibir alguna terapia individual, pues quería trabajar con mayor intensidad en la solución de los problemas que no tenían que ver directamente con su esposo. Aunque se habían

tratado algunas de estas cosas en las sesiones familiares y matrimoniales, ahora parecía que el foco de la atención emocional se había desplazado. Dispusimos terapia individual para la esposa y con el tiempo se interrumpieron todas las sesiones conjuntas, pues la terapia individual pasó a ocupar su lugar a medida que los problemas fueron resultando cada vez más intrapsíquicos.

Tenemos aquí una situación en la que la terapia familiar pareció ser por demás indicada durante una fase particular del proceso total de tratamiento, en la cual los miembros de la familia estaban muy enredados unos con otros. La terapia individual, intentada previamente aunque sin éxito, con el hijo, quedó facilitada por la terapia conjunta. La madre nunca habría tomado en cuenta la posibilidad de recibir terapia individual, de no haber tenido la experiencia de la terapia familiar.

Sin embargo, no habrá que entender que este ejemplo significa que la facilitación de la terapia individual es un criterio primordial en el éxito alcanzado en la terapia familiar. Este resultado puede ser adecuado para algunas familias; pero en el caso de otras, una mayor comprensión y una reducción de las tensiones en las relaciones familiares puede llegar a producirse sin prestarle a nadie terapia individual.

En algunas situaciones, la terapia individual puede preparar el camino para la familiar, y no al contrario. Ofrecemos en seguida dos clases de problemas en los que parece ser recomendable este reordenamiento de fases:

a) Algunos individuos deprimidos y masoquistas asumen y hasta podríamos decir que absorben todas las culpas de los problemas de la familia y absuelven a los demás de toda responsabilidad (niegan que tengan poder alguno). Según mi experiencia, tal persona ha sido siempre la madre-esposa. Estos individuos que muestran una elevada propensión a la introyección, comúnmente tienen familias que apoyan en su conducta al individuo y armonizan con ella al dirigir sobre la madre un fuego graneado de acusaciones proyectivas y de desprecio. A veces la insistencia compartida en este punto de vista es tan intensa al principio de la terapia, que la familia parece estar motivada tan solo a perpetuarla. Si las sesiones conjuntas de diagnóstico indican que los miembros de la familia no están preparados de ninguna manera para pensar, o simplemente echar una ojeada, sobre su compartida contribución a la creación del problema, entonces un periodo de terapia individual puede ayudar al paciente identificado a darse cuenta de que tiene deseos de ser algo más que un simple chivo expiatorio. Sin embargo, en una fase posterior la terapia familiar conjunta puede acelerar la comprensión y facilitar el cambio de las maneras como ella inconscientemente provoca el abuso y los demás miembros de la familia cumplen sus expectativas en la realidad, no sólo en la

fantasía. La distinción entre fantasía y realidad a menudo es extremadamente difícil de establecer en estas familias. Cuando una familia ha comenzado a preocuparse por este problema, la terapia conjunta puede resultar muy útil. Sin embargo, una fase de terapia individual antes de la familiar o concomitante con ella, puede facilitar el reconocimiento de la naturaleza compartida del problema.

b) Como he indicado anteriormente, la terapia familiar conjunta a veces puede ayudar a tratar los aspectos intrafamiliares de un episodio esquizofrénico agudo en un vástago,. Por otra parte, los esquizofrénicos agudos que se encuentran todavía en un estado de pánico y aún no han establecido relación con un terapeuta, tal vez no sean capaces de tolerar la complejidad de las entrevistas familiares. Este es un problema menor de lo que se imaginan por lo común quienes no tienen experiencia en terapia familiar; un terapeuta vigoroso que claramente se hace cargo de las entrevistas conjuntas puede lograr que la ansiedad baje hasta un nivel terapéuticamente útil. No obstante, parecen existir situaciones en que lo mejor es aplazar la terapia conjunta regular durante un mes o dos, hasta que el vástago esquizofrénico presa del pánico haya comenzado a desarrollar algún grado de confianza en un terapeuta individual. Luego, si este terapeuta participa en la terapia familiar con un coterapeuta, el proceso psicoterapéutico tal vez se lleve a cabo sin fricciones, Sin embargo, deberá aclararse al paciente y a su familia, en el momento de la evaluación conjunta inicial, que quizá se pida a la familia que se reúna más tarde, regularmente, para terapia conjunta.

3) Terapeutas de los que se dispone. Finalmente quiero mencionar la importantísima cuestión de la clase de terapeutas de que se dispone para llevar a cabo la terapia familiar exploratoria. En general, como podría esperarse, cuanto más hábil es el psicoterapeuta o el psicoanalista, tanto mejor terapeuta familiar resultará. Sin embargo hay algunas otras características y capacidades que es conveniente que tenga el terapeuta familiar. La falta de tales características y destrezas en él, impone algunas limitaciones y a veces hasta contraindicaciones al uso de la terapia familiar exploratoria.³ Aun cuando exista un problema familiar para

3 El término "contraindicación" lo emplean los médicos para designar cualquier estado del paciente que desaconseja el empleo de la medicación y el tratamiento indicados. En la psicoterapia familiar el "paciente" es o llega a ser la unidad familiar, o, para hablar con mayor precisión, la unidad familia-terapeuta, pues son las relaciones entre todas estas personas y la conducta y la experiencia subjetiva de todas ellas, sin exceptuar al terapeuta, lo que constituye los datos sometidos a escrutinio. Por consiguiente, todo "estado" de la unidad familia-terapeuta (sin exceptuar las características del terapeuta) que desaconseja la terapia familiar, aunque pudiera resultar conveniente por otras razones, constituye, en una amplia acepción del término, una "contraindicación" de la terapia familiar.

el que, en circunstancias ideales, la terapia familiar estaría indicada, quizá ya no resulta indicada en condiciones reales entre las que pueden figurar el que no se cuente con un terapeuta familiar adecuado, así como que no se pueda encontrar la constelación familiar adecuada a una determinada fase psicoterapéutica.

a) Problemas de contratransferencia. Cada vez que prosigue el trabajo con una determinada familia durante un periodo prolongado, es conveniente alcanzar un nivel especialmente elevado de conciencia de las trampas que abre la contratransferencia. Mediante la selección inconsciente o deliberada de determinadas clases de pacientes y la exclusión de otros, un psicoterapeuta podrá evitar sistemáticamente tratar con personas que desempeñan papeles que le presentan problemas particulares de contratransferencia. Por ejemplo, el terapeuta que no ha resuelto plenamente sus problemas con figuras de autoridad tal vez excluya de su práctica a los varones de mayor edad. Sin embargo, en su relación con la constelación de personas de la terapia familiar, el terapeuta no puede hacer a un lado tan fácilmente sus problemas de contratransferencia parcialmente insolutos. Tiene que conservar la capacidad de establecer empatía con cada uno de los miembros de la familia y seguir siendo capaz de apartarse un poco y reflexionar acerca del carácter de las transacciones.

Tanto la identificación excesiva con un determinado miembro de la familia, como la incapacidad de apreciar, comprender y establecer empatía con individuos que desempeñan un determinado papel familiar pueden crear problemas. El terapeuta bisoño en materia de terapia familiar se siente a menudo atrapado en una doble ligadura con demandas conflictivas provenientes de diversos miembros de la familia y de las propias expectativas que tiene respecto de sí mismo. Algunos terapeutas parecen tratar esta experiencia conteniendo más firmemente la expresión de sus sentimientos y la utilización reflexiva de sus fantasías; sin embargo otros logran recuperar la confianza en su propia elasticidad moral y en la de la familia, aun frente a estos dilemas emocionales.

Gradualmente, en estos últimos años se ha observado una disminución en la tendencia anterior de los estudios y la terapia familiares a entender a los vástagos como víctimas primordiales de sus padres. Evidentemente, como noción permanente y constreñida, esta opinión conducía a la excesiva identificación con los vástagos e impedía captar la naturaleza de los procesos recíprocos en las relaciones familiares.

Un problema especial, creado por la sobreidentificación con uno de los miembros de la familia durante la terapia, es que esto conduce rápidamente al establecimiento de alineaciones perturbadoras y escisiones en el grupo de terapia familiar. En la terapia individual la sobreidentificación simplemente conducirá, durante algún tiempo al

menos, a una falta de progreso terapéutico. En la terapia familiar, otros miembros de la familia experimentan al paciente y al terapeuta que se ha identificado excesivamente con él como si se hubiesen aliado y separado del resto del grupo terapéutico familiar. En otras partes se han hecho descripciones de este fenómeno (Wynne, 1961). Si esto no recibe el debido reconocimiento y no se somete a interpretación, algunos de los participantes no tardarán en negarse a continuar. Tanto en la terapia individual como en la familiar, por supuesto, la máxima conciencia de sí mismo en el terapeuta facilitará grandemente el movimiento terapéutico favorable.

Un tropiezo provocado por la contratransferencia y especialmente difícil en la terapia familiar, es el que se presenta en forma de problema de competencia con el padre de la familia. A menudo los padres ya están a la defensiva y se sienten amenazados por sentimientos de fracaso procedentes del hecho de que haya trastorno psiquiátrico en la familia, pero además el papel que la cultura le asigna al padre y que lo convierte en quien debe tomar las decisiones y ejercer el papel de dirigente responsable de la familia, puede pasar en efecto a manos del terapeuta. Especialmente el terapeuta masculino tiene que percatarse de la humillación implícita que un padre puede experimentar por el sólo hecho de observar a un terapeuta que trata de manera decisiva y efectiva a otros miembros de la familia. Si algún miembro de la familia manifiesta afecto o simpatía por el terapeuta, otros miembros podrán experimentar esto como prueba de su propia falta de atractivos. El reconocimiento y la discusión francas de tales cuestiones aclarará mucho las cosas y restaurará la confianza, en tanto que la competencia no reconocida del terapeuta con un miembro de la familia puede hacer que resulte insostenible la posición de ese miembro y que se vea obligado a retirarse o a obstaculizar la terapia.

Por lo menos es concebible que algunos de los problemas especiales de contratransferencia que se presentan en la terapia familiar puedan ser en parte consecuencia del hincapié tradicional en las relaciones diádicas en la práctica psicoanalítica y psicoterapéutica. Aunque después de todo la situación edípica es mutipersonal, tal vez la relación diádica de tratamiento de la práctica tradicional tienda a subestimar el impacto y la complejidad plena de los problemas triádicos y multipersonales. Si es verdad que en el análisis personal acostumbrado los psiquiatras y los psicoanalistas todavía no han trabajado sobre sus propias ansiedades y dificultades en lo tocante a estar con grupos, y no las han resuelto por consiguiente, esto tal vez pueda sumarse a las dificultades de contratransferencia de los terapeutas familiares, así como a la de los terapeutas convencionales de grupo. A este respecto, el entrenamiento y la experiencia en materia de terapia convencional de grupo puede representar una ayuda considerable para el terapeuta familiar, y viceversa, pues la experiencia en cualquiera de estas formas de terapia

ampliara las perspectivas y el grado de conciencia de sí mismo del psicoterapeuta y del psicoanalista individuales.

He sugerido ya que los problemas de trabajar con familias sobre una base de diagnóstico y a corto plazo son muy diferentes de los que presenta la terapia más intensiva a largo plazo. Una de las diferencias estriba en la relativa facilidad con que puede hacerse caso omiso de los problemas de contratransferencia en contactos más breves o menos intensivos con familias. La atención se concentrará en cuestiones tales como la evaluación diagnóstica misma, la planeación de nuevas actividades terapéuticas o de otra índole, la solución inmediata de una crisis, etc., de manera que las reacciones del terapeuta tal vez no tengan consecuencias obvias.

De manera semejante, si el terapeuta cambia frecuentemente el escenario terapéutico, el programa de entrevistas o la constelación de personas que se reúnan, no podrán desenvolverse ni aclararse las cuestiones de transferencia o de contratransferencia. Incluso el terapeuta podrá engañarse y creer que estas cuestiones no se plantean en la terapia familiar. Aun cuando tanto la estructura como el contenido de las transferencias en la terapia familiar difieren de las que se dan en la psicoterapia o el psicoanálisis individuales, estos mismos fenómenos se producen, porque es parte de la psicología humana que se produzcan, y pueden aclararse y estructurarse si el terapeuta les permite salir a la luz. Sólo se pondrán de manifiesto fragmentos de los fenómenos de transferencia cuando no exista un ambiente y un orden estabilizados para la terapia familiar. Creo que la tendencia a hacer caso omiso de los fenómenos de transferencia-contratransferencia en la terapia familiar, es resultado de que no se hayan establecido las condiciones de tratamiento de manera suficientemente estabilizada como para que entre en foco la estructuración de la transferencia-contratransferencia. Sin duda alguna, es algo mucho más complejo que en la terapia individual, sobre todo a causa de que se encuentran presentes las figuras originales de la transferencia.

A la comprensión de este problema se deben dedicar estudios mucho más amplios e intensivos que los que hasta ahora se han hecho. Mi colega, el doctor Leslie Schaffer, ha indicado que tenemos que encontrar hasta qué punto puede establecerse una "neurosis de transferencia familiar regresiva"; entre las condiciones óptimas figuraría una constelación de participantes rígidamente mantenida, una elevada frecuencia de sesiones, de cuatro veces a la semana, por ejemplo, y el evitar la distracción y la difusión causadas por otras formas de intervención terapéutica llevada a cabo concomitantemente. Las experiencias que yo he tenido y que más se acercan a satisfacer estas condiciones, dieron lugar, en

efecto, al establecimiento de un cuadro mucho mejor definido de la transferencia-contratransferencia que el que se pudo componer en otras situaciones de terapia familiar.

Una trampa común en la terapia familiar es aquélla en la que cae el terapeuta cuando decide que debe tratar individualmente a un miembro de la familia para con el cual tiene sentimientos positivos o negativos no resueltos. Al racionalizar este cambio aduciendo "flexibilidad", estorba el desenvolvimiento y amortigua el impacto de sentimientos que podrían explorarse mejor dentro del marco del tratamiento conjunto, en vez de evadirse temerosamente. Creo que es por demás recomendable examinar con sumo cuidado toda intención de cambiar el escenario del tratamiento familiar, ya sea de largo alcance, como se describió en la sección anterior, o muy transitorio, a fin de considerar si el cambio puede estar estimulado primordialmente por problemas de contratransferencia de los terapeutas o por nacientes fenómenos de transferencia en miembros de la familia.

b) Interés sostenida del terapeuta. Un problema práctico que presenta alguna importancia en la terapia familiar prolongada consiste en que las tareas de mantenerse alerta para descubrir los problemas de contratransferencia (autoobservación), y de observar las transacciones complejísimas en la terapia, resultan muy fatigosas y agotadoras emocionalmente. Como en el caso de los terapeutas que trabajan intensivamente con individuos esquizofrénicos, tiende a existir una tasa considerablemente elevada de desgaste entre los terapeutas dispuestos a continuar ejerciendo esta clase de actividad profesional. Por lo menos parte del problema es cuestión de la cantidad de energía que un terapeuta está dispuesto a emplear durante periodos prolongados. Tal vez sea necesario sentir un interés especial en trabajos de esta clase, sobre todo en lo que respecta a los objetivos de la investigación, para mantener la actividad con familias muy perturbadas durante periodos prolongados.

Además no es fácil desarrollar una orientación práctica hacia la familia, considerada ésta como unidad (subsistema social). Muchos terapeutas llevan a cabo la terapia familiar de manera que hace pensar que siguen interesados primordialmente en el paciente que presenta los síntomas o, a veces, en algún otro miembro de la familia. En efecto, realizan terapia individual en un marco familiar. Aunque a veces sea conveniente dirigir la mayor parte de la atención verbal a un determinado miembro de la familia, el terapeuta que está llevando a cabo la terapia familiar y que acabo de describir, mantendrá un estado de alerta subyacente a las reacciones no verbales de los demás miembros de la familia y, en alguna parte de su mente, reflexionará sobre cómo encaja el material individual en las estructuras familiares totales. Creo que una orientación sobre la familia tomada como unidad no es tanto cuestión de su destreza como terapeuta, como de su "disposición", su manera de pensar acerca de la terapia y de las relaciones humanas. Debería reconocerse que

algunos terapeutas se orientan primordialmente a las cuestiones intrapsíquicas y a la relación diádica paciente-terapeuta. La terapia familiar conjunta practicada por terapeutas que no pueden o no desean cambiar esta "disposición" tradicional, no sabrán sacar provecho de todo el potencial de la situación de tratamiento conjunto.

c) Capacidades activas y de fijación de límites del terapeuta. Una tercera característica de los terapeutas, que tiene más importancia en la terapia familiar que en la individual, consiste en que el terapeuta tiene que sentirse cómodo con los aspectos agresivos, activos, y establecedores de límites de su papel. Edward Hoedemaker (1960) ha escrito un valiosísimo artículo a este respecto, y en él sostiene que un aspecto intrínseco, incluso de la situación psicoanalítica clásica, es el de la función establecedora de límites del analista. Por lo común, con neuróticos bien aculturados que ya saben lo que pueden esperar de la escena analítica, es muy poco lo que tiene que hacerse patentemente para fijar límites. En el caso de pacientes psicóticas "fronterizos" con acting out, el terapeuta tiene que desempeñar una mayor actividad. En la terapia familiar, la necesidad de actividad de parte del terapeuta constituye regularmente un problema. El terapeuta que sienta temor ante la necesidad de fijar límites y definir las condiciones de la terapia, tropezará con mayores dificultades al trabajar con familias que con individuos.

En algunos casos el sistema social que es la familia está tan apretadamente organizado e integrado, que al propio terapeuta se le trata como extraña y le suele costar trabajo ingresar al sistema. Esta situación es algo análoga al tratamiento de los trastornos egosintónicos del carácter; de manera semejante, algunas familias presentan lo que podría calificarse de trastornos sintónico-familiares. La actividad del terapeuta familiar en particular, es un estímulo necesario para el cambio, sobre todo en el caso de tales familias. La terapia familiar, al igual que el psicoanálisis de los trastornos individuales del carácter, requiere una orientación especial para poner de manifiesto problemas tan cerrados.

Como muchas familias seguirán hablando entre sí, aun cuando el terapeuta no haga nada, le resulta fácil al terapeuta familiar mantener su pasividad y aun racionalizar la creencia de que su inactividad es deseable.

Así, el hablar o disputar reiteradamente puede ser una manera de eludir un trabajo terapéutico reflexivo. El simple hecho de que una familia esté dispuesta a seguir asistiendo y hablando, no significa necesariamente que esto sea terapéuticamente útil. En el caso de familias demasiado estructuradas en su uso de los mecanismos homeostáticos, el terapeuta que "deja a la familia arreglar sus propios problemas" se enfrentará a una apabullante monotonía y no obtendrá ningún cambio.

d) Capacidad del terapeuta para contenerse. Por supuesto, la actividad del terapeuta no debería confundirse con el acting out. Las tentaciones y presiones para mostrarse indiscriminadamente activo, a menudo son mayores que en otras formas de terapia. A veces esto cobra la forma de ofrecer un consejo no ponderado;

en otras ocasiones, de poner imprudentes ultimátums; y en otras más, de estar machacando interminablemente sobre uno y otro miembro de la familia.

Una forma más sutil y común de esta dificultad consiste en el uso de interpretaciones o aclaraciones prematuras. Mucho material dinámico observable resulta a menudo muy impresionante para el terapeuta familiar. Le es fácil suponer que los miembros de la familia se dan cuenta de por lo menos algo de lo que está ocurriendo. El terapeuta familiar necesita utilizar todas sus capacidades de empatía para comprender la forma en que los diversos miembros de la familia están experimentando lo que ocurre, de manera que no se ponga a correr de asido y simplemente confunda a los miembros de la misma o provoq un incremento de operaciones defensivas. Un problema que se presenta en la terapia familiar es que el material, lo mismo verbal que no verbal, de que se dispone para aclaración e interpretación, rápidamente rebasa lo que los miembros de la familia están dispuestos a permitir que llegue a su conciencia. En la terapia individual, los datos que conoce el terapeuta se van acumulando a un ritmo que coincide más con lo que el paciente puede asimilar.

ALGUNAS SUGERENCIAS PARA EL ENTRENAMIENTO Y LA ORIENTACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES POTENCIALES

En vista de todas las dificultades que he venido describiendo, el lector podrá pensar incorrectamente que a mi juicio la terapia familiar exploratoria es tan compleja, que no hay una sola persona calificada para practicarla. Por el contrario, aunque considero dignos de atención los problemas y dificultades, no creo que ninguno de ellos sea insuperable. Muchas de las dificultades pueden reducirse a un nivel gobernable utilizando medios que están al alcance de todos, como los que consisten en establecer de la manera más definitiva posible las condiciones de tratamiento en cada familia, aclarar las expectativas del terapeuta acerca de cuestiones tales como quiénes deberán hacer acto de presencia en las sesiones, y mantener una orientación hacia aquellos problemas que constituyen preocupaciones que toda la familia comparte, en vez de dirigir la atención sobre cuestiones muy interesantes, pero que sólo distraen.

Ya he indicado la importancia que atribuyo a la reducción de las trampas de la contratransferencia, por no decir que a su eliminación, mediante la experiencia psicoanalítica de los terapeutas. He señalado tam bién que la experiencia obtenida en el trabajo de terapia de grupo convencional puede ayudar a frenar las tendencias individualistas de la mayoría de los terapeutas.

Además, mientras los terapeutas van adquiriendo experiencia en materia de terapia familiar conjunta, la utilización generosa de colegas, super

Cap. 7 Algunas indicaciones de la terapia familiar

Algunas sugerencias para el entrenamiento de terapeutas

visores, observadores y coterapeutas, para discutir los problemas que se presentan, prestará gran ayuda para evitar caer en algunas de las trampas de que he hablado.

El problema de los coterapeutas es toda una materia que no puedo examinar con detalle aquí. En nuestro programa del NIMH hemos utilizado dos terapeutas con la mayoría de las familias, como procedimiento de entrenamiento e investigación. Terapéuticamente, hemos encontrado también que en las familias que tienen muchos miembros y en aquellas que están especialmente fragmentadas y desorganizadas, el uso de coterapeutas ayuda al terapeuta a sobrevivir. Se siente más libre en sus capacidades reflexivas, no tiene que ser defensivamente directivo, y puede echar mano de los recursos de otro par de ojos y de oídos que le ayuden a captar todos los acontecimientos de la terapia.

Aun cuando se observen los mismos acontecimientos, las reacciones emocionales de diferentes terapeutas varían a veces y, al sumarse, contribuyen a trazar un cuadro más completo y preciso de las diversas facetas de la situación familiar. Como no es probable que las reacciones emocionales sean simultáneas en más de un terapeuta, a veces pueden reducirse mediante el uso de coterapeutas los problemas de las alianzas y divisiones perturbadoras en que se ven envueltos los terapeutas. No obstante, después de que la terapia está siguiendo su curso y el terapeuta se ha formado alguna idea de la naturaleza de la familia con la que está trabajando, el uso de un solo terapeuta es perfectamente posible, en caso de ser necesario, con excepción de las familias más perturbadas.

Por último, quiero decir que es fácil exagerar los riesgos posibles de la terapia familiar. En la realidad, es extremadamente pequeña la probabilidad de provocar sin intención cambios drásticos o precipitados. Los ejemplos de grandes cambios que se han producido a consecuencia de la interacción familiar de los que yo he tenido noticia, han resultado en realidad una repetición de un añejo patrón familiar, nuevo únicamente para el terapeuta, o bien han resultado de nuevos errores de tratamiento, especialmente de una excesiva pasividad de parte del terapeuta y de no haber establecido con anterioridad un plan de tratamiento. En la terapia familiar, lo mismo que en la psicoterapia y el psicoanálisis individuales, la aparición de síntomas durante el tratamiento es necesaria y propia. Lo importante es saber si se ha montado una estructura de tratamiento para contener los síntomas y permitir

trabajar con ellos. Evidentemente, no se habrá hecho cuando los terapeutas y la familia se alarman y abandonan la terapia familiar conjunta tan pronto como aparece una psicopatología significativa, ya sea en forma de síntomas o de resistencia.

Me preocupa muchísimo más el problema de provocar un cambio auténtico y perdurable en las estructuras familiares, que los peligros de desorganizarlas sin querer. Comentarios torpes podrán hacer enojar o sentirse mal a diversos miembros de la familia, y tanto los terapeutas como los miembros de la misma podrán sentirse muy incómodos; pero esto no equivale a provocar un cambio perdurable. Las capacidades homeostáticas y autorregulativas de la familia, considerada como subsistema social, son por demás considerables, sobre todo si se reúne uno realmente con toda la familia y no únicamente con una parte de la misma. En verdad, las familias poseen una asombrosa capacidad para seguir siendo las mismas. Por consiguiente, la cautela que persiste en algunos centros que no se atreven a ensayar la terapia familiar, puede ser reflejo, en parte, de que se subestime la fuerza estructuradora que hay en las relaciones humanas.

La psicoterapia y el psicoanálisis individuales, la psicoterapia convencional de grupo y la terapia familiar conjunta, poseen sus propias clases de relación paciente-terapeuta, que dan lugar a problemas, metas e indicaciones que les son igualmente propias. He tratado de resumir mis opiniones actuales, sujetas a revisión, en lo tocante a algunos de los problemas que presenta la estimación del lugar que ocupa la terapia familiar en el repertorio psiquiátrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bion, W. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int. J. Psycho-Anal.* 38, 266-275.
- Brodey, W. M. (1959). Some family operations and schizophrenia. *A. M. A. Arch. gen. Psychiat.* 1, 379-402.
- Erickson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 4, 56-121.
- Farber, L. H. (1958). The therapeutic despair. *Psychiatry* 21, 7-20.
- Hoedemaker, E. D. (1960). Psycho-analytic technique and ego modification. *Int. J. Psycho-Anal.* 41, 34-46.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.* 27, 99-110.
- Parsons, T. y Bales, R. (1955). *Family, socialization and interaction process.* Glencoe, Ill.: Free Press.
- Schaffer, L., Wynne, L. C., Day, J., Ryckoff, I. M. y Halperin, A. (1962). On the nature and sources of the psychiatrists' experience with the family of the schizophrenic. *Psychiatry*, 25, 32-45.
- Searles, H. F. (1958). Positive feelings in the relationship between the schizophrenic and his mother. *Int. J. Psycho-Anal.* 39, 569-586.
- Singer, M. T. y Wynne, L. C. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. 111. Methodology using projective techniques. *Arch. gen. Psychiat.* 12, 187-200.

Wynne, L. C. (1961). The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. En N. W. Ackerman, F. L. Beatman y S. N.

Referencias bibliográficas

375

Sherman (dir.) Exploring the base for family therapy. Nueva York: Fam. Serv. Ass. of Amer., pags. 95-115.

Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. y Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205-220.

Wynne, L. C. y Singer, M. T. (1963a). Thought disorder and family relations of schizophrenics. I. A research strategy. *A. M. A. Arch. gen. Psychiat.* 9, 191-198.

Wynne, L. C. y Singer, M. T. (1963b). Thought disorder and family relations of schizophrenics. II. A classification of forms of thinking. *A. M. A. Arch. gen. Psychiat.* 9, 199-206.

Cap. 8 **CONTRATRANSFERENCIA EN EL TRATAMIENTO FAMILIAR DE LA ESQUIZOFRENIA**

CARL A. WHITAKER, RICHARD F. FELDER, JOHN WARKENTIN

Enfoque del ambiente y del tratamiento, 377.

Dinámica del proceso, 380.

Patrones de la contratransferencia, 381.

Resolución de los problemas de contratransferencia, 390.

Observaciones finales, 394.

Referencias bibliográficas, 395.

RECIENTEMENTE HAN AUMENTADO DE manera notable las discusiones sobre problemas de contratransferencia que se presentan en el campo general de la psicoterapia. Entre los estudios recientes figuran investigaciones específicas grabadas en cinta magnética, observaciones detalladas de la interacción, películas y análisis lingüísticos de la comunicación. Estos estudios indican consistentemente que el terapeuta se ve mucho más envuelto en el proceso terapéutico de lo que previamente nos habíamos atrevido a reconocer. La tendencia creciente a tratar a los pacientes en el marco de su familia ha dado lugar también a nuevos insights acerca de la participación del terapeuta. El uso de dos terapeutas con un paciente se trocó por el uso de dos terapeutas con una pareja casada y poco a poco nos ha ido dando tal valor, que ahora nos atrevemos a tratar al grupo familiar. Una consecuencia de esto ha sido que ahora tratemos al esquizofrénico en su ambiente familiar. Este capítulo se propone comentar los problemas terapéuticos que presenta este esfuerzo y, concretamente, los que se presentan en el propio terapeuta. No haremos ningún esfuerzo por evaluar los problemas del paciente o el proceso psicoterapéutico como tal.

Al permitirse envolver en la familia del paciente esquizofrénico, el terapeuta inevitablemente debe ser capaz de resonar a lo que emita el grupo

y también de identificarse primero con uno y luego con otro de los miembros del mismo. Luego los reta a que desconecten algunos de los vectores tentaculares con los que han estado viviendo, y los reconecten de, manera tal que cada uno sienta una nueva capacidad de separarse y en libertad de interactuar con el terapeuta. Al irrumpir en la familia, es evidente que el terapeuta está activando sus propias valencias libres. En esta nueva escena, el terapeuta debe poner en juego aquellos patrones defensivos interrelacionados firmemente, que estuvieron asociados con su propio ambiente familiar original y no sólo las relacionadas con sus padres como individuos. Presumiblemente, estas últimas transferencias fueron resueltas en su propio análisis. Existe un peligro oculto,, pues se está relacionando con una familia y sin embargo nunca ha experimentado la terapia en el marco de su familia de origen.

Cuando el terapeuta se enfrenta a un esquizofrénico y su familia durante el tratamiento, los problemas de contratransferencia, hasta del terapeuta experimentado, resultan más obvios que en otras formas de psicoterapia (Whitaker, Felder, Malone y Warkentin, 1962). Cuando acepta a la familia como paciente, el terapeuta comienza a poner al descubierto los residuos inmaduros de su propia persona. Independientemente de lo mucho que se esfuerce por participar con maduro calor humano, revelará algunas respuestas infantiles o patológicas a pesar de sí mismo. Durante la entrevista misma, tal vez no se dé cuenta de lo que ha ocurrido, pero descubrirá los deslices al estudiar las grabaciones o con la ayuda de un colega.

ENFOQUE DEL AMBIENTE Y DEL TRATAMIENTO

El trabajo de que hablaremos aquí se efectuó en una clínica particular, en la que nueve terapeutas mantienen una estrecha relación de trabajo. Desarrollan diariamente terapia múltiple y de consulta de unos con otros, y por ello han ido forjando una ideología psicoterapéutica común.

Al marca teórico de los autores se le da el nombre de psicoterapia experiencial (Malone, Whitaker, Warkentin y Felder, 1961). Este término denota para nosotros una estructura de sobreposición "secuencial" entre la relación de transferencia y la relación existencial, dominando ésta las últimas etapas de la psicoterapia. Se hace todo género de esfuerzos por aumentar los aspectos expresivos y emotivos de la relación terapeuta-paciente dentro de los límites del buen juicio clínico (Auerbach, 1963). Esta manera de abordar al esquizofrénico y su familia exige el aumento de la participación específica en los aspectos de contratransferencia del

tratamiento. Por contratransferencia entendemos los sentimientos deformados del terapeuta. Entre éstos figuran no solamente los contrasentimientos que surgen en el terapeuta respecto de los sentimientos de transferencia procedentes de la familia que es su paciente, sino también aquellos que provienen de los subgrupos que existen dentro de la familia. El término contratransferencia designa también para nosotros aquellos afectos que surgen en el terapeuta y tienen que ver con su transferencia directa. El grupo, los subgrupos o los individuos, pueden representar simbólicamente para él a alguien de su propio pasado, es decir, a su hermano, su padre o su madre, o su propio grupo familiar. Para nosotros el término contratransferencia designa también el proceso de identificación que tiene lugar en el terapeuta de manera que, por ejemplo, se deja envolver hasta tal punto, que el paciente esquizofrénico se convierte en una suerte de alter ego para él, y ve al paciente esquizofrénico como si fuese el terapeuta mismo. Por último, en el terapeuta no diferenciamos los sentimientos manifiestos de los encubiertos, puesto que en cada uno de esos casos siente ansiedad. Sin embargo cuando expresa sus sentimientos a la familia, resultan más útiles para ésta que cuando se le mantienen ocultos (Whitaker, 1958).

Entre paréntesis, debemos advertir que la contratransferencia no es terapéutica, pero la profundidad de involucramiento que pone de manifiesto es necesaria para alcanzar éxito en el tratamiento de cualquier paciente psicótico. Un terapeuta maduro puede llegar hasta tal profundidad si está dispuesto y es capaz de resolver la patología (contratransferencia) de manera que su relación sea libre y resulte interesante para el paciente. La expresión manifiesta de la "patología" del terapeuta ante la familia, debe estar controlada por su buen juicio clínico del peligro que pueda representar. Sin embargo, la renuencia a compartirla se basa frecuentemente en su orgullo y pudor, y en tal caso sólo produce una confusión secundaria en la relación. En este artículo comentamos el tratamiento de un grupo familiar al que se trató como unidad, aunque los síntomas patentes se expresasen a través de un niño clínicamente enfermo. A lo largo de nuestro desarrollo como grupo clínico, hemos dedicado muchos años al trabajo con grupos, con parejas, y hemos utilizado la terapia múltiple en todos los campos de la psicoterapia. Empleamos la terapia múltiple como método para resolver las tendencias a la contratransferencia de parte del terapeuta, y para conseguir que se vaya volviendo cada vez más competente en el tratamiento de aquellas estructuras defensivas que debilitan su terapia. Nuestro estudio de la contratransferencia ha sido realizado en gran parte con fundamento en entrevistas grabadas y observaciones que van emergiendo en el ambiente de terapia múltiple, donde cada terapeuta puede observar los patrones dinámicos que van apareciendo en otro miembro del equipo terapéutico. En cambio, su propia contratransferencia por lo común escapa a la atención del terapeuta durante la entrevista.

En nuestra clínica, el padre o la madre, por lo común, solicita la consulta inicial, momento en el cual pedimos que venga toda la familia junta. No vemos al paciente esquizofrénico a solas en ningún momento, ni atendemos a los padres sin el paciente. En la primera entrevista decidimos si debemos incluir o no a los hermanos. Tratamos a la familia como una unidad e insistimos en que a menos que toda la unidad se encuentre presente, no tendremos "paciente". A veces dramatizamos esta estructura llamando grupo interconectado a nuestro paciente o, de manera un poco más drástica, "ensalada de personas". Cada miembro está confinado en una red de relaciones parecida a una gelatina, en la que cada persona es un trocito metido en la misma y rodeado por la masa. Por ejemplo, durante una entrevista familiar, un padre al que le preguntamos si pensaba comprar un coche nuevo, respondió: "yo no hemos pensado en eso".

La descripción del tratamiento familiar resulta una tarea difícil puesto que se enfrenta uno realmente a toda una nueva definición de la escena primigenia, que ahora se convierte no en una escena sexual, sino en una unidad interaccional de dos generaciones. Suponemos que el hijo esquizofrénico es el cordero del sacrificio, que es sometido repetidas veces a la trama de la crucifixión para satisfacer la necesidad familiar. En la terapia familiar, nuestra tarea se convierte en una ayuda para que el hijo complete la terapia de la familia, para que cada miembro, pueda ser libre. Si la terapia tiene éxito, entonces el resultado tiene que liberar a los padres de su involucramiento en la "ensalada de personas" que abarca al hijo y a ellos.

En contraste con la psicoterapia individual, se nos presentan aquí las relaciones hogareñas reales que en la psicoterapia común se transfieren al terapeuta. El hijo está relacionándose con su madre real y su padre real, y los tres se ven envueltos en un grupo con el cual el terapeuta se relaciona de manera aparte. En otras palabras, la terapia individual se basa en una relación simbólica; la terapia de grupo se basa en una matriz social; y la psicopatología familiar se basa en la unidad biosocial que constituye el fundamento de toda nuestra sociedad. Nada tiene de extraño que durante años el terapeuta no se haya atrevido a saltar a la arena de esta situación para intentar cambiarla. La dinámica de la unidad familiar nace de la interconexión neurótica que existe entre los padres, un amor que es a la vez real y simbólico y reforzado por el afecto a que ha dado origen al nacimiento y el crecimiento de los hijos y las experiencias de muchos años de vida en común. En contraste

con la psicoterapia familiar, la psicoterapia de grupo encierra una relación de transferencia entre los miembros y dirigida hacia el terapeuta; estas relaciones se van desarrollando en una catexia gradual y simbólica. En la terapia familiar, la relación en el interior del grupo ha venido operando durante muchos años; está muy cargada de afecto y no sólo se encuentra sistematizada, sino bien defendida por muchas partes. La familia llega a la situación terapéutica armada de una fuerza mayor que la que tiene el terapeuta; y éste es un extraño. El proceso de la psicoterapia familiar es un proceso en virtud de lo cual este grupo poderoso, por vez primera está llevando a cabo esfuerzos intencionales para romper las defensas y estructuras interconectadas que estorban el crecimiento.

DINÁMICA DEL PROCESO

El proceso de cambio durante la psicoterapia es un tema muy extenso, y no lo podremos abarcar en este capítulo. Sin embargo hay que señalar que el proceso de cambio, según se describe en relación con el paciente individual, y el proceso que tiene lugar en la psicoterapia de una familia son muy diferentes. La psicoterapia familiar es diferente también de la psicoterapia de un matrimonio. Para nosotros, la familia consta de por lo menos dos y, frecuentemente, tres o más personas que constituyen una unidad de dos generaciones. El simple hecho de esta amplitud de dos generaciones cambia la dinámica del proceso terapéutico. Además, la presencia de un colapso cultural de la familia como institución añade un nuevo vector a las complejidades de la dinámica familiar según lo testimonia el paciente psicótico. Sin embargo, la homeostasis natural de la unidad familiar es reforzada, durante la psicoterapia, por la fidelidad al grupo que, según lo ha descrito Bion, va desarrollando "ante la inminencia de tal batalla" (Bion y Richman, 1943).

Todos sabemos que la estabilidad impide el cambio, pero la fluidez de los agrupamientos y reagrupamientos en el seno de una familia también se opone al cambio. Esta fluidez es tan protectora como la actitud de perpetuo asentimiento del hombre que nunca está en desacuerdo con nadie. Toda ansiedad en un miembro se ve compensada por la seguridad que le da otro miembro de la familia o un subgrupo familiar, o por el ataque de éstos contra el terapeuta. Como fuerza sumada, el terapeuta puede incluso congelar la interacción en un determinado punto y provocar un pánico colectivo y la fijación repentina de las fidelidades, tal como puede poner al descubierto nuevos antagonismos resistentes y nuevas identificaciones simbólicas. Actuando el terapeuta como partero, unas cuantas de estas fidelidades ocultas, que se ponen al descubierto durante el pánico, se abren camino hasta la conciencia. Cuando de esta manera

quede perturbada la homeostasis, podrá desarrollarse otra racha de compensaciones y nuevas alianzas interpersonales quedarán al descubierto, las que con suerte quedarán integradas a la dinámica de la totalidad.

Así pues, la terapia familiar abarca un rompimiento de la lealtad familiar con el desarrollo no sólo de nuevos subgrupos, sino también con la aparición de sistemas de tensiones que han estado cubiertos durante muchos años. En la psicoterapia familiar, el terapeuta debe sumarse a este esfuerzo perturbador y a las subsiguientes alineaciones nuevas, además de contribuir a establecerlas. Para que el terapeuta sea útil a la familia, el esfuerzo de tan profunda participación deberá conducir a una vinculación de tipo contratransferencial primitivo. (Rosen, 1953.)

PATRONES DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Hemos dicho que la contratransferencia es inconsciente mientras se está efectuando; sin embargo, se puede hacer que el terapeuta la perciba durante la experiencia, o éste podría darse cuenta de la misma poco después. Cuando el terapeuta emprende la psicoterapia de la familia, lleva consigo algunas actitudes concretas que ya son parte de su respuesta personal a cualquier situación terapéutica. Como está acostumbrado a tratar a un solo paciente, aborda la situación familiar como si anduviese buscando una persona a la cual tratar. Esto es resultado natural de sus experiencias pasadas, pero allana el camino a la aparición de los problemas de contratransferencia. Así pues, el terapeuta puede abordar realmente la situación con más ansiedad y una mayor carga afectiva que la de la propia familia. Ésta constituye un grupo encerrado en sí mismo y preparado a relacionarse defensivamente; han experimentado muchos años de conflicto con otros que desafiaron su integridad de grupo. Han hecho resistencia a tales intentos y poseen una honda convicción inconsciente de su propia fuerza. De manera que el terapeuta está fuera de balance y el paciente, en este caso toda una familia, tiene muy bien puestos los pies en el suelo; tiene estabilidad y cuenta con algunos métodos de grupo y de subgrupo para manejar tensiones.

Algunos datos parecen indicar que el terapeuta utiliza su trabajo con la familia como una manera de experimentar algunas de sus propias tensiones en lo relativo a la estructura social dentro de la cual creció. No podía cambiar la comunidad en la cual creció; por consiguiente, cambiará esta parte de la estructura social. De tal manera se provoca su celo de misionero. Podrá al menos cambiar a esta familia.

Aunque hemos elegido el empleo del término convencional de "contratransferencia", tal vez la mayor parte del afecto deformado que se observa en el terapeuta debería denominarse transferencia. Está volviendo

a vivir las primeras experiencias de su vida en un sentido que le resulta imposible en su análisis o aun en su hogar actual. Puede ejercer un control omnipotente e infantil sobre esta familia; puede perderse en este grupo familiar, o puede huir de su

hogar, como Huck Finn. Tiene la idea de que esta familia es la suya, la tentación de entregarse al acting out es prácticamente irresistible.

Después de trabajar con una familia durante trece meses en un ambiente de terapia múltiple, un terapeuta tuvo de pronto la fantasía de cortarles la cabeza a los padres. Este problema de contratransferencia había estado presente, indudablemente, durante muchas entrevistas, y es nuestra convicción que, si no hubiese sido compartido, habría debilitado en efecto la relación terapéutica. Puesto que fue compartida, constituyó un paso en la tarea de enseñar a la familia a modificar sus propios patrones de consulta, compartiendo los sentimientos cuya revelación parece horrible.

Según nosotros, la única manera eficaz de contrarrestar esta clase de contratransferencia parece consistir en contar con un coterapeuta que pueda ayudar a convertir las necesidades personales del terapeuta en un problema actual de la situación de tratamiento. A un solo terapeuta, se lo comerían vivo, y aquél se extraviaría sin remedio en la "ensalada de personas".

1) Fase de conexión

En la fase inicial de su relación con la familia, el terapeuta enfrenta una ansiedad excesiva. Traza un plan para esta nueva familia, su nueva familia. Tal vez será un padre para este grupo y a este último forjará de acuerdo con su fantasía; resultará ser su primera familia. Cualquiera que sea su plan, probablemente será diferente de lo que más tarde descubrirá que está haciendo al relacionarse con la familia. En su esfuerzo por penetrar en ésta, probablemente se perderá en ella y será absorbido como miembro de la misma. En tal caso ya habrá desarrollado una transferencia. Tal vez experimente esta transferencia como un impulso de atacar la homeostasis familiar. En efecto, trata de "quebrar" la familia, de manera muy semejante al acto de "quebrarle el espinazo de la psicosis" al paciente esquizofrénico de que habló John Rosen (1952). Tal vez fracase lamentablemente a causa de su involucramiento, como le ocurrió al terapeuta mencionado en el siguiente pasaje de un caso

MADRE: Bien, doctor, ¿qué piensa usted respecto de enviar a Paco a una escuela particular?; ¿de qué clase debe ser y dónde deberá estar?

TERAPEUTA: No creo que el problema tenga que ver con la escuela. Creo que usted tiene razón cuando dice que su problema ha existido durante años, y que la escuela simplemente atrapa el viejo problema.

MADRE: Bien, doctor, de acuerdo; el caso es que si tuviese algún sentido sacarlo de la escuela, estaría yo de acuerdo; pero no puede dejar de asistir a la escuela indefinidamente, y durante este año ya ha faltado dos meses.

TERAPEUTA: ¿Se da cuenta de lo que está haciendo cuando habla? MADRE: No, no tengo idea.

TERAPEUTA: ¿Y usted, papá?

PADRE: NO.

TERAPEUTA: ¿Y tú, Paco? (paciente de 16 años de edad). (No responde nada.)

TERAPEUTA: ¿Juan? (el hermano menor). JUAN: No.

TERAPEUTA: Quería que vieran que el problema se encuentra aquí mismo, en el consultorio.

JUAN: (interrumpe) ¿Aquí mismo?

TERAPEUTA: Sí. Y entonces mamá desvió inmediatamente nuestra conversacion, para que volviéramos a hablar de "¿qué haremos en lo que respecta a la escuela?", como si el problema estuviera en ésta.

MADRE: El problema es conseguir que reciba una educación.

TERAPEUTA: No lo creo. Es lo que estoy diciendo. No creo que ese sea el problema. El problema es que pone sus zapatos sucios sobre mi sillón de mil pesos, y su padre no le dice nada. Ese es el problema. (El terapeuta está enojado por la suciedad y con el padre.)

PADRE: ¿Qué puede hacer uno? (lo que quiere decir es: ¿qué puede hacer usted? -el terapeuta-).

MADRE: ¿Cómo puede coger uno algo tan grandote y cambiarlo de ropa para que se vea limpio? Le saca uno la ropa y le dice que se la ponga y no se la pone; no le hace a uno el menor caso.

TERAPEUTA: Creo que ya estamos viendo con claridad el problema.

Fracasó el esfuerzo que hizo el terapeuta por apartarse del tema de la escuela y poner atención en la situación del momento. Al tratar de señalar la existencia de un problema inmediato entre el paciente y el padre, el terapeuta no solamente falló, sino pasó a ser parte de la despersonalización del paciente a que se entrega la familia ("algo tan grandote" y "cambiarlo de ropa"). La madre no habría hablado de esta manera si el terapeuta, ante su propia ansiedad, no hubiese participado en la hostilidad de la familia contra el "paciente". Cuando se escucha el resto de la entrevista se advierte que el terapeuta sigue siendo impotente, atrapado por la dinámica familiar fija e incapaz de zafarse. Si hubiesen estado presentes dos terapeutas, el otro probablemente habría sido capaz de asegurar que el primero se mantuviese estable en su propio ambiente

y siendo él mismo. De tal manera, no le habría sido necesario "pertenecer" a la familia simplemente porque le preocupaba hondamente su movimiento. El terapeuta se descompensó; "deseó" y "ensayó" prematuramente. Un paso seguro habría sido decirle: "¿cuánto de su problema familiar parece encontrarse en esta habitación ahora mismo?", o "¿rezó alguien por mí en esta entrevista?", o "¿le parece que mi consultorio es un lugar adecuado para que usted, papá, luche contra su familia hasta lo último?"

2) Fase de involucramiento

A medida que el terapeuta se va viendo cada vez más envuelto, tal vez descubra que está identificándose con el hijo de la familia y atacando a la madre como si fuese a proteger al hijo contra los impulsos malignos de ella. De manera secundaria, tal vez de igual manera se esté esforzando por sustituirla en la vida interior del hijo y convertirse él en la madre dentro de la estructura familiar. Por otra parte, quizá se identifique con la madre y se esfuerce por establecer una doble ligadura con el hijo esquizofrénico, tal como ella lo hizo, ya sea a causa del esfuerzo que hace por capturar a un paciente o por sus sentimientos competitivos respecto de la madre. Por ejemplo:

MADRE: Bueno, me imagino que a veces se presentan cosas que uno no quiere hacer. Pero hubo un tiempo en que no hacías nada de lo que se te pedía que hicieras.

Hijo: No creo que eso...

MADRE: Si siento la necesidad de pedirte que hagas algo ahora, te lo pediré tal como se lo pediría a cualquier de los otros que anduviese cerca. Traté de aconsejarte y enseñarte todo cuando eras pequeño; en otras palabras, cuando creciste sentí como si no hubieses asimilado nada. De manera que hubiese podido ahorrarme tantos consejos. Tengo que enseñarte algunas cosas, porque considero que tú no te ocupas de ellas.

Hijo: Creo que es importante que usted dé su opinión acerca de esto. No tenemos la menor idea que nos haga saber qué es lo que piensa. En otras palabras, si no dice nada nos encontraremos donde siempre hemos estado, porque no tenemos a nadie que nos diga con autoridad si tenemos razón o no, o dónde estamos exactamente.

TERAPEUTA: (carraspeando) Bueno...

Hijo: Sé que es difícil, pero estoy seguro de que a los dos nos gustaría saber cuál es su opinión. Si estoy equivocado en mis sentimientos, quiero decir, sé que no estoy equivocado en mis sentimientos. Sé lo que siento, pero si estoy equivocado en mi manera de pensar, también tengo que saberlo.

TERAPEUTA: Así es. Pero esa es la razón por la cual no hago comentarios. Porque estoy aquí para tratar de ayudarlos a que se comprendan unos a otros y tengan una experiencia en la que yo pueda participar, y tal

vez lograr que esta experiencia sea diferente de otras que hayan tenido ustedes juntos. No se me ocurre ninguna opinión. Si encuentro algo que resulte útil en la

participación con ustedes, no vacilaré en decirlo. Hijo: No puedo pensar como ella acerca de las cosas, y todavía no sé por qué no puedo.

TERAPEUTA: Estoy seguro de que eso es cierto. Y espero que eso siga ocurriendo durante mucho tiempo. No espero de ninguno de ustedes que cambie de la noche a la mañana.

Hijo: Reconozco que los dos nos sentimos mal cuando regresemos a casa la última vez, y probablemente nos pasará lo mismo ahora.

TERAPEUTA: Quiero decir algo al respecto, puedo dar esta clase de opinión. Es la clase de opinión para la que creo resultar útil. (carraspea). Considero que el sentir malestar por su presencia aquí es algo que les ayudará. Cada vez que se sientan mal por lo que aquí ocurre, podrán felicitarse en el camino a casa por haber realizado algo; porque mientras esto siga siendo una conversación tranquila, no conseguiremos que seas capaz de ir a trabajar.

MADRE : Bueno, tal vez yo esté equivocada acerca de esto. Dice que nunca soy positiva, de manera que no puedo serlo acerca de esto; pero sí puedo decir lo que pienso y lo que me han hecho pensar los hechos. Si yo le digo a Jorge que hizo mal algo, no me presta la menor atención, no puede creer que haya estado mal, piensa que sabe más. Si usted le dice que algo estaba mal o le da su opinión acerca de algo, entonces él tiene derecho a respetar más lo que usted dice, porque usted sabe de esto, yo no. Por otra parte, creo que si mientras he estado aquí no hubiese aprendido un poco de la verdadera experiencia, tendría que haber sido terriblemente tonta. Y con todas las cosas que he visto y he experimentado, no quiero dar a ninguno de ellos un mal consejo en ningún momento, porque podrían tomarlo. No creo que lo tomarán. No creo que Jorge haga mucho caso de mis consejos, pero me preguntaba a mí misma si no es así.

Hijo: Aunque hay una gran diferencia en nuestras edades, me pregunto cómo es que dos personas pueden tener la misma situación y sacar resultados tan diferentes. Creo que uno de nosotros no está viendo bien las cosas.

MADRE: Bueno, yo también la pienso y no creo que sólo yo. Tal vez soy demasiado complaciente o quizá no. Soy capaz de hacer muchas cosas por evitar una discusión con un vecino.

Hijo: Ya lo creo.

MADRE: No sé de nada que mis vecinos me hayan hecho. Eso es lo que he estado tratando de decirte. Tú dices que yo soy capaz de soportar todo, y no lo creo.

Hijo: ¿Dirías que nunca has discutido con nadie? MADRE: ¡Oh, he tenido muchas discusiones!

Hijo: Nunca te he oído decir algo que pueda interpretarse... (ambos hablan).

386 Cap. 8 Contratransferencia en el tratamiento de la esquizofrenia

MADRE: Nunca ha habido ocasión de discutir con un vecino en la que hayas estado presente, que yo sepa. La pura verdad es que me paso todo el tiempo metida en casa y no veo a muchas personas...

Hijo: Lo cual es otra cosa.

MADRE: Lo cual es precisamente un poquito cada vez. Es simplemente otro hábito, porque me he quedado en casa tanto tiempo, que ya no quiero ir y creo que tengo derecho. El hecho es que nunca me ha gustado mucho ir con la gente, y tenía que ir al trabajo; eso era suficiente.

Hijo: ¿Podría hacer usted un comentario?, ¿sería capaz de generalizarlo y decir cuál debe ser la relación entre una madre de la edad de ella y un hijo de mi edad?, ¿qué es lo que deberían hacer? No digo concretamente, sino en general. Quiero saberlo.

MADRE: Meterse en sus propios asuntos, me imagino. Aunque no creo que me lo hayas preguntado a mí. En otras palabras, es lo menos que se puede decir de eso.

Hijo: ¿Cuáles son mis asuntos privados y cuáles los de ella?; ¿qué cosas deberíamos hacer las dos personas, madre e hijo, no como elemento personal. . .

TERAPEUTA: Creo que el elemento personal es muy importante. Rijo: Bueno, veo que se niega a decírmelo.

TERAPEUTA: Jorge, no me interesa crear una madre y un hijo teóricos, sino tratar con personas reales. Me dará mucho gusto decirte lo que creo que has estado diciendo esta mañana: el hecho de que te sientes dependiente de ella no te gusta, lo cual es la relación normal entre la madre y un pequeño de cuatro años. Cuando el niño es dependiente de la madre, ella le suministra alimentos, es la persona más grande de su mundo. Pero esto provoca su resentimiento, porque él quiere ser un gran hombre y andar por el mundo y, en esta relación, hasta ahora esa es la parte que yo alcanzo a ver.

La madre y el hijo se han apoderado de la situación y dan vueltas en un circuito cerrado. El hijo trata de envolver al terapeuta; la madre comienza a estorbar, luego cambia de opinión. Al hijo no le gusta el comentario del terapeuta ("creo que el elemento personal es muy importante") y lo provoca ("bueno, veo que se niega a decírmelo") como lo hace con su madre. El terapeuta se convierte en la madre y le responde dulcemente, pero establece una doble ligadura con el paciente (y lo confunde: "no me interesa crear una madre y un hijo teórico", etcétera.) Pero antes de que termine el párrafo le está hablando al paciente, o acerca de él, en tercera persona. La transición desde el "tú" hasta el "él" es muy sutil.

A modo de tercera ligadura, el terapeuta puede volverse impotente y blando, y ocuparse en mantener el equilibrio de poder, como lo hace el padre; luego, el terapeuta estimula al hijo para que acepte el sacrificio en cierto momento, o estimula a la madre para que se muestre muy dominante y posteriormente en una doble ligadura simbiótica (Winnicott, 1958).

A medida que continúa esta fase de involucramiento, el terapeuta se ve a menudo ligado de tal manera, que comienza a aislarse artificialmente del grupo para evitar una mayor absorción por parte de esta "ensalada de personas". Podrá pensar que este aislamiento significa que se está volviendo objetivo o interpretativa. Nosotros entendemos que constituye una escisión en la familia, de modo que el terapeuta está simultáneamente relacionado con el hijo y con los dos padres. La terapia familiar constituye una experiencia singular para el psicoterapeuta y algo que tal vez sea incapaz de apreciar, porque no está actuando en una situación simbólica e histórica, sino en un sistema dinámico actual. Nos ha impresionado tanto esta experiencia en la contratransferencia del terapeuta, que hemos sentido la tentación de generalizar y decir que todo terapeuta es, desde el punto de vista dinámico, el producto de las deformaciones de otra familia, su propia familia de origen. Si esta suposición es verdadera, el terapeuta corre el riesgo, de una nueva "infección". Su propio sentido de la realidad puede debilitarse, las defensas de su ego podrían reforzarse para darle protección y su pérdida de integración puede convertirse en un hecho, en vez de representar solamente un peligro.

Una parte considerable de la deformación en su relación con la familia tiene que ver con su identificación positiva con el paciente. Durante muchos años, los psiquiatras hemos idealizado al paciente esquizofrénico; hemos idealizado su discernimiento como si fuese mágico y omnisciente, como si aceptáramos su delirio de grandeza. Hemos idealizado sus misterios, sus neologismos o sus formulaciones simbióticas que no supimos interpretar. Hemos llegado al extremo de equiparar el discernimiento del esquizofrénico con la capacidad terapéutica, como si su discernimiento significase que él sería el terapeuta ideal, en nuestras fantasías de lo que nos haría madurar. Suponemos absurdamente que el paciente esquizofrénico entiende la vida mejor que sus padres y, por esto, nos revolvemos en una hostilidad inducida contra los padres.

Además, a causa de nuestro entrenamiento, apreciamos profundamente la experiencia simbólica y nos preocupamos mucho por ella, pero deformamos la comunicación dentro de la familia y acusamos a ésta de crear una persona "enferma". Como idealizamos a esta persona, según dijimos anteriormente, podemos formular una doble ligadura para la familia y, por supuesto, ésta nos la devuelve en especie. Entonces la familia puede establecer una doble ligadura con el terapeuta, comúnmente a un nivel no verbal.

No es raro que nos representemos al paciente esquizofrénico como si viviese en el marco del esfuerzo de su sacrificio ante la familia, y que

permanezca totalmente inadvertido su narcisismo. En efecto, decimos: "eres maravilloso", y el paciente contesta: "tú también lo eres". Con este sistema de retroalimentación, nos identificamos excesivamente con el paciente y nos extraviamos en una maraña de transferencia-contratransferencia. En otras ocasiones le decimos al paciente: "mejora, pero conserva tu locura. Es tu creatividad, y te admiramos por ella". De hecho, puede ser que a veces nos absorba tanto el disfrute estético del simbolismo, que usemos a éste por su propio significado y establezcamos una breve y agradable entente con el paciente. En otras ocasiones podemos idealizar al hijo esquizofrénico, diciendo: "es la única persona sincera de la familia". Este elogio es evidentemente falso, pues la estructura familiar está unificada indudablemente.

Otro patrón de la contratransferencia consiste en una prolongación del anterior, en virtud del cual asexualizamos al hijo esquizofrénico. El que nosotros nos lo representemos como si hubiese trascendido lo sexual, constituye en sí mismo una especie de rechazo que esquivo cualquier afecto sexual de contratransferencia. Otro de los problemas de contratransferencia tiene que ver con la tendencia del terapeuta a volverse autodestructivo, como si aceptase el código del paciente que lo lleva a ser víctima, convirtiéndose en ésta, tal como el paciente lo es para la familia. Dice: "heme aquí, Señor, tómame". Nuestra idealización del esquizofrénico puede trocarse a veces por una idealización de la familia. Tendemos a cerrar nuestro tercer oído de manera que no pueda escuchar las maniobras psicopáticas que se lleven a cabo en esta clase de situación terapéutica. Es obvio que los esquizofrénicos son muy hábiles para manipular personas; lo hacen deliberadamente y en sus maniobras descargan afecto real. Si el terapeuta pierde de vista estos dos patrones, se verá enredado inevitablemente en la situación.

A veces el terapeuta desarrolla un patrón de contratransferencia que tiene que ver con su propia identificación con la madre. La madre le dice al hijo: "¿cómo puedes hacer eso, si ves que me mato trabajando?" Y él contesta a la manera de un eco: "¿cómo pueden no apreciarme, si me he sacrificado por ustedes " Les está diciendo: "me deben apreciar, pues de lo contrario, no serán dignos de mi amor".

Esta situación reconstruye el ambiente dinámico original del niño, y lo enreda de manera muy primitiva. Ya envuelto, el terapeuta se enfrenta a un problema muy grave de contratransferencia. Tal vez funcione como caja de resonancia de la familia como unidad y disfrute la relación con ella, tal como disfrutó de su relación con su propio grupo familiar. Deja de ser un terapeuta en funciones y se convierte en hijo de la familia.

En contraste, a veces el problema de la contratransferencia genera patrones negativos de tensión en el terapeuta. Tal vez simplemente estorben su función o puedan desarrollarse hasta tal punto que lo resuelva mediante una explosión de

afecto en el ambiente familiar. "Esta familia no quiere obedecer el plan que hice para ella." En otro, nivel, puede extraviarse en la lucha de los subgrupos por el poder dentro de la familia, ya sea afiliándose al grupo de los padres o a algún otro subgrupo (madre-hijo, o padre-hijo) o apegándose a uno de los miembros del grupo familiar. En cualquiera de estas circunstancias, se ve envuelto de tal manera, que resulta impotente desde el punto de vista terapéutico. Si esquiva el Escila del excesivo involucramiento, tiene que enfrentarse inmediatamente al Caribdis del aislamiento. Por último, el terapeuta puede quedar contratransferido de tal manera, que pase diestramente de un bando a otro en virtud de una suerte de transferencia alternante, que no solamente le impide percatarse de su involucramiento, sino que tampoco le permite ser un buen terapeuta.

Así pues, vemos que el terapeuta se encuentra en una situación "cargada". La familia permanece intacta y él cumple únicamente un papel funcional. Al relacionarse con un individuo, su calor humano se convierte de pronto en un vector de contratransferencia. Su efecto debe ligarse a la unidad familiar y, sin embargo, tal vez no pertenezca a la misma. Tiene que ayudar a la familia a destruir su lealtad hacia el grupo, a formar nuevos subgrupos y a darse cuenta poco a poco de su derecho a "pertenecer" al grupo, sin perder no obstante su identidad. (¿Será posible que cualquier subgrupo sea más sano que la familia entera?) A lo largo de todo este proceso, tiene que estar "en" la familia y sus subgrupos, pero no debe ser "de" la familia y sus subgrupos. Debe estar a disposición de cada persona de la familia, pero no pertenecer a ninguna; debe pertenecerse a sí mismo (Whitaker, Warkentin y Malone, 1959).

3) Fase de desprendimiento

Parece muy difícil comprender la fase final del tratamiento de la familia. La experiencia al respecto es limitada, la situación resulta compleja y aun el terapeuta múltiple propende a no actuar como observador, a causa de la significación que tiene para él, como persona, la experiencia (Whitaker, Warkentin y Johnson, 1950). Si la psicoterapia familiar ha avanzado hasta llegar a la etapa de desenmarañamiento, entonces el término fracaso resulta relativo. Muchas familias no se mantienen en tratamiento hasta haber obtenido todo lo que se puede sacar de la psicoterapia, según nuestra opinión; pero ¿representa esto un fracaso? La interrupción del tratamiento podría deberse a que el paciente hubiera contraído matrimonio, a que el padre haya conseguido un nuevo empleo y tuviera que trasladarse a otra ciudad, o al retiro gradual de la unidad

familiar del tratamiento. Intentamos participar en cualquiera de estos movimientos. Expresamos nuestras reservas y nuestra satisfacción, nuestros sentimientos de pérdida y de alivio; sin embargo respetamos siempre su derecho a tomar una decisión. Es el derecho que les hemos enseñado a ejercer. Sólo el tiempo dirá si volverán a presentarse los patrones o estructuras anteriores.

Si la terapia del esquizofrénico y su familia ha alcanzado éxito y se ha modificado la "ensalada de personas", aparece en la fase intermedia de tratamiento una situación en la cual hay tres personas separadas que mantienen entre sí una relación más bien tenue. Cada una de ellas se está convirtiendo en una entidad, y tal vez estén "fuera de fase" unas respecto de otras; es decir, ya no estén reforzando mutuamente su patología. Si la fase de desprendimiento es efectiva, aparecerá un subgrupo.

paterno-materno estable que constituye una base con la cual el hijo puede relacionarse de manera voluntaria. Está en libertad de vincularse a este grupo primario y de separarse de él. La pareja está a su disposición, pero ésta no lo tiene atrapado en sus redes. A su vez, los padres pueden disfrutar de su apego, y cuando se separe podrán disfrutar el uno del otro en grado mayor. Se sienten en libertad de luchar por su matrimonio, preocupación fundamental para ellos. El paciente es secundario. Por último, cada uno de los padres puede ser una entidad separada y sin embargo, parte del matrimonio.

Así pues, vemos que para mantener su condición de entidad separada, a lo largo del proceso terapéutico, el terapeuta tiene que evitar no sólo el problema de contratransferencia consistente en un involucramiento excesivo, sino también el problema del aislamiento. Como prototipo, tiene que ser parte del grupo. Tiene que estar envuelto y no desempeñar simplemente un papel en la familia, no obstante lo cual, debe procurar que no se lo traguen sus arenas movedizas.

RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONTRATRANSFERENCIA

La resolución de los problemas de contratransferencia tiene por lo menos dos focos. Hay algunos problemas concretos de contratransferencia que pueden resolverse de manera concreta; sin embargo, en sentido general, los problemas de contratransferencia, en la medida en que son implícitos, se resuelven mejor mediante una reorganización general de la relación del terapeuta y el "paciente". De tal modo, la dinámica que mantiene en acción la contratransferencia se va disipando gradualmente. La manera obvia de resolver la contratransferencia consiste en su prevención. Algunas acciones concretas ayudan en general a la prevención de la contratransferencia. La más lógica consiste en una experiencia terapéutica adecuada, de manera que el terapeuta se acerque al proceso de tratamiento con madurez y libertad para dejarse envolver en la relación sin perder su propia

integridad, o sin quedar patológicamente transferido a la situación de tratamiento. Necesita también antecedentes adecuados, en el sentido de una experiencia y entrenamiento que le hayan permitido crecer como persona. Debería tener la oportunidad de experimentar sus necesidades de paciente en más de un ambiente; por ejemplo, como paciente de una terapia de grupo, o realizando una terapia con niños, o bien mediante el enfrentamiento con sus propias tendencias a la contratransferencia en un ambiente de terapia múltiple. La supervisión adecuada de este variado trabajo terapéutico también ayuda a prevenir los problemas de contratransferencia. Los marcos terapéuticos sencillos le ayudan también a aprender a lidiar con los afectos de contratransferencia, y a crecer mediante esta lucha. Esta experiencia de crecimiento como persona debería complementarse, por supuesto, con una experiencia considerablemente prolongada como psicoterapeuta. De esa manera podrá convertirse en terapeuta "profesional" y dejar de ser alguien que practique la psicoterapia por puro gusto; es decir, ya no ser un simple aficionado. Es importante que el psicoterapeuta se deje envolver por su trabajo, hasta el punto en que esté haciendo un gran esfuerzo. Mediante estas experiencias de gran esfuerzo se va adaptando y aumenta su fuerza para actuar en su papel profesional.

Puesto que el terapeuta tiene que vivir y trabajar manteniendo un pie fuera de la estructura social, es muy importante que se sienta seguro de su participación en un grupo profesional. El personal de un instituto de investigaciones o de un hospital, puede aportarle esta seguridad. De lo contrario, su aislamiento de la comunidad puede constituir una pesada carga. Si cuenta con un grupo de colegas, aumentará su libertad para caminar en el valle de sombras de la psicosis. Tal vez el tratamiento familiar de la esquizofrenia sea imposible sin esta clase de apoyo.

Uno de los recursos más importantes para la prevención y solución de los afectos de contratransferencia, es la fuerza que el terapeuta tiene en su propia vida familiar, fuera del consultorio. Un psicoterapeuta profundamente relacionado, en un nivel constructivo y satisfactorio, con su propia esposa y sus hijos, con mucha mayor probabilidad resultará competente en el tratamiento de una familia enferma, que aquel que viva en medio de graves tensiones en su hogar.

Si el terapeuta es adecuado en lo que respecta a lo antes dicho, los factores de contratransferencia probablemente se resolverán, siempre que el terapeuta puede hacerse de valor para llevar a la entrevista terapéutica una sinceridad extrema y una gran disposición a compartir afectos. Su

sinceridad y su disposición a compartir serán el modelo en torno al cual pueda girar la familia; pueden comparar su propio método de relacionarse y sentirse tentados a volverse más sinceros y a compartir más sus sentimientos. En efecto, la imagen que de sí mismo tiene el terapeuta sirve de prototipo para la familia. El terapeuta debería conseguir una supervisión de su relación con la familia, ya sea mediante una grabación o a través de una observación activa por parte de un colega. De hecho, un truco técnico de parte del terapeuta para llevar a la familia sus propias preocupaciones afectivas podrá modificar su involucramiento afectivo.

Hemos descubierto que tiene un valor ideal utilizar como prevención la terapia múltiple, en el tratamiento de estas familias. Tal vez a medida que nos vayamos haciendo más competentes, la terapia múltiple no será necesaria. "Cuando pierdo el sentido de la realidad, quiero tener junto a mí a un coterapeuta que me la devuelva o enderece mi deformado esfuerzo" (Whitaker, 1958).

Técnicas para resolver la contratransferencia

En un nivel técnico, creemos que hay varias cosas que pueden ayudar a la resolución de las contratransferencias. Es útil que el terapeuta pueda mantener una visión general de la familia. Su relación afectiva con el grupo familiar es una manera eficaz de evitar que lo contratransfieran a subgrupos o miembros de la familia. Al mismo tiempo, tiene que luchar con el otro aspecto de este dilema y dejarse envolver con individuos y subgrupos. Así pues, la resolución requiere fluidez y fuerza para entrar y salir de la situación familiar. Para ser fuerte y fluido, el terapeuta tiene que "ser", y en su "ser" tiene que sostenerse y actuar de acuerdo con su singularidad personal y su propia espontaneidad. La continuidad de la relación es menos valiosa que su autenticidad. En esencia, el terapeuta se ve envuelto en una serie de triángulos edipícos, y tiene que ser competente y libre para deshacerlos de cuando en cuando de manera muy intencionada, y para recrearlos después o dejar que lo incorporen a ellos con el mismo ritmo libre con el que puede decidir hacerse a un lado y destruirlos. Por supuesto, cuando efectúa tal cosa se convierte en el terapeuta profesional que está desempeñando un papel de tal índole, lo cual por sí solo no es suficiente para constituir una relación terapéutica, pero si una necesidad para la resolución de las diversas contratransferencias que inevitablemente surgen.

Hablando, técnicamente, el terapeuta puede ayudar también a la resolución de la contratransferencia por medio del abandono deliberado de la iniciativa en la entrevista con los miembros de la familia. Esta clase de retirada es a veces, muy claramente, un rechazo de toda la situación y,

como tal, puede provocar patrones de tensión que luego tendrán que atenderse; pero es un proceso que a veces resulta valiosísimo. Un ejemplo bastante característico lo constituye una entrevista con toda la familia cuando está deprimida. El terapeuta siente la tentación de intervenir y reconfortarlos, de participar en la depresión y su resolución y convertirse en su salvador. Sin embargo, cuando interviene frecuentemente está expresando su propia contratransferencia. Desde un punto de vista técnico, parece más valioso activar la depresión, empujar la depresión familiar hasta una nueva profundidad y salir a través de la misma, en vez de retroceder ante ella. Es como si el terapeuta negase su fidelidad a cada miembro de la familia y afirmase su relación con el grupo.

La conciencia de que el matrimonio es una pura ficción tal vez prevenga una tendencia a la irrealidad. El ver a los padres como si no se hubiesen casado, da libertad para ayudarlos a convertirse en un subgrupo sano.

Si el tratamiento envuelve una terapia múltiple, a veces le es posible al terapeuta resolver sus problemas de contratransferencia retirándose hacia su relación con el otro terapeuta, y entonces en el proceso terapéutico se relacionan entre sí dos grupos. De esta manera, el terapeuta está en libertad de mantener su fidelidad principal con su propio grupo y deshacer su excesiva identificación con la familia enferma. Incluso puede ocurrir que esta relación con subestructura "incestuosa" entre los dos terapeutas, resuelva algunos problemas de contratransferencia al hacer que la relación incestuosa entre los miembros de la familia resulte menos productora de culpa y más satisfactoria.

En la estructura familiar común, la madre, teniendo como colaborador al padre, cumple su propósito mediante el uso de un chivo expiatorio: el paciente; con un solo terapeuta, podrá estructurar de nuevo una "familia" enferma. Cuando hay dos terapeutas, no puede hacer nada; estos forman su propio grupo. Puesto que los terapeutas cifran su mayor afecto el uno en el otro, la familia se queda con su propia desdicha y entonces puede volverse a dedicar al esfuerzo terapéutico.

Si el tratamiento de la familia no se lleva a cabo mediante terapia múltiple, entonces la maniobra técnica consistente en traer un consultor a la entrevista puede alcanzar el mismo resultado. Si el terapeuta carece de consultor, tal vez se pierda en la dependencia de grupo de la familia. Al romper la cuajada "ensalada de personas" mediante la adición de otra persona, el terapeuta quedará en libertad de entrar y salir de su involucramiento con la familia, en vez de quedar congelado y atrapado en aquél. En contraste, sospechamos que los intentos de resolver esta clase de contratransferencia mediante su comentario con un supervisor resultan ineficaces, puesto que el terapeuta no puede echar mano de la experiencia

para su discusión abierta. Sin embargo, el uso de entrevistas grabadas tal vez produzca una reactivación de la escena original suficiente para que el terapeuta sea capaz de resolver algunos de sus problemas de contratransferencia al escuchar lo grabado en la cinta, en compañía de un colega. Esta sugerencia quizá parezca demasiado cautelosa, a no ser que todos estemos de acuerdo en que el involucramiento del terapeuta no es neurótico ni técnico. Está "invirtiendo" sus propios sentimientos profundos, semejantes a los psicóticos del proceso primario mismo. Esta inversión emocional es uno de los diferenciales entre la psicoterapia familiar y la de grupo. La primera encierra una dinámica de proceso primario, mientras la segunda utiliza en grado considerable una dinámica de proceso secundario. La participación efectiva del terapeuta debe ajustarse al patrón más conveniente.

OBSERVACIONES FINALES

Aunque el terapeuta de la generación actual carece de la experiencia personal de haber sido el paciente en su ambiente familiar, en la siguiente generación de psicoterapeutas tal vez figuren algunos individuos que obtuvieron parte de su psicoterapia en su grupo familiar, y que al hacerlo dieron solución no sólo a sus problemas de transferencia, sino también a los problemas de transferencia de su relación con la totalidad de su grupo familiar entendido como unidad. Mientras tanto, la preparación que debe recibir un terapeuta para que pueda trabajar con las familias extremadamente poderosas que tienen como síntoma de presentación un hijo esquizofrénico, exige que se haya llevado a cabo un amplio análisis terapéutico personal y se cuente con mucha experiencia en materia de trabajo profesional psicoterapéutico. Además, el terapeuta debe mantener una relación cargada de significación con su propia familia y debe estar lo suficientemente seguro a ese respecto, como para no quedar expuesto emocionalmente a enredos graves de contratransferencia. Damos por supuesto que necesita también la seguridad de un grupo de colegas con los que se sienta profundamente relacionado y capaz de trabajar en terapia múltiple.

Una amplia experiencia en el campo de la psicoterapia familiar sometida a supervisión, independientemente de que la supervisión sea individual o de grupo, hará que le resulte posible al terapeuta no incurrir en muchos de los problemas de contratransferencia que surgen en la psicoterapia familiar. El entrenamiento que haya recibido le tendrá que haber proporcionado también aptitudes para llevar a cabo el diagnóstico de la dinámica familiar. Esta última experiencia no habrá de poder alcanzarse,

con toda probabilidad, en el consultorio individual o a lo largo del entrenamiento hospitalario común y corriente, sino tiene que obtenerse en una clínica de higiene mental, o bien mediante el trabajo con familias en algún organismo de servicio social. Solamente si puede recibir esta clase de entrenamiento será capaz de dotarse de seguridad en medio de la fuerza del grupo familiar, de manera que podrá abordar a esta familia con todo respeto en vez de sentir por ella asco, curiosidad o miedo.

Confiamos en que todo lo antes dicho haya permitido aclarar que el psicoterapeuta que se involucra en esta clase de trabajo está desarrollando, en lo esencial, una suerte de escisión dentro de sí mismo. Simul táneamente debe involucrarse con la familia y separarse de ella; es necesario que sea una entidad en sí mismo y, al propio tiempo, debe ser miembro del grupo, que además resulta ser un grupo primario. Ha de tener la aptitud de identificarse con el hijo de la familia sin llegar a convertirse en hijo. Tiene que estar con los padres, pero no puede ser un padre. Esta capacidad se va adquiriendo gracias a experiencias que convierten a esta clase de "apertura", y a esta clase de involucramiento en algo de lo cual puede estar entrando y saliendo, y no simplemente evitando. Su entrenamiento debería haberle hecho saber ya que la familia es más poderosa que él y, al mismo tiempo, deberá haberlo hecho capaz de participar en la situación de la familia y en la modificación de la misma, sin verse aplastado por su fuerza o sin tratar de utilizar al grupo para sí mismo. En el segundo de estos sentidos, el trabajo con las familias constituye el reto y la excitación últimos; es el trabajo más peligroso y al mismo tiempo, el más profundamente satisfactorio que un psicoterapeuta puede llegar a realizar. Es una verdadera lucha de vida o muerte y, "la vida que salves, tal vez sea la tuya propia".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Auerbach, A. H. (1963). Application of Strupp's method of content analysis to psychotherapy. *Psychiatry* 26, 137-148.
- Bion, W. y Richman, J. (1943). Intragroup tensions in therapy their study as a task for the group. *Lancet* 2, 678-681.
- Malone, T. P., Whitaker, C. A., Warkentin, J. y Felder, R. E. (1961). Rational and nonrational psychotherapy. *Amer. J. Psychother.* 15, 212-220.
- Rosen, J. (1953). *Direct Analysis*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Whitaker, C. A. (dir.) (1958). *Psychotherapy of chronic schizophrenic patients*. Boston: Little, Brown.
- Whitaker, C. A., Felder, R. E., Malone, T. P. y Warkentin, J. (1962). First stage techniques in the experiential psychotherapy of chronic schizophrenic patients. En J. H. Masserman (dir.) *Current psychiatric therapies*. vol. 2. Nueva York: Grune & Stratton, págs. 147-157.

Whitaker, C. A., Malone, T. P. y Warkentin, J. (1956). Multiple therapy and psychotherapy. En F. Fromm-Reichmann y J. L. Moreno (dir.) Progress in psychotherapy, vol. I. Nueva York: Grune 1& Stratton, págs. 210-216.

Whitaker, C. A., Warkentin, J. y Johnson, N. (1950). The psychotherapeutic impasse. Amer. J. Orthopsychiat. 20, 641-647.

Whitaker, C. A., Warkentin, J. y Malone, T. P. (1959). The involvement of the professional therapist. En A. Burton (dir.) Case studies in counseling and psychotherapy. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice, Hall, págs. 218-257.

NVinnicott, D. W. (1958). Hate in the countertransference. En Collected papers. Nueva York: Basic Books, págs. 194-203.

Cap. 9 MISTIFICACIÓN, CONFUSIÓN Y CONFLICTO

RONALD D. LAING

El concepto de mistificación, 398.

La función de la mistificación y algunos conceptos afines, 405.

Descripción de casos, 408.

Referencias bibliográficas, 417.

Se puede engañar a algunas personas durante algún tiempo ...

MARX UTILIZÓ EL CONCEPTO DE mistificación para designar una representación falsa de lo que está ocurriendo (proceso) o de lo que se está haciendo (praxis) al servicio de los intereses de una clase socioeconómica (la de los explotadores), por encima o en contra de otra clase (la de los explotados). Al representar las formas de explotación como si fuesen de benevolencia, los explotadores confunden al explotado para que se sienta unido a los primeros, o para que sienta gratitud por su explotación (de la que no se da cuenta), y por último para que se sienta mal o incluso loca al sólo pensar en la rebelión.

Podemos emplear el esquema teórico de Marx, no solamente para elucidar las relaciones entre clases sociales, sino en el campo de la interacción recíproca de personas.

Toda familia tiene sus diferencias (desde desacuerdos insignificantes, hasta intereses o puntos de vista radicalmente incompatibles y contradictorios), y cuenta con algunas maneras de zanjarlas. Llamaré mistificación a una de estas maneras de lidiar con tales contradicciones.*

* Parte del material clínico contenido en este capítulo apareció también en Laing y Esterson (1964).

En este capítulo presentaré en forma exclusiva estos y otros conceptos afines, que actualmente se van forjando en la investigación y la terapia de familias de esquizofrénicos, neuróticos y normales, en la Tavistock Clinic y en el Tavistock Institute of Human Relations de Londres.' Compararé el concepto de mistificación con otros muy afines, y ofreceré descripciones breves de ciertos aspectos de algunas de las familias investigadas, a fin de demostrar, según confío, el valor heurístico de la discusión teórica y su importancia fundamental para la terapia. Sin embargo, en este trabajo no se tocarán los aspectos prácticos de la terapia.

EL CONCEPTO DE MISTIFICACIÓN

Por mistificación entiendo tanto el acto de mistificar, como el estar mistificado. Es decir, utilizo el término tanto en su acepción activa como en la pasiva.

En la primera acepción, mistificar es confundir, ofuscar, ocultar, enmascarar lo que está ocurriendo, ya se trate de una experiencia, de una acción, de un proceso, o de cualquier cosa que constituya "el asunto en cuestión". Induce confusión en el sentido de que no se logra ver qué se está experimentando "realmente", qué se está haciendo, o lo que está ocurriendo, y no se logra distinguir qué es de lo que realmente se trata. Esto requiere que se sustituyan interpretaciones verdaderas por otras falsas, de lo que está siendo experimentado, se está haciendo (praxis) o está ocurriendo (proceso), así como la sustitución de problemas reales por otros que resultan falsos.

El estado de mistificación -el estar mistificado- en sentido pasivo, posible aunque no necesariamente, es un sentimiento de estar confundido o enredado. El acto de mistificación, por definición, tiende a inducir, si no es neutralizado por una acción contrarrestadora, un estado de mistificación o confusión que no necesariamente se experimenta como tal. Puede inducir o no conflictos secundarios y éstos pueden ser reconocidos o no como tales por las personas que se ven afectadas. El sentimiento de confusión y la experiencia de conflicto tienen que distinguirse de la mistificación, ya sea como acto o como estado. Aunque una de las funciones de la mistificación consiste en evitar el conflicto auténtico, es muy común que estalle un conflicto abierto en las familias mistificadoras y mistifica

Investigadores: R. D. Laing (jefe de investigación), Dr. A. Esterson, Dr. A. Russell Lee (1959-1961), Dr. Peter Lomas, señorita Marion Bosanquet, P. S. W. El Dr. Laing es actualmente investigador del Foundation's Fund for Research in Psychiatry.

La participación del Dr. A Russell Lee se consiguió gracias a la cooperación del National Institute of Mental Health, de Bethesda, Md. (Grant No. MF-10, 579).

das. Los efectos enmascaradores de la mistificación tal vez no eviten el conflicto, aunque sí impedirán que se vea con claridad cuál es el motivo o causa del mismo. Este efecto puede quedar realzado si se confirma la mistificación, mistificando el acto de percibir aquélla tal como es; por ejemplo, convirtiendo la percepción de la mistificación en una cosa mala, que es una locura hacer.

De tal modo, la persona mistificada (o las personas mistificadas) está confundida, por definición; pero tal vez ella no se sienta así. Cuando advertimos que hay mistificación, nos damos cuenta de la existencia de alguna clase de conflicto que está siendo eludido. En la medida que ha sido mistificada, la persona es incapaz de advertir el conflicto auténtico, pero puede o no experimentar un conflicto intra o interpersonal no auténtico. Puede experimentar una falsa paz, una falsa calma, o un conflicto y una confusión no auténticos, acerca de cuestiones o problemas falsos.

En la vida diaria se produce un cierto grado de mistificación. Una manera común de mistificar a una persona acerca de su empirismo, consiste en confirmar el contenido de una experiencia y rebatir su modalidad (considerando la percepción, imaginación, fantasía y ensoñación como modos diferentes de experiencia, teoría desarrollada en otra parte "Laing, 1962")

Así pues, cuando hay contradicción entre las percepciones de dos personas, una le dice a la otra: "no es más que tu imaginación". Es decir, se lleva a cabo un intento de prevenir o resolver una contradicción, choque, incompatibilidad transponiendo la modalidad experiencial de una persona, de la percepción a la imaginación, o de la memoria de una percepción a la memoria de un sueño ("debes haberlo soñado").

Otra forma de mistificación se produce cuando una persona "rebate" el contenido de la experiencia de otra, y la sustituye por atribuciones de experiencia de conjunto, con la visión que uno tiene del otro (véase Brodey, [1959], su concepto de "relación narcisista").

Un niño está jugando ruidosamente al año checer; su madre está cansada y quiere que se vaya a la cama. Una petición franca y recta diría:

"Estoy cansada, quiero que te vayas a la cama."

"Vete a la cama, porque lo digo yo."

"Vete a la cama, porque es hora de que te acuestes."

Una manera mistificadora de convencer al niño para que se vaya a la cama sería:

"Estoy segura de que te sientes cansado, querido, y que quieres irte ahora a la cama, ¿verdad?"

En este caso se produce mistificación por diversos conceptos. Lo que ostensiblemente es una suposición acerca de cómo se siente el niño (estás cansado), resulta ser "realmente" una orden (vete a la cama). Se le dice al niño cómo se siente (quizá se sienta o no cansado; quizá lo esté o no), y lo que se le dice es lo que la propia madre siente (identificación proyectiva). Si suponemos que no se sentía cansado, tal vez contradiga a su madre. Entonces quedará expuesto a otra trama mistificadora como la siguiente

"Mamá sabe más."

La mistificación puede estar relacionada con los derechos y obligaciones que cada persona de la familia tiene respecto de las demás. Por ejemplo, un chico de 14 años le dice a sus padres que se siente desdichado y éstos le contestan

"Pero no puedes sentirte infeliz. ¿No te hemos dado todo lo que quieres? ¿Puedes ser tan desagradecido como para que digas que te sientes infeliz, después de todo lo que hemos hecho por tí, después de todos los sacrificios que hemos hecho por tí?"

La mistificación es patente de manera especial cuando envuelve este sistema de derechos-obligaciones, de manera tal que una persona parece tener derecho a determinar la experiencia de otra o, complementaria mente, cuando contrae con otra u otras una obligación de sentirse o no respecto de sí misma, de ellos, de su mando o cualquier aspecto del mismo, de una determinada manera. Por ejemplo, ¿tiene un muchacho derecho a sentirse infeliz, o tiene que ser feliz porque de lo contrario resultará malagradecido?

En la formulación de Marx está implícito que antes de emprender una acción atinada hay que desmistificar las cuestiones.

Por cuestión entiendo, como los juristas, "el punto acerca del cual uno afirma y otro niega" (Oxford English Dictionary). En nuestra materia, la cuestión, consiste frecuentemente en cómo definir el eje "real" o "verdadero" de orientación: el punto en disputa será la cuestión. A menudo las peleas tienen como objeto averiguar por qué se pelea: lo que está ocurriendo es un conflicto o una lucha para ponerse de acuerdo en la "cuestión principal", o determinarla. En las familias de esquizofrénicos, uno de los aspectos más fijos del sistema familiar extremadamente rígido consiste a menudo en un eje particular de orientación que, al parecer, mantiene en su lugar a toda la estructura familiar.

"No me rezongues."

En algunas familias, cada acción de los miembros de la familia se evalúa en términos de su eje o ejes de orientación particulares. La acción así trazada de un miembro de la familia, puede convertirse en la cuestión; o la cuestión puede consistir, como dijimos antes, en cuál debe ser el eje válido de orientación.

Judith (de 26 años de edad) y su padre, pelean frecuentemente. El desea saber adónde va ella cuando sale de la casa, con quién está y a qué hora regresará. Ella dice que él se entromete en su vida. El afirma que está cumpliendo simplemente con su deber de padre. Dice que es una descarada, porque no le abedece. Ella asevera que él es un tirano; él, que no se le debe hablar así a un padre. Ella afirma, que tiene derecho a expresar sus opiniones; él dice: siempre que éstas sean correctas, y no lo son, etcétera.

Todos, sin exceptuar al investigador, están en libertad de poner a discusión cualquier parte de la interactividad de la familia. Todos los miembros de ésta podrán estar de acuerdo en cuál sea la cuestión, pero los investigadores tal vez no la entiendan tal como lo hacen los miembros de la familia.

Nuestro eje de orientación, lo mismo como investigadores que como terapeutas, consiste en establecer cuáles son los ejes de orientación y las cuestiones para cada miembro de la familia. Aquéllos pueden ser explícitos o implícitos. Algunos miembros de una familia no lograrán, de manera por demás evidente, reconocer ningún eje de orientación, ni establecer la existencia de cualesquiera cuestiones aparte de la suya.

A fin de reconocer personas y no simples objetos, uno tiene que darse cuenta de que el otro ser humano es no solamente un objeto más en el espacio, sino otro centro de orientación hacia el mundo objetivo. Es precisamente este reconocimiento de cada una de las personas como diferentes centros de orientación, es decir, como personas, lo que tanta falta hace en las familias de esquizofrénicos que hemos estudiado.

Hay tantas cuestiones como las que pueden inventar las personas; pero hemos llegado a considerar que tiene importancia capital la cuestión de la percepción de la persona, en todas las familias que hemos estudiado. Aunque esta cuestión puede tener valor esencial, según nosotros, debemos reconocer que los miembros de la familia no la entienden ni le asocian necesariamente dicho valor.

Si la mistificación activa consiste en disfrazar o enmascarar las praxis y/o los procesos de la familia, en embarullar las cuestiones y tratar de negar que lo que es la cuestión para uno mismo tal vez no lo sea para el otro, tenemos que preguntar cómo decidir qué será para nosotros la cuestión esencial, y si nuestra apreciación

de ésta no es disyuntiva respecto de las apreciaciones de los miembros de la familia.

La única salvaguarda ante este aspecto consiste en presentar las perspectivas de cada uno (sin exceptuar las nuestras propias), en lo que respecta a "la situación compartida", y luego comparar las pruebas de la validez de los diferentes puntos de vista que existan. Por ejemplo, podemos establecer algunos ejes de orientación, en términos de los cuales evalúan otras personas en particular las acciones de la familia:

La madre de Julia describió los siguientes cambios en la personalidad de esta muchacha (de 15 años de edad), que aparecieron seis meses antes de lo que fueron para nosotros las primeras señales de psicosis. Se había producido un cambio en su personalidad en los últimos seis meses posteriores a su viaje a un campamento de vacaciones, donde había estado lejos de su casa por primer vez en su vida.

Según su madre, Julia era:

ANTES

dada a contar todo

afecta a ir a todas partes conmigo

muy dichosa y vivaz

aficionada a nadar y andar en bicicleta

"sensata"

afecta al dominó, las cartas y otros juegos de salón en la noche, con la madre, el padre y el abuelo obediente

indiferente hacia el fumar

creyente en Dios.

DESPUÉS

callada

reservada respecto de lo que está pasando en su interior

quiere estar sola

a menudo parece desdichada; es menos vivaz

ya no lo hace tanto, pero lee más "no piensa más que en muchachos" ya no le interesan estos juegos; pre

fiere quedarse en su cuarto y leer desobediente y truculenta

fuma uno o dos cigarrillos al día, sin pedir permiso

no cree en Dios.

En los seis meses posteriores a su primera apreciación de tales cambios en Julia y que precedieron el comienzo de lo que reconocimos como crisis psicótica, la madre de Julia se había acercado a los doctores para quejarse de estos cambios, a los que consideraba como expresión de una "enfermedad" y tal vez de malicia. "No es Julia, ¿ve usted? No es mi muchachita." Ningún doctor pudo descubrir señales de enfermedad y malicia en Julia. Su madre atribuyó activamente estos cambios -que para nosotros eran expresiones normales de maduración y culturalmente sintónicas, del ir creciendo y alcanzando una mayor autonomía, etc.- a expresiones de una "enfermedad" o malicia cada vez más graves. La muchacha estaba completamente mistificada, pues aunque se había vuelto más autónoma aún confiaba en su madre. Como ésta le dijo repetidas veces que su autonomía y su maduración sexual en desarrollo eran expresiones de locura o de maldad, comenzó a sentirse enferma y mala. Podemos entender esto como praxis de su parte, para tratar de resolver la contradicción entre los procesos de su propia maduración y la cortina de atribuciones negativas que la madre disparaba contra ella.

Según nuestro punto de vista, Julia parecía estar mistificada. Pensaba que tenía una adorable mamá; pedía perdón por ser una hija tan mala; prometía ponerse bien. Aunque se quejaba de que "los soldados de Hitler la perseguían", ni una sola vez, en muchas entrevistas, su madre presentó quejas de Julia, salvo para calificar de malos o locos a los procesos de desarrollo que nos parecen los más normales en ella.

Es decir, los únicos ejes de orientación de la madre, en función de los cuales apreció los cambios en Julia, fueron los de bueno-malo y sano-loco. Cuando Julia comenzó a recuperarse de una crisis psicótica, su madre empezó a sentirse cada vez más alarmada por la agravación del estado de Julia, pues advertía el aumento de las pruebas del mal en ella, simultáneamente con nuestra evaluación de que estaba alcanzando una fuerza del ego y una autonomía mayores.

La mistificación implica la acción de una persona sobre la otra, es transpersonal. Las defensas intrapersonales con las que nos ha familiarizado el psicoanálisis, o las diversas formas de "mala fe", en la acepción que le ha dado Sartre, deben diferenciarse, por el momento, de las maneras de actuar sobre el otro. Es la naturaleza de la acción mpstificadora de unas personas sobre otras, y no la de cada uno sobre sí mismo, la que deseamos considerar especialmente en este artículo.

La persona (p) trata de inducir en la otra algún cambio necesario para su seguridad (la de p). La mistificación es una forma de actuar sobre el otro, que sirve para la defensa y seguridad de la propia persona. Si alguien no quiere saber o recordar algo, no basta con que lo reprima (o se defienda contra ello "en" sí misma, con "éxito") ; la otra persona no se lo debe recordar. Una puede negar algo; luego tiene que hacer que la otra lo niegue también.

Es evidente que no toda acción de una persona sobre otra, al servicio de la seguridad, tranquilidad de espíritu, interés propio o lo que sea, es necesariamente mistificadora. Hay muchas clases de persuasión, coerción e intimidación, mediante las cuales una persona trata de controlar, dirigir, explotar o manipular la conducta de otra.

Decir: "no soporto que hables de eso; por favor, cállate", es un intento de inducir silencio al respecto en el otro, pero no hay mistificación en ello.

De manera semejante, no hay mistificación en afirmaciones como las siguientes

"Si no te callas, te pego."

"Es horrible que digas esas cosas. Me das asco."

En el ejemplo siguiente, la amenaza de algo muy desagradable indujo al chico a negar su propio recuerdo. Sin embargo, la táctica no constituye una mistificación.

Un chico de cuatro años se metió una semilla en la nariz y no se la pudo sacar. Se lo contó a sus padres, quienes lo examinaron y no pudieron encontrarla. No podían creer que se hubiese metido la semilla; pero como se quejaba de que sentía dolor, llamaron al médico. Éste lo examinó y no pudo verla. El médico le dijo al chico mientras le mostraba un instrumento largo y brillante: "no veo nada, pero si mañana dices que todavía la tienes ahí, te tendremos que meter esto". El niño sintió tanto miedo, que "confesó" que había inventado todo. No fue sino veinte años más tarde cuando se armó de valor para reconocer, siquiera ante sí mismo, que realmente se había metido una semilla en la nariz.

A manera de contraste, ofrecemos en seguida un ejemplo de mistificación

MADRE: No te culpo por la manera como hablas. Sé que realmente no lo dices en serio.

MADRE: (¡Pero si lo digo en serio!

MADRE: Vamos, querida, sé que no es cierto. Es que no puedes evitarlo.

HIJA: Sí puedo evitarlo.

MADRE: No, querida, sé que no puedes porque estás enferma. Si creyese por un instante que no estás enferma, me pondría furiosa contigo.

Aquí la madre está utilizando con toda ingenuidad una mistificación que constituye el meollo mismo de gran parte de la teoría social, que consiste en convertir la praxis (lo que hace una persona) en un proceso

'(en una serie impersonal de acontecimientos de los que nadie es autor). Esta distinción entre praxis y proceso ha sido trazada recientemente de manera por demás lúcida, por Sartre (1960).²

Por desgracia, tendemos a perpetuar esta mistificación en particular, creo yo, cuando empleamos el concepto "patología" de la familia o del grupo. El concepto de psicopatología individual ya es suficientemente problemático, puesto que sin dividir y materializar la experiencia y la conducta para inventar una "psique", uno no le puede atribuir a esta invención una patología o fisiología. Pero hablar de "patología" familiar es todavía más problemático. Los procesos que tienen lugar en un grupo están generados por la praxis de sus miembros. La mistificación es una forma de praxis; no es un proceso patológico.

El extremo teóricamente culminante de la mistificación se alcanza cuando la persona (p) trata de inducir en la otra (o) confusión (no necesariamente reconocida por o), en lo que respecta a la totalidad de la experiencia de ésta última (memoria, percepciones, ensueños, fantasía, imaginación), de sus procesos y acciones. La persona mistificada es aquélla a la que se le hace entender que se siente feliz o triste', independientemente de cómo se sienta; que es responsable de esto o no responsable de aquello, independientemente de cuál sea la responsabilidad que se haya echado o no sobre sí misma. Se le atribuyen capacidades o la carencia de éstas, sin referencia a ningún criterio empírico compartido, acerca de lo que puedan ser o no dichas capacidades. Sus propios motivos e intenciones se hacen a un lado o se les resta importancia, para ser sustituidos por otros. Su experiencia y sus acciones se interpretan por lo general sin referencia a su propio punto de vista. Existe una incapacidad radical de reconocer la propia percepción de sí mismo y la identidad que a sí mismo se atribuye? Y por supuesto, cuando tal es el caso, no sólo su identidad y las percepciones de sí mismo quedan confundidas, sino que sus percepciones de los demás, de cómo lo experimentan y actúan respecto de él, y de cómo cree que piensan que piensa él, etc., están necesariamente sujetas a mistificaciones múltiples a un mismo tiempo.

² Una exposición de esta teoría se encuentra en Laing y Cooper (1964).

LA FUNCIÓN DE LA MISTIFICACIÓN Y ALGUNOS CONCEPTOS AFINES

La función primordial de la mistificación parece consistir en el mantenimiento del statu quo. Se pone en juego o se intensifica cuando uno o más miembros del nexo familiar (Laing, 1962) amenazan o se siente que amenazan el statu quo del nexo, por la manera en que están experimentando y actuando en la situación que comparten con los demás miembros de la familia.

La mistificación funciona para mantener papeles estereotipados (Ryckoff, Day y Wynne, 1959), y encajar a las demás personas en un molde prefabricado, a la manera del lecho de Procusto (Lidz, Comelison, Terry y Fleck, 1958). Los padres luchan por preservar su propia integración, manteniendo sus rígidas preconcepciones acerca de quiénes son y quiénes deben ser, quienes son sus hijos y quiénes deben ser, y la naturaleza de la situación que caracteriza la vida familiar. Son insensibles (Lidz y colaboradores, 1958) a las necesidades emocionales de sus hijos, quienes amenazan trastornar sus esquemas preconcebidos, y enmascaran u ocultan situaciones perturbadoras en la familia, actuando como si éstas no existiesen (Lidz y colaboradores, 1958). Esa insensibilidad y ese enmascaramiento son concomitantes muy comunes de la mistificación en tiempo presente cuando, por ejemplo, están respaldados por una acción transpersonal sobre la otra persona; asimismo, cuando se hacen intentos para inducir al otro a creer que sus necesidades emocionales están satisfechas, siendo claro que no lo están, o para mostrar tales necesidades como si fuesen irrazonables, egoístas o codiciosas, porque los padres no pueden o no quieren satisfacerlas; o bien cuando se intenta persuadir al otro de que simplemente cree que tiene necesidades, pero "realmente" no las tiene, etc.

Sobra decir que ninguna relación mistificador-mistificado puede ser recíprocamente confirmatoria en sentido auténtico. Lo que puede ser confirmado por una persona es la falsa fachada de la otra, es decir, un esquema prefabricado por una persona, que la otra es más o menos inducida a encarnar. Así, he tratado de describir la estructura de algunas formas de tales relaciones carentes de autenticidad (Laing, 1960-1961).

En la mayoría de las formas de la psicoterapia, el terapeuta atribuye al paciente motivos e intenciones que no están de acuerdo con los que aquél atribuye a sus propias acciones. Pero el terapeuta no mistifica al paciente (por lo menos así lo esperamos), puesto que le dice implícita o explícitamente: "usted cree que está motivado por A y quiere conseguir B. Sin embargo, lo que yo entiendo es que usted está motivado por X y quiere conseguir Y, y he aquí mis pruebas, que he sacado de mi trato personal con usted".

Estos conceptos coinciden en mucho con el de complementaridad no mutua, desarrollado por Wynne y sus colaboradores. La intensa pseudomutualidad descrita por estos investigadores, "la absorción predominante en el coincidir o armonizar a expensas de la diferenciación de las identidades" (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch, 1958, pág. 207), está notablemente de acuerdo con nuestros hallazgos.

La mistificación aparenta ser una técnica, muy desarrollada en las familias de esquizofrénicos, para mantener la rígida estructura de los papeles en tales nexos de pseudomutualidad. En el momento actual estamos investigando el grado y la manera en que la pseudomutualidad y la mistificación se producen en las familias que no tienen esquizofrénicos. Por ejemplo, Lomas (1961) ha descrito la familia de una muchacha a la que se le diagnosticó histeria, en la que la armonización no auténtica y los papeles estereotipados rígidamente mantenidos, de naturaleza englobante, estaban claramente de manifiesto.

Searles (1959) describe seis modos de enloquecer a la otra persona, que tienden a "minar la confianza de aquélla en sus propias reacciones emocionales y en su propia percepción de la realidad". He cambiado ligeramente los seis modos de esquizogénesis de Searles, para presentarlos en la forma siguiente:

a) p llama repetidamente la atención sobre aspectos de la personalidad de los que o apenas se da cuenta, y que discrepan notablemente de la clase de persona que o cree ser.

b) p estimula a o sexualmente, en una situación en la que sería desastroso para o tratar de obtener satisfacción sexual.

c) p expone simultáneamente a o a la estimulación y la frustración, o a una rápida sucesión de ambas.

d) p se relaciona con o simultáneamente a niveles no relacionados (por ejemplo, sexual e intelectual).

e) p pasa de una longitud de onda emocional a otra, sin cambiar de tema (es "serio" y luego es "divertido" acerca de lo mismo).

f) p pasa de un tema al otro mientras mantiene la misma longitud de onda emocional (por ejemplo, se discute una cuestión de vida o muerte de la misma manera exactamente que el acontecimiento más trivial. [Laing, 1961, págs. 131-132]).

Cada uno de estos modos de esquizogénesis habrá de inducir una gran confusión en la víctima, sin que ella se dé cuenta necesariamente del embrollo en que se encuentra. En este sentido son mistificadores.

He indicado (Laing, 1961, págs. 132-136) que el potencial esquizogénico de tales maniobras estriba no tanto en la activación de diversas zonas de la personalidad, unas en oposición a otras; es decir, en la activación del conflicto, sino en la generación de confusión o de dudas o desconcierto, que a menudo no se reconocen como tales.

Este hincapié en la confusión o duda, consciente o inconsciente, acerca de uno mismo, del otro o los otros, y la situación compartida, que se da en un estado de mistificación, tiene mucho en común con la hipótesis del investigador Haley (1959b), de que el control de la definición de las relaciones es un problema fundamental en el origen de la esquizofrenia.

La persona mistificada procede en términos que han sido mal definidos para ella. Esta definición es tal, que sin que se dé cuenta de ello o sin que comprenda por qué, tal vez siente intensa pero vagamente que se encuentra en una posición insostenible, y en efecto, lo está (Laing, 1961, pág. 135). Luego podrá tratar de escapar de esa posición en la situación mistificada, ahondando a su vez las mistificaciones.

El concepto de mistificación se traslapa con el de doble ligadura, pero no es sinónimo del mismo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). La doble ligadura tal vez pueda parecer necesariamente mistificadora, pero la mistificación no tiene que ser una doble ligadura completa. La distinción esencial consiste en que la persona mistificada, en contraste con la que está atada por una doble ligadura, puede conservar una manera relativamente "correcta" de experimentar y actuar. Esta cosa que es correcto experimentar o esta manera correcta de actuar, puede encerrar, desde nuestro punto de vista de investigadores y terapeutas, una

traición contra las potencialidades de autorrealización de la persona; pero tal vez la propia persona no lo sienta de ninguna manera.

Sin embargo, las cosas que es correcto o incorrecto hacer en la situación mistificada, sólo pueden ser relativamente inequívocas. Siempre se le puede dar otra vuelta al torniquete, y es todo lo que se necesita para que la situación mistificada se convierta en una doble ligadura, en toda la acepción del término.

En el ejemplo que ofrecimos anteriormente, del chico para el cual feliz era igual a agradecido, e infeliz igual a egoísta y malagradecido, el conflicto y la confusión se hubiesen intensificado mucho de haberse fijado una fuerte prohibición a la falta de sinceridad. En tales circunstancias, expresar desdicha habría sido malo, puesto que el sentirse infeliz equivale a ser egoísta y desagradecido, en tanto que simular dicha habría sido igualmente malo, por insincero.

En el caso del chico que se metió una semilla en la nariz, podemos imaginar a sus padres diciendo: "pero te Preguntamos si estaba bien tu nariz y tú nos dijiste que sí lo estaba y que habías inventado todo". Esto convierte la situación en una situación que es a la vez mistificadora y de doble ligadura.

DESCRIPCION DE CASOS

Los ejemplos siguientes corresponden a las familias de tres esquizofrénicas, Maya, Rubí y Ruth.⁴

MAYA

Maya (28 años) cree que comenzó a imaginarse "cosas sexuales" alrededor de la edad de los catorce años, cuando regresó a vivir con sus padres después de una separación de seis años durante la Segunda Guerra Mundial. Se acostaba en su cuarto y se ponía a pensar si sus padres estaban haciendo el amor. Comenzaba a excitarse sexualmente y hacia aquellas fechas comenzó a masturbarse. Era muy tímida; por ello se mantenía alejada de los muchachos. Comenzó a sentirse cada vez más irritada ante la presencia física de su padre. Protestó porque se afeitaba en la misma habitación en que ella estaba tomando el desayuno. La asustaba pensar que sus padres supieran que había tenido pensamientos sexuales acerca de ellos. Trató de hablarles de esto, pero le dijeron que no había tenido pensamientos de esa clase. Les contó que se masturbaba y le dijeron que no lo hacía. En lo que respecta a lo ocurrido en 1945 o 1946, sólo nos podemos valer, por supuesto,

⁴ *Amplias descripciones fenomenológicas de estas y otras familias de esquizofrénicos se encuentran en Laing y Esterson (1964).*

de lo que cuenta Maya. Sin embargo, cuando les dijo a sus padres, en presencia del entrevistador, que todavía se masturbaba, aquellos le dijeron pura y simplemente que no lo hacía.

La madre de Maya no dice: "es muy malo que te masturbes", o "me cuesta trabajo creer que hayas hecho eso". No le dice a Maya que no se masturbe, simplemente le dice que no lo hace.

Repetidas veces su madre trató de inducir a Maya a que olvidase varios episodios que ella (la madre) no quería que se recordaran. Sin embargo, no le dijo: "no quiero que menciones esto, y mucho menos recordarlo". Le dijo en cambio: "quiero que ayudes al doctor y que recuerdes, pero claro que no puedes recordar porque estás enferma".

La señora interrogó persistentemente a Maya acerca de su memoria en general, a fin (se imagina uno, desde el punto de vista de la madre) de ayudarla a comprender el hecho de que estaba enferma, mostrándole: a) que era amnésica; b) que entendía mal algunas cosas, o e) que se imaginaba que recordaba porque había oído hablar de ello a su padre o a su madre en una fecha reciente.

La madre se preocupaba mucho por esta memoria "falsa", pero "imaginaria". Era éste también un punto respecto del cual Maya se sentía muy confusa.

La señora nos dijo finalmente (aunque no en presencia de Maya) que rezaba para que su hija no recordase nunca su "enfermedad" pues ella (la madre) pensaba que habría de trastornarla (a la hija) si lo hacía. De hecho, ella (la madre) sentía tan intensamente esto, que dijo que sería lo mejor, ¡aunque significase que habría de quedarse en un hospital!

Así pues, ambos padres no sólo contradecían los recuerdos, sentimientos, apreciaciones, motivos e intenciones de Maya, sino que sus propias atribuciones resultaban curiosamente contradictorias. Y además, aunque hablaron y actuaron como si supiesen mejor que Maya lo que ésta recordaba, había hecho, se imaginaba, deseaba, sentía, si estaba disfrutando de las cosas o si se sentía cansada, esta "superioridad" se mantenía a menudo de manera todavía más mistificadora. Por ejemplo, en una ocasión Maya dijo que quería abandonar el hospital y que pensaba que su madre trataba de mantenerla en él, aún cuando ya no era necesario para ella seguir internada. Su madre le respondió: "yo creo que Maya está... creo que Maya reconoce que todo lo que ella desease realmente para su propio bien, yo... yo no... ¿hum? (sin respuesta). Ninguna clase de reservas. . . quiero decir que, si hay que hacer algunos cambios, los haré con mucho gusto... a

no ser que sea absolutamente imposible". Nada podía distar más de lo que Maya reconocía en ese momento. Pero nota uno la mistificación en las declaraciones. Lo que Maya deseaba era modificado de manera decisiva por el "realmente" y "para su propio bien". Por supuesto, la madre era el árbitro: a) de lo que Maya deseaba "realmente", en contraste con lo que ella podía creer que quería; b) de lo que era para su propio bien; e) de lo que era posible.

A veces Maya reaccionaba ante tales mistificaciones, percatándose lúcidamente de las mismas. Pero hacer esto le costaba mucho más trabajo que a nosotros. Su problema consistía en que no podía decirse a sí misma cuándo podía o no confiar en su propia memoria, en su padre y en su madre, en su propia perspectiva y metaperspectiva, en lo que decían sus padres de sus perspectivas y metaperspectivas.⁵ En efecto, la investigación atenta de esta familia reveló que lo que sus padres le decían acerca de sí misma, de ellos, de lo que pensaban que ella creía que ellos creían, etc., y aun acerca, de lo que de hecho había ocurrido, no era digno de confianza. Maya sospechaba esto, pero sus padres le dijeron que estas sospechas eran su enfermedad. Por consiguiente, dudó a menudo de la validez de su; propias sospechas; con frecuencia negaba lo que decían (ilusoriamente), o inventaba alguna historia a la que se aferraba transitoriamente. Por ejemplo, en cierta ocasión insistió en que había estado en un hospital a la edad de ocho años, en ocasión de su primera, separación de los padres.

Esta muchacha era h:ja única, nacida cuando la madre tenía 24 años de edad y el padre 30. Ambos reconocieron que al papá le encantaba la niña. Lo levantaba a las cuatro y media de la mañana, desde que ella cumplió los tres años, hasta los seis, y se iban a nadar juntos. No se separó para nada de él. Se sentaban el uno al lado del otro en la mesa, y lo último que hacía en la noche era rezar con el padre. Hasta que la separaron a la edad de ocho años, frecuentemente emprendieron largas caminatas juntos. Aparte de algunas breves visitas a su casa, vivió separada de sus padres hasta la edad de 14 años.

La señora no expresó nada tan sencillo como los celos durante su relato de las tempranas relaciones estrechas de Maya con su padre. Parecía identificarse tanto con Maya, que estaba reviviendo a través de ella la relación con su propio padre, la cual, según ella, había consistido en cambios rápidos e imprevisibles, de la aceptación al rechazo y viceversa.

⁵ *Por perspectiva se entiende el punto de vista de p en una situación. Por metaperspectiva se entiende el punto de vista de p acerca del punto de vista de o (véase Laing, 1961, apéndice).*

Cuando Maya tenía 4 años, regresó para vivir permanentemente en su hogar; ya había cambiado. Deseaba estudiar. Ya no quería ir a nadar con su padre, ni dar largas caminatas con él. Tampoco quería rezar con él. Deseaba leer la Biblia por sí sola, para sí misma. Se quejó de que su padre le expresase su afecto sentándose cerca de ella a la hora de las comidas. Quería sentarse lejos de él. Tampoco quería ir al cine con su madre. Deseaba ocuparse en cosas de la casa y hacer otras por sí misma. Por ejemplo, (citado por la madre) lavó un espejo sin decirle a la madre que lo iba a hacer. Sus padres se quejaron también con nosotros, de que no quería comprenderlos y que no les contaba nada acerca de sí misma.

La reacción de los padres a este cambio en el estado de cosas, que evidentemente fue un gran golpe para ellos, resulta interesante. Ambos creían que Maya tenía facultades mentales excepcionales, hasta el punto de que tanto la madre como el padre llegaron a convencerse de que podía leerles sus pensamientos. El padre trató de confirmar esto consultando a un medium. Comenzaron a ponerla a prueba de diferentes maneras:

PADRE: "Si yo estaba abajo y llegaba alguien y preguntaba cómo se encontraba Maya, y subía yo inmediatamente, ella me decía: «¿qué has estado diciendo de mí?»; yo le contestaba: «nada». Entonces me replicaba: «sí, has hablado de mí, te oí». Pues bien, era tan extraordinario, que, sin que lo supiese Maya, experimenté con ella, ¿ve usted?, y luego, cuando lo probé, pensé: «bien, se lo contaré a su madre»; lo hice y ella dijo: «¡oh, no seas tonto, es imposible!»; yo le contesté: «bien, ahora, cuando saquemos a Maya en el coche esta noche, me sentaré a su lado y me concentraré en ella. Yo diré algo, y tú te fijarás en lo que ocurre». Cuando me estaba sentando, ella dijo: «¿no quieres sentarte al otro lado del coche? No puedo sondear los pensamientos de papá». Y era cierto. Pues bueno, después de eso, un domingo -era invierno- dije: «ahora Maya se sentará en la silla de siempre y se pondrá a leer un libro. Tú cogerás un periódico y yo cogeré otro; yo te daré la señal y este... Maya estaba absorta leyendo el periódico y este... le hice una señal con la cabeza a mi esposa; después me concentré en Maya, detrás del periódico. Recogió el periódico... su... bueno... revista o lo que fuese, y se fue a la habitación de adelante. Su madre dijo: «Maya, ¿a dónde vas? No he prendido el fuego». Maya contestó: «no puedo entender... no, no puedo llegar a lo profundo del cerebro de papá. No puedo llegar a lo más hondo de su mente»."

Estas mistificaciones han proseguido, desde su primera "enfermedad" hasta el presente, y han salido a luz tan sólo después de que esta investigación se ha venido efectuando durante más de un año.

Sus padres se habían "reído" en su presencia y durante años, de la irritación, nerviosidad, confusión y las acusaciones ocasionales de que ellos la estaban "influyendo" de alguna manera; pero en el transcurso de la investigación presente, el padre le contó a Maya de esta práctica.

HIJA: Bueno, quiero decir, que no debiste haberlo hecho, que no es natural.

PADRE: No lo hago... no lo hice... pensé... «bueno, estoy haciendo algo malo, no lo haré».

HIJA: Quieres decir que la manera como reacciono debería indicarte que está mal.

PADRE: Hubo un caso hace unas cuantas semanas; le gustó una de las faldas de su madre.

HIJA: No es que la quisiese, me la probé y me quedó bien.

PADRE: Bueno, tuvieron que ir a una modista... la modista nos fue recomendada por alguien; mi esposa fue a verla y le dijo: «¿cuánto es?». La mujer contestó: «cuatro pesos». Mi señora le replicó: «¡oh, no, le tiene que haber costado mucho más!», y aquélla le dijo: «bueno, su esposo me hizo un gran favor hace algunos años y nunca se lo retribuí». No sé que era. Mi esposa le dio más, por supuesto. De modo que, cuando Maya llegó a la casa, le preguntó: «¿conseguiste la falda, mamá?». Ésta respondió: «sí, y costó mucho dinero además». Entonces Maya le dijo: « ¡ oh!, no me puedes engañar; ¡me han dicho que fueron cuatro pesos!»

HIJA: No, creo que fueron siete.

PADRE: No, dijiste cuatro; mi esposa me miró... de manera que, si usted me puede explicar esto, yo no puedo.

Otra de las "ideas de referencia" de Maya era que algo se traían entre manos sus padres, que no alcanzaba a entender y que pensaba que tenía que ver con ella, pero no estaba segura.

Y claro que algo se traían entre manos. Cuando entrevistamos a la madre, al padre y a Maya juntos, los dos primeros intercambiaron una serie constante de sonrisitas de doble sentido, guiños, ademanes y gestos tan "obvios" para el observador, que tuvo que comentarlos al cabo de veinte minutos de la primera entrevista triádica. Desde el punto de vista de Maya, la mistificación consistía en que su madre y su padre ni reconocían la observación que les había hecho el investigador, ni nunca, por lo que sabemos, la validez de observaciones y comentarios semejantes de parte de Maya. A consecuencia de ello, según nos pareció, no sabía cuándo percibía que algo estaba ocurriendo y cuándo se lo estaba imaginando. Los comunicados francos, aunque secretos, no verbales entre el padre y la madre, eran de hecho hartamente públicos y perfectamente obvios. Sus dudas "paranoides" acerca de lo que estaba ocurriendo parecieron ser, en parte, expresiones de su falta de confianza en la validez de sus sospechas. No podía creer "realmente" que lo que pensaba que veía estaba ocurriendo. Otra consecuencia para Maya era que no podía distinguir

entre lo que (para los investigadores) no pretendían ser acciones comunicativas (quitarse los anteojos, parpadear, pellizcarse la nariz, fruncir el ceño, etc.) de las personas en general, y lo que eran en verdad señales entre la madre y el padre. Lo extraordinario es que algunas de estas señales eran parte "pruebas" para ver si Maya las captaba. Sin embargo, una parte esencial del juego de los padres era que, si hacía algún comentario, deberían replicar: "¿de qué hablas, de qué guiño?", etc.

En términos psiquiátricos clínicos, existía incongruencia del pensamiento y del afecto; por ejemplo, se reía cuando hablaba de su embarazo y aborto recientes. Se quejaba de detonaciones en la cabeza y de voces que fuera de ella le gritaban: "zorra", "sucía", "prostituta". Creía que la "gente" hablaba mal de ella. Decía que era la Virgen María y la esposa de Elvis Presley. Creía que su familia no la quería y deseaba deshacerse de ella; temía que la abandonasen en el hospital. La "gente" no la quería. Le tenía miedo a las multitudes y a la "gente". Cuando se encontraba en una multitud, temía que el suelo se abriese bajo sus pies. De noche, la "gente" se acostaba encima de ella, tenía relaciones sexuales con ella; había dado a luz una rata después de su ingreso al hospital; creía haberse visto en la televisión.

Era evidente que la red del sentido de la "realidad" de esta muchacha, de lo que era el caso y de lo que no lo era, estaba hecha jirones.

La cuestión era: ¿había sido hecho tiras por otros lo que se suele llamar "sentido de la realidad"?

.¿La manera como actuaba esta chica. y las cosas que decía, eran el efluvio inteligible de un proceso patológico?

Esta muchacha estaba confundida particularmente acerca de lo que ella era - oscilaba entre la Virgen María y la esposa de Elvis Presley- y también acerca de si su familia y la "gente" en general la querían o no, y en qué sentido lo hacían; si les gustaba por la persona que era o la deseaban sexualmente al tiempo que la despreciaban.

Cuán inteligibles socialmente son estas zonas de confusión?

A fin de ahorrarle al lector la confusión inicial de los investigadores, para no hablar de la de la muchacha, haremos una especie de tabulación de su nexos familiar.

STATUS BIOLÓGICO

Padre

madre

tía (hermana de la madre)

tío (esposo de la hermana de la papi, después tío madre)

primo

TÍTULOS QUE LE ENSEÑARON A USAR A RUBÌ

tío

mami

madre

hermano.

RUBÌ

Cuando Rubí (18 años de edad) ingresó en el hospital, estaba completamente muda, en pleno estupor catatónico inaccesible. Al principio se había negado a comer, pero poco a poco la fueron incitando a alimentarse. Al cabo de unos cuantos días comenzó a hablar. Disparataba de manera vaga y a menudo se contradecía a sí misma. Por ejemplo, en un momento decía que su madre la quería y, al momento siguiente, que estaba tratando de envenenarla.

Simplemente, Rubí era hija ilegítima, criada por la madre, la hermana de su madre y el esposo de su hermana.

Nos referiremos a sus parientes biológicos sin comillas y/a como ella los llamaba, y/o como ellos mismos se llamaban, entre comillas.

Ella y su madre vivían con la hermana casada de su madre, el esposo de ésta ("papi" y "tío"), y su hijo (su primo). El padre, que estaba casado y tenía otra familia en otra parte, las visitaba ocasionalmente. Ella lo llamaba "tío".

Su familia discrepó violentamente de nosotros, en una entrevista inicial, acerca de si Rubí había crecido sabiendo "quién era". Su madre ("mami") y su tía ("madre") sostuvieron firmemente que no tenía la menor sospecha del estado real de las cosas, pero su primo ("hermano") insistió en que tenía que haberlo sabido durante años. Ellos (madre, tía y .tío) aseguraron que ninguna persona del distrito lo sabía, pero finalmente reconocieron que, por supuesto, todos sabían que era hija ilegítima, pero nadie se lo habría de echar en cara. Las escisiones y negaciones más intrincadas en su apreciación de sí misma y de los otros, eran simultáneamente algo que se esperaba de esta muchacha y que los otros practicaban.

Quedó embarazada seis meses antes de su ingreso al hospital (aborto a los cuatro meses).

Como tantas de nuestras familias, ésta era acosada por el espectro del escándalo y la murmuración, el miedo a lo que la "gente" estaría diciendo y pensando, etc. Cuando Rubí quedó embarazada, todo esto se intensificó. Rubí pensó que la "gente" estaba hablando de ella (de hecho, lo hacía) y su familia sabía que estaba sucediendo, pero cuando les habló de esto, trataron de confortarla diciéndole que no fuese tonta, que no se imaginase cosas, que por supuesto, nadie estaba hablando de ella.

Esta fue una entre muchas de las mistificaciones a las que se sujetó a esta muchacha.

Ofrecemos en seguida unas cuantas más.

a) En su estado "paranoide" perturbado, dijo que creía que su madre, tía, tío y primo la despreciaban, la hacían su víctima, se burlaban de ella y la aborrecían. Cuando se puso "bien", sintió muchos remordimientos por haber pensado cosas tan terribles y dijo que su familia había sido "realmente buena" con ella, y que tenía una "familia encantadora".

En verdad, le dieron toda clase de motivos para sentirse culpable por verlos de esa manera, y expresaron el horror y el desencanto que les producía el que ella pudiese pensar que no la querían.

Nos dijeron que era una pérdida y poco menos que una prostituta, y nos lo dijeron con vehemencia e intensidad.

Trataron de hacer que se sintiese mala o loca, por percatarse de sus verdaderos, sentimientos.

b) Sospechaba, con sentimientos de culpa, que no querían que regresase del hospital a su casa y los acusó, en estallidos repentinos, de querer deshacerse de ella. Ellos le preguntaron cómo se le podían ocurrir tales cosas, pero, en efecto se mostraban extremadamente renuentes a tenerla en su casa.

Trataron de hacer que pensase que querían tenerla en la casa y que se sintiese mala o loca si se percataba de lo contrario, siendo que en realidad no la querían tener en casa.

c) Entraron en juego actitudes extraordinariamente confusas cuando quedó embarazada.

Tan pronto como pudieron saberlo, después de que Rubí se los contó, la "mami" y la "madre" la tendieron en el diván de la sala y mientras trataban de bombardearle agua jabonosa caliente en el útero, le dijeron con lágrimas, reproches, gestos de simpatía, compasión y espíritu de venganza al mismo tiempo, lo tonta y pérdida que era, en qué terrible lío se había metido (como su "mami"), qué desgraciado era el muchacho (como su "padre"), qué vergüenza, que la historia se repetía otra vez, que cómo se podría esperar otra cosa.

Era la primera vez que le habían hecho saber explícitamente quiénes eran sus verdaderos padres.

d) Después, el sentimiento que tenía Rubí de que la gente estaba hablando de ella comenzó a desarrollarse de verdad. Como ya mencionamos, se le dijo que eran tonterías y su familia nos contó que todo el mundo había sido "muy amable" con ella "después de todo". Su primo fue el más sincero: "sí, la mayoría de la gente es amable con ella, como si fuese negra".

e) La familia entera se sintió aplastada por la vergüenza y el escándalo. Aunque le recalcaron esto a Rubí insistentemente, al mismo tiempo le dijeron que estaba imaginando cosas cuando afirmaba que creía que la gente hablaba de ella.

f) Su familia la acusó de ser una niña trató de rechazar sus mimos, le dijeron: necesitaba, que todavía era una niña, etc. hubiese sido algo que ella hubiese hecho.)

La madre y la tía describieron al tío diciéndoles a los investigadores que era muy bueno, que quería a Rubí y era como un padre para ella. Estaban convencidas de que haría lo que fuese para ayudarlas a resolver el problema. A pesar de esto, en ningún momento fue posible verlo para concertar una entrevista. Durante el periodo de investigación se arreglaron seis citas por acuerdo mutuo, a ninguna de las cuales asistió. Finalmente, los investigadores hablaron con el tío, pero solamente consiguieron hacerlo cuando se presentaron en su casa sin previo aviso.

Según los testimonios del tío, la madre y la tía, aquél le dijo a la muchacha varias veces que si no se "corregía", tendría que irse de la casa. Sabemos que en dos ocasiones le dijo que se fuese de la casa y ella lo hizo.

Pero cuando la chica le dijo que él le había ordenado irse de la casa, el se lo negó a ella (¡aunque no nos lo había negado a nosotros!).

Su tío nos dijo temblando cómo ella lo había manoseado, cómo lo había acariciado sobre la ropa, lo mal que se sentía por ello. Su esposa le dijo con toda frialdad que en aquel momento no dio señales de haberse sentido muy mal.

Cuando se le interrogó más tarde, Rubí nos hizo ver que, por lo ocurrido, no había llegado a su conciencia la idea de que a su tío no le gustaba que lo acariciasen. Creyó que le gustaba y lo había hecho para complacerlo.

No sólo en un campo, sino de todas las maneras imaginables -respecto de sus ropas, su manera de hablar, trabajo y amigos-, esta chica había estado sujeta a mistificaciones que habían invadido todos los intersticios de su ser.

Los miembros de las familias de los pacientes esquizofrénicos hasta ahora estudiados, utilizan la mistificación frecuentemente, como la manera predilecta de controlar la experiencia y la acción del paciente esquizofrénico.

Todavía no hemos encontrado un preesquizofrénico que no se hallase en un estado altamente mistificada antes de su crisis psicótica manifiesta.

Por supuesto, los demás miembros de la familia activamente mistificadores no reconocen este estado mistificado como tal, aunque lo señale frecuentemente un miembro relativamente despegado del círculo familiar '(un hermano "normal", una tía, un tío, un amigo, etc.). El episodio psicótico puede entenderse a veces como un intento desafortunado para reconocer el estado de mistificación en que se encuentra la persona. A cada intento de reconocimiento se le opone violentamente toda mistificación imaginable, de parte de los mistificadores activos de la familia.

RUTH

El siguiente ejemplo de mistificación patentiza también la confusión de la praxis con el proceso.

Lo que para los investigadores es una expresión del yo real de la muchacha, sin que importe cuán disyuntiva es respecto del modelo que tienen los padres de lo que ese yo es, estos últimos lo consideran como un simple proceso; es decir, no atribuyen motivo, agente, responsabilidad o intención a tal conducta. La conducta que para los investigadores es falsa y condescendiente, para ellos es sana, normal y representa su yo verdadero o real. Esta situación paradójica se repite constantemente en nuestros datos.

De cuando en cuando, Ruth se pone medias de lana de colores y se viste en general de la manera muy acostumbrada en algunos sectores de Londres, pero insólita en el círculo de sus padres.

Éstos ven en ello un "síntoma" de su enfermedad. Para la madre, el que Ruth se pusiese esas medias fue la primera señal de que venía otro "ataque". Es decir, la madre (y el padre) convierten su acción (praxis) en una señal de un proceso patológico. Los investigadores interpretan la misma acción como afirmación de un yo que es disyuntivo, respecto de la opinión rígidamente sostenida por sus padres acerca de quién es Ruth y cómo debe ser.

Estos actos de autoafirmación son acompañados por una violencia tremenda de parte de la propia Ruth y sus padres. El resultado es un periodo de experiencia y conducta perturbadas, clínicamente diagnosticable como "episodio psicótica". Termina con una reconciliación, fundada en que Ruth ha estado enferma. Mientras lo estuvo sintió, hizo y dijo cosas que realmente no pensaba, lo cual no podía

menos que hacer, pues todo se debía a su "enfermedad". Ahora que está bien de nuevo, ella misma se da cuenta de esto.

Cuando Ruth se puso medias de colores, al principio las cuestiones para los padres fueron las siguientes: ¿por qué nos tiene que deshonrar de esta manera? Es una buena chica. Ha sido siempre tan sensata y agradecida. No suele ser tonta y desconsiderada. Aun si quiere ponerse medias, cte., como ésas, sabe que ello molesta a su padre y que él está enfermo del corazón. ¿Cómo puede trastornarlo de esa manera, cuando realmente lo quiere?

La dificultad que ofrece el análisis de esta muchacha en sus periodos no psicóticos, como suele ser el caso de los esquizofrénicos en su fase "muda", consiste en que se pone completamente de parte de sus padres cuando opinan que tiene "ataques" de su "enfermedad" periódicamente. Solamente cuando está "enferma" repudia (por supuesto, sólo en parte) el "eje de orientación" de sus padres.

En este caso podría intentarse el siguiente enfoque de la lógica de la mistificación. X es buena. Todo lo que no es X es malo. Ruth es X. Si Ruth fuese Y, sería mala. Pero Ruth parece ser Y.

Así pues, Y debe ser equivalente a X, en cuyo caso Ruth no es realmente X, sino que es en realidad X.

Además, si Ruth trata de ser o es Y, será mala. Pero Ruth es la persona X, es decir, es buena; de manera que Ruth no puede ser mala, y entonces debe estar loca.

Ruth desea ponerse medias de lana de colores y salir con chicos, pero no quiere ser mala o loca. La mistificación consiste en que sin ser -mala o loca, no puede llegar a ser nada, salvo una solterona que viva para vestir santos en su casa mientras sus padres envejecen. Si es buena, la persiguen las "voces" de su propia vida no vivida, y las "voces" de sus padres, si es mala. De manera que enloquece de ambas maneras. 'Está en la llamada posición insostenible. (Laing, 1961, pág. 135).

La tarea del terapeuta es ayudar a desmistificar a tal persona. Así, la primera fase de la terapia consiste en gran parte en los esfuerzos de desmistificación, para desenredar el nudo que la ata, o para plantear cuestiones que nunca se habrán mencionado o siquiera pensado, salvo cuando la persona estuvo "enferma", a saber: ¿es mala o es una vergüenza?, ¿es egoísta, desconsiderada, mal agradecida, etcétera?, ¿ser o no ser X? y ¿es necesariamente bueno ser X?, etc. Pero la práctica de la terapia es otro cuento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1, 251-264.
- Brodey, W. M. (1959). Some family operations and schizophrenia. *A.M.A. Arch. gen. Psychiat.* 1, 379-402.
- Haley, J. (1959a). The family of the schizophrenic: a model system. *J. nerv. ment. Dis.* 129, 357-374.
- Haley, J. (1959b). An interactional description of schizophrenia. *Psychiatry*, 22, 321-332.
- Laing, R. D. (1960). *The divided self*. Londres: Tavistock. Chicago: Quadrangle Press, 1961.
- Laing, R. D. (1961). *The self and other*. Londres: Tavistock. Chicago: Quadrangle Press, 1962.
- Laing, R. D. (1962). Series and nexus in the family. *New Left Rev.* 15, mayo-Junio.
- Laing, R. D. y Cooper, R. D. (1964). *Reason and violence. A decade of Sartre's philosophy 1950-1960*. Londres: Tavistock. Nueva York: Humanities Press.
- Laing, R. D. y Esterson, A. (1964). *Sanity, madness and the family, vol. I. Families of schizophrenics*. Londres: Tavistock. Nueva York: Basic Books.
- Lidz, T., Cornelison, A., Terry D. y Fleck, S. (1958). Intrafamilial environment of the schizophrenic patient: VI The transmission of irrationality. *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat.* 79, 305-316.
- Lomas, P. (1961). Family role and identity formation. *Int. J. Psycho-Anal.* 42, julio-octubre.
- Ryckoff, I., Day, J. y Wynne, L. C. (1959). Maintenance of stereotyped roles in the families of schizophrenics. *A.M.A. Arch. gen. Psychiat.* 1, 93-98.
- Sartre, J. P. (1960). *Critique de la raison dialectique*. Paris: Gallimard.
- Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy-an element in the etiology and psychotherapy of schizophrenia. *Brit. J. med. Psycho'*. 32, 1-18.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day J. y Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatric* 21, 205-220.

Cap. 10 LA LUCHA POR LA IDENTIDAD

ANTHONY F. G. WALLACE, RAYMOND D. FOGELSON

Material de caso, 421.

Primer extracto, 424.

Segundo extracto, 427.

Formulaciones teóricas, 434.

La lucha por la identidad en la terapia familiar de la esquizofrenia, 454.

Referencias bibliográficas, 460.

EN EL OTOÑO DE 1960, EL DOCTOR Ivan Boszormenyi-Nagy y sus colaboradores invitaron a los autores de este capítulo a participar como antropólogos observadores en su programa de terapia familiar del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute.¹ En las primeras entrevistas con el doctor Ivan Boszormenyi-Nagy, nos impresionó el interés de su grupo en los estilos de conflicto interpersonal, en los que las familias sometidas a tratamiento. estaban crónicamente envueltas. Estas luchas parecían girar en torno a esfuerzos obstinados y verbalmente manifiestos de los participantes por obligarse unos a otros a desempeñar papeles sencillos relacionados con el cuidado de los hijos, culturalmente convencionales pero mutuamente incompatibles, sobre todo mediante el burdo recurso de insultarse unos a otros, tarea en la que persistían a menudo durante mucho tiempo no obstante los decididos esfuerzos realizados por el equipo terapéutico, para intervenir en diversas ocasiones y desviar las diversas energías hacia canales más saludables.

¹ Queremos consignar nuestro agradecimiento, por la valiosa colaboración que nos proporcionaron, a los siguientes miembros de la sección de antropología, que hicieron las veces de secretarios, asistentes de investigación y colaboradores, en diversas fases del proyecto: doctor Robert Ackerman, Nina Balis, Connie Davidejt, Josephine Dixon, H. Pollard Dow, y Virginia Tovey.

Imparcialmente a los terapeutas y a los pacientes en un sistema de interacción, cuyas reglas constituyen una forma más de las diversas maneras en que puede estructurarse la conducta humana. Al hacerlo así, evitamos deliberadamente la interpretación rutinaria de la conducta en términos psiquiátricos; por ejemplo, sólo de cuando en cuando introducimos el concepto de psicodinámica inconsciente; hacemos hincapié en el contenido manifiesto de la comunicación verbal, más que en la comunicación no verbal, la cual a veces resulta más reveladora desde el punto de vista de la libido. Nos damos perfectamente cuenta de que al restringir de tal manera nuestra atención, dejamos de percibir muchos fenómenos importantes. Por otra parte, diversos procesos controlados por el ego, conscientes, cognoscitivos y verbales, son también partes importantes de la conducta humana y constituyen, por cierto, la conducta más característica del hombre. En este trabajo nos ocupamos de la forma manifiesta de un tipo de interacción interpersonal, que tiene que describirse primero al nivel de la conducta verbal manifiesta y del proceso cognoscitivo consciente. Sólo después de que se haya completado razonablemente esta descripción, podrá ensayarse una explicación que tenga sentido, en términos de la psicodinámica.

MATERIAL DE CASO

Nuestros materiales de caso provienen de observaciones visuales y grabaciones en cinta magnética de algunas sesiones de terapia familiar, llevadas a cabo en la unidad del doctor Ivan Boszormenyi-Nagy del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute. (La rutina de estas reuniones ha sido descrita en los capítulos correspondientes de este libro, por los autores Ivan Boszormenyi-Nagy y James L. Framo.) Los antropólogos observaban las sesiones a través de una cámara de Gessel; nunca participaron en el tratamiento y, por lo que sabemos, no conocían a los sujetos (aunque se informó a éstos que el personal de investigaciones podría estar observando y grabando cualquier sesión). En el transcurso de seis meses, desde enero hasta junio de 1961, observamos cuatro familias en sesiones semanales de tratamiento, a lo largo de varios meses cada una; a una de estas familias, que llamaremos ficticiamente con el apellido Sánchez, la observamos durante seis meses. Examinaremos con algún pormenor una parte del material obtenido en las sesiones con la familia Sánchez.

El calificativo de lucha por la identidad parecía acertado porque, en pocas palabras, descubrimos que el contenido manifiesto de los conflictos verbales en la terapia familiar cobraba a menudo la forma de una disputa acerca de qué clase de persona era cada uno de los participantes. Cada persona desempeñaba alternadamente los papeles de agresor y defensor, acusando en ocasiones al otro de poseer alguna característica indeseable y otras veces defendiéndose firmemente de toda crítica a su propio carácter. Una vez establecidas, tales luchas parecían ser algo más que expresiones sencillas, sintomáticas de necesidades libidinales (aunque sin duda

dependían de éstas para su origen) y eran, de hecho, procesos transaccionales cuasiautónomos que tenían "vida" propia.

Por consiguiente, este capítulo es la descripción de casos representativos de la lucha por la identidad, así como un informe de algunas formulaciones teóricas que en el momento actual nos parecen útiles y aun necesarias, aunque no suficientes por completo, en toda explicación de los fenómenos que observamos.

El capítulo contiene tres secciones. En la primera presentamos material de casos, pues en esta etapa del trabajo no es posible ofrecer datos experimentales controlados. No obstante, a fin de comunicar con mayor claridad los conceptos, demostrar que la lucha por la identidad existe como fenómeno e ilustrar algunos de los métodos y de las dificultades de la observación, presentaremos algunas descripciones tipo "historia natural", fundadas en observaciones clínicas de las familias sujetas a 'tratamiento. En la segunda sección se presentan formulaciones teóricas. En el transcurso de nuestras reflexiones y discusiones en torno a los conflictos familiares observados, hemos venido formulando gradualmente una posición teórica que ha determinado cada vez más elección de los fenómenos a los que hemos prestado atención. Habremos de exponer esta formulación, y algunos de los contextos sociales más allá de la situación de terapia familiar, con toda la precisión que nos sea, posible.

Y por último, en la tercera sección consideraremos la lucha por la identidad en la terapia familiar de la esquizofrenia. Aunque no hemos hecho ningún esfuerzo especial por relacionar nuestro trabajo con la bibliografía que existe sobre terapia familiar, no hemos podido evitar la realización de algunas inferencias a partir de nuestras observaciones. Estas inferencias tienen que ver con las condiciones en que los procesos 'terapéuticos o antiterapéuticos pueden ser propiciados por la lucha por la identidad en la situación de psicoterapia, tanto individual como familiar. A lo largo del capítulo mantenemos el papel de antropólogos (en la medida en que lo podemos hacer, al tratar una materia de estudio tan cargada de valores sociales, médicos y personales), y hemos observado

Inicialmente dedicamos un esfuerzo considerable a desarrollar un sistema para codificar las copias de las cintas grabadas, e ir escogiendo las propias imágenes y otras presentadas por los participantes. Esperábamos trazar la estructura estocástica del conflicto de identidad, característico de cada familia en particular. Aunque en principio esta manera de proceder tiene algunas cualidades, las dificultades técnicas que presentó el establecimiento de confiabilidad entre observadores para la codificación, pudieron más que nosotros.

Un inconveniente más grande aún de tal manera de proceder fue el de la superficialidad de la interpretación semántica de lo dicho por los participantes. El reducir cada declaración, rica en imágenes y fantasías, a un pequeño número de símbolos '(veintisiete), cada uno de los cuales significaba una categoría que definía el tipo de imagen, su valencia y su vector, eliminaba tanto de su significado del análisis de lo que estaba ocurriendo en la comunicación, que hicimos a un lado el procedimiento y recurrimos a un método menos riguroso pero más sensible. Este método confiaba en las capacidades de los observadores, que hablaban el mismo lenguaje general de los sujetos, para "comprender" mucho de lo que se estaban diciendo unos a otros. Este procedimiento más intuitivo permitió reconocer gambitos tácticos, delinear la estructura del conflicto y relacionar la comunicación interpersonal y la psicodinámica, con mayor confiabilidad y muchísima más validez que con el procedimiento más austero de codificación.

La familia Sánchez constaba de la paciente, joven de 17 años de edad, su padre y su madre. Los padres asistieron fielmente a las sesiones familiares con el terapeuta de la paciente (el cual simultáneamente la atendía en terapia individual) y otro terapeuta del grupo del doctor Boszormenyi-Nagy. Los padres eran una pareja de la clase media, de edad e ingresos medianos, que no habían recibido educación universitaria pero estaban bastante bien informados de los propósitos de la psiquiatría dinámica moderna, y aceptaban el principio de que ellos mismos tal vez sufrían dificultades emocionales cuya solución contribuiría a la recuperación de su hija y al éxito del ajuste posterior a la vida en el "exterior". La hija, María, había sido admitida para su tratamiento en el Instituto, después de un intento de suicidio. Cuando ingresó por primera vez al hospital, unos dos meses antes de que comenzase el programa de tratamiento familiar, había estado sin hablar, retraída, desaliñada y propensa a sentarse en el suelo durante horas, mirando a la pared. En el momento de su participación inicial en el programa de tratamiento familiar, se había producido alguna mejoría de su estado, que quizá resultó del trabajo en terapia individual.

A lo largo de la serie de sesiones que observamos, no obstante manifiestas oscilaciones en el estado de la paciente, y a pesar de un cambio de terapeuta cuando el proceso iba a la mitad, y de la variedad de temas particulares discutidos, un rasgo de la entrevista se mantuvo virtualmente constante: la tendencia a que

cada conversación, independientemente de cuál fuese su tema, ascendiese rápidamente en espiral hasta convertirse en una lucha por la identidad. Por supuesto, los terapeutas toleraron y alentaron este proceso, puesto que su táctica normal consistió en diagnosticar las implicaciones de identidad de cualquier declaración, y luego trabajar para convertir en explícitas las imágenes que no lo eran. Por ejemplo, si el padre decía que se sentía inquieto por algún suceso concreto, uno de los terapeutas le sugería que tal vez estaba expuesto a sentirse así en una gran clase de situaciones, de la cual el suceso era un solo caso; la madre lo confirmaba; el terapeuta le preguntaba a la paciente su opinión, y proseguía la lucha con el padre a la defensiva, la jauría acercándosele, el padre acusando a la madre de tener una característica que lo hacía sentirse inquieto, la madre defendiéndose, la hija defendiendo a la madre, el padre acusando a la hija de parcialidad, el terapeuta generalizando su comentario, y así sucesivamente. Creemos que los terapeutas desempeñaron este papel incendiario con toda intención, para conseguir, en primer lugar, que las cuestiones emocionales conscientes debatidas entre la familia se hiciesen explícitas y quedasen a disposición de la conversación y, en segundo lugar, para traer a la atención consciente los conflictos internos de los individuos participantes, especialmente de la paciente, que luego, en la sesión familiar y en las sesiones privadas con su terapeuta, podría trabajar sobre los dilemas.

Un diálogo recurrente en estas sesiones, en el que quedaban envueltas particularmente María y su madre, versaba sobre las imágenes complementarias que tenían de sí la una de la otra, como personas más o menos comprensivas y cordiales. Al parecer, esta lucha era vieja, se remontaba a varios años. La madre deseaba que María fuese más cordial, franca y desenvuelta con ella; la táctica de la madre consistía en obligar a María a actuar de manera más cordial, acusándola de no mostrarse amistosa con ella, con lo que la desafiaba a probar que sí era amistosa. María contrarrestaba esto diciendo que su madre no era una persona comprensiva y que ella misma no era inamistosa de manera hostil o antagonista, sino que era pura y simplemente sincera y realmente fría, retraída e indiferente. Entonces la madre decía que María no era realmente indiferente, fría ni retraída en lo fundamental. Tan sólo con que se portase de manera más cordial, como podría serla si quisiera, se le recompensaría con bondad, calor humano y liberación del hospital. María señalaba que esto mostraba que su madre no entendía su incapacidad de relacionarse cálida y cordialmente con la gente, que estaba demasiado enferma; esa era su enfermedad, y el que alguien dijese que era "realmente" una persona llena de vida, era simplemente una manera astuta de pedirle que mostrase una cordialidad que no sentía. Dejemos ahora que las transcripciones hablen por sí mismas.

1) Primer extracto

Febrero de 1961. Presentes: María, padre, madre, doctor A. (terapeuta de la familia) y doctor B. (terapeuta particular de María).

MADRE: Bien, lo he intentado; he intentado hablar con María, aunque sea de algunas cosas. Trato ... trato de obtener alguna chispa, aun cuando sea acerca de cosas de todos los días. No puedo estar simplemente sentada ahí. No soy así. Tengo que hacerle preguntas y . . . a veces muestra un poco de interés, otras veces no. Es como un trozo de madera... que habla. Pero si ... ella... este... a veces veo una chispita, una pequeñísima respuesta, y me siento mejor. Me siento más contenta y me da gusto obtener cualquier clase de respuesta.

MARÍA: (ríe).

PADRE: Eso es lo que yo siento.

DOCTOR B.: Esto nos muestra toda su actitud en cierta manera, si responde aunque sea un poco, entonces usted se siente feliz.

MARÍA: (ríe).

MADRE: Creo que yo (ininteligible) pero ella no; tiene mucha vida y mucho sentimiento.

DR. B.: Lo acabamos de ver ahora, cuando se rió. Pensó que un trozo de madera era emocionante, de algún modo.

MARÍA: No. DR. B.: ¿No?

MARÍA: Me hizo gracia (voz baja).

DR. B.: ¿Gracia?

MARÍA: No eso... todo...

PADRE: Pero ¿no crees que ... nuestras visitas podrían ser mucho más agradables si tú, este, tratases de compartirlas un poquito más? Sin embargo, te encierras... en otras palabras, siento como que te da lo mismo que vengamos o no, o que nos vayamos... o no... por supuesto, tal vez esté equivocado y aceptaré que se me corrija, pero esa es mi impresión. Por supuesto, como he dicho, tú puedes opinar de manera diferente.

MARÍA: Este lugar hierve de... vida... palpita debajo de mí... (ríe) (pausa). Ja, ja, no sé realmente qué es lo que quieren de mí... (ríe) ... para ser franca.

PADRE: Muy poco. No te hemos pedido nada.

MARÍA: ¡ Oh! (ríe).

PADRE: Aparte de un poquito de cordialidad, y no creo que sea pedir demasiado. Después de todo, cuando se reúnen extraños, actúan con cordialidad, y te aseguro que no creo que seamos extraños.

MARÍA: (breve risa) Yo no estaría tan segura.

PADRE: ¿Por qué?, ¿por qué dices que no deberías estar tan segura? Quieres decir que después de todos estos años, nosotros... ¿yo soy un extraño para tí?

MARÍA: Bien (pausa), te estás olvidando de algo... quiero decir... no creo haberme comunicado contigo, o con ninguna otra persona, si a eso vamos, durante los dos últimos años... y tú parece olvidarte de eso y esa cosita, sabes...

PADRE: Bueno, reconocí que fui negligente, pero sólo por... este...

MARÍA: (excitada) No dije nada... de tu abandono... este... no dije eso. Simplemente dije que no me he comunicado contigo ni con otras personas... o de mi parte ... no dije nada que tenga que ver contigo ... de manera que, este... quiero decir... no es... bueno... algo que yo tan abruptamente supuse, tú sabes, desde que llegué aquí... o algo así ... yo no quise realmente ...

PADRE: Pero yo siento que te has retraído todavía más desde que has llegado aquí...

MARÍA: No me comunico con mucha gente ni le digo a ellos que tenga mucho sentido. Ah. . . no siento ... ah... como si yo... ya sabes... simplemente hago esto... cuando tú, cuando tú vienes a visitarme (ríe). Y entonces yo ah ... no entiendo realmente de qué quieres que hable.

DR. B. :Creo que eso es cierto.

MARÍA: No sé qué es lo que quieres que diga (ríe), quiero decir, no tengo mucho... este ... mucho que decir.

PADRE: Bien, tal vez no quiera yo que te desbarates de entusiasmo, pero sí espero que muestres un poquito más de sentimiento y de gusto por nuestra presencia.

MARÍA : No puedo (voz alta), tú siempre. . . todos ustedes... desean algo que yo no puedo hacer.

PADRE: Bueno, eso por lo menos es una explicación parcial que nunca había oído antes.

MARÍA: Quisieras que yo... oh, yo supongo que podría... representar algo (ríe) un papel que no sentiría. Si lo que quieren es que yo haga eso, me imagino que podré hacerlo (ríe) ...

DR. A.: Tengo la impresión de que María está en la situación de alguien que puede dar o quitar y, este, que sus padres le están pidiendo algo a ella, a María: que represente cordialidad y de tal manera los haga sentirse felices.

PADRE: Bueno, veámoslo de esta manera: no sólo en nuestro caso ---claro que tal vez nos veamos envueltos personalmente más que cualquier otra persona en el momento actual-, pero es una teoría con la que uno trata a todo el mundo. Uno espera cordialidad, entonces tiene que ofrecer algo. No se puede ser frío y esperar cordialidad. Es imposible. No se puede conseguir eso de nadie.

DR. A.: Es muy cierto; no estoy discutiendo eso, no estoy en desacuerdo con eso. Lo que estoy diciendo es, que en esta situación, tal como es ahora, ustedes ven su enfermedad, y su visita como padres crea, como si, como si la manera de hablar, los dos, que... este... si pudiese ser tan sólo un poquito mas amable, podría darnos gusto y eso es lo que...

PADRE: Bien, no, este... ah... posiblemente tenga usted razón cuando dice que por supuesto sintiéndonos tan profundamente preocupados y viniendo como hacemos, es muy duro. Después de todo es una visita de tres horas. En tres horas, este... bueno, tratar de conservar interés en la conversación... con alguien que no muestra la menor cordialidad. . .

MARÍA: No siento hostilidad (al mismo tiempo)

PADRE: Parece ser infeliz

MARÍA: ¿Qué he hecho? Discuto contigo de cuando en cuando.

PADRE: Bueno, ¡eso es algo!

MARÍA: Dos veces he discutido contigo.

PADRE: Sí, creo que una discusión es mejor que nada.

MARÍA: Dos veces he discutido contigo y este... no sé verdaderamente qué es lo que quieres que yo ofrezca. Yo, este, no puedo ofrecer algo que... simplemente no tengo... Sería difícil, y no creo realmente que te pondría mucho más contento (ríe).

PADRE: Bueno, ¿cómo lo sabes si no lo has intentado?

MARÍA: No vale la pena intentarlo. Tú ... en lo que a mi se refiere, yo, este... no puedo insinuar algo que no siento. Este (ríe), no sé qué es lo que quieren de mí.

MADRE: He visto toda clase de intereses... este, el martes. . . no he estado viniendo todos los martes, pero a veces cuando yo he, este, podido salir de la casa, lo he intentado, y este martes sentí vivamente que quería ver a María; mi nuera me ayudó, nos apuramos y salimos de la casa. Y ah, María muestra algún interés a veces. Le preguntó a su padre si estaba estrenando camisa y algunos días me preguntó si me había comprado una bolsa nueva. Estas son señales de que tiene algún interés en sus padres. Sinceramente, yo no espero la cordialidad de que está hablando mi esposo... sabiendo algunas de las cosas que ahora mismo siento.

MARÍA: No siento hostilidad contra ustedes. No sé de dónde sacan la idea de que yo, quiero decir, no creo que sienta yo hostilidad.

PADRE: Bueno, he dicho que tal vez me expresé mal. Digamos que no excesivamente hostil.

MARÍA: Bien, yo no soy una persona excesivamente cordial, de ninguna manera; entonces no es justo que lo esperen de mí. A veces pienso que ustedes quieren que tenga aquí algo que ya no existe... tal vez estuvo aquí (ríe) pero, este, lo siento, ya no está. No puedo remediarlo.

DR. A.: ¿Sientes también, María, que esta es una especie de exigencia que consume tu energía, que no sólo tienes que pensar en tus propios problemas, sino también debes cuidar de no decepcionar a tus padres?

MARÍA: Pienso a veces que cuando vienen mis padres, se quiere que yo mantenga una conversación y que parezca... no sé...

DR. A.: ¿Contenta, o. . . ?

MARÍA: Bueno, como cuando viene mi hermana; quiero decir que sé que mi hermana hace un largo viaje para verme y yo sé, bueno, usted sabe, si este... si viene a verme y todo eso, y no le digo nada...

DR. A.: ¿Tienes que corresponderle?

MARÍA: Luego se regresa sintiéndose mal tal vez, preocupada; quiero decir, soy su hermana... y no creo que vendría a verme al menos que realmente quisiese hacerlo, de manera que yo debo (suspiro) hum, decirle una o dos cosas de las cuales no estoy... hasta cierto punto.

DR. A.: ¿Sentiste alguna vez que ya has llegado hasta el extremo de tus esfuerzos por tratar de mantener esta buena fachada, aun cuando no lo sientes, o que ya no puedes simular más cuando ya no lo sientes?

MARÍA: Creo que sería muy difícil para mí hacerlo ahora. Quiero decir, a veces puedo sostener una conversación, pero ...

DR. B.: En relación con el propio yo de María y alguna conexión que sabemos que existe entre usted y ella, este ... quiero señalar que ella se ha descuidado mucho el pelo recientemente. Bueno, no sé si así ocurrió en el otro hospital, pero tengo la idea de que esto ha venido ocurriendo recientemente, aunque no entiendo por qué.

DR. A.: Unos cuantos días después de que llego aquí. Creo que está relacionado con el incidente del que hablamos, no tanto del incidente en sí, como de la importancia del pelo de María en relación contigo.

MARÍA: (ríe) .

DR. B.: Este... me extraña mucho que María descuide tanto su pelo, sabe usted, ella no es, este. . . el tipo de paciente que se ha abandonado realmente hasta el punto de la regresión en el cual éstos se olvidan por completo de su cuerpo; y sin embargo, lo del pelo es tan notable ... Tenemos también lo del lápiz labial, que podría tener alguna relación con todo esto. No sé, pero le he pedido a María que reflexione en esto y que se peine, y es algo que no está dispuesta a hacer por nada; me pregunto si también ustedes se han dado cuenta, cuál es su impresión, cómo se lo pueden explicar.

MADRE: Yo sí me he dado cuenta.

Segundo extracto

Marzo de 1961. Presentes: María, padre, madre, Doctor A. (terapeuta de la familia) y doctor B. (terapeuta particular de María).

MARÍA: No sé. Lo que digas, prácticamente (ríe). Tú ... tú... dijiste que nunca te hice confidencias. Bueno, si supieses cómo ...

MADRE: No dije que nunca me hicieras confidencias.

MARÍA: Dijiste que no me acercaba a ti, o algo por el estilo; que no me acercaba a ti para decirte mayor cosa. Pues bien, si no me acercaba a ti, ni siquiera se me hubiera ocurrido que pudieses darte cuenta de ello de ninguna manera, de lo que yo estaba sintiendo realmente o de cuáles eran mis problemas.

MADRE: Bueno, a veces te acercaste a mí, María, pero el día que ...

MARÍA: Me acerqué a ti para hablar de religión, acerca de esto, este...

MADRE: Bien, también me habías dicho que no querías sentir.

MARÍA: ¡No lo hice!

MADRE: Que te duele demasiado sentir y por eso no querías hacerlo.

MARÍA: Yo no sentía, eso... eso es todo. Quieres decir... ¿la vez que creíste que yo estaba deprimida? Hace mucho tiempo que dejé esa etapa (ríe) en la que la gente se deprime (ríe) ; no sé. No es importante. DR. A.: Sí, sí es importante, porque sientes que tu madre no se interesa seriamente en ti y ni siquiera conoce tus problemas.

MARÍA: No los conoce.

DR. A.: Sin embargo, siente que...

MARÍA: Bien, no sé; me haces sentir a veces que, este... no sé, tú, la manera como me hablas, hablas de otras personas y me dices: "María, cuando ella llegó aquí, estaba muy enferma, y esta otra también, lo mismo que aquélla", ¿sabes?, como si a veces... no es que yo diga que estoy muy enferma -yo realmente no podría estimar más en este momento, realmente no podría estimarlo- pero tú, como me dijiste el domingo: "bien, María sabes. . . ", no recuerdo lo que me manifestaste. Mencionaste algo respecto de que podría dejar de ser... que tú... Lo que dijiste, ahora recuerdo todo lo que dijiste; no dijiste nada acerca de si yo trataba o algo por el estilo. Dijiste que habías estado pensando en ello y que pensabas que... ¡ah, sí!, dijiste algo acerca de tratar (ríe), así fue. Que si yo trataba, podría ser paciente externo (internó), para el mes de julio.

MADRE: No, dije que no era una imposibilidad.

MARÍA: Bueno, dijiste... no puedo recordar la palabra exacta, es todo lo que recuerdo. Simplemente te estoy diciendo lo que creo que dijiste.

MADRE: Bien, recuerdas algunas de las cosas que te digo, ¿verdad?

MARÍA: Sí. Bueno, yo no... ¿sabes?, no puedo recordar todo lo que la gente me dice, o exactamente lo que me dicen.

DR. A.: Bien, ¿tu madre quería decirte que esperaba que salieses en unos cuantos meses y a ti te pareció que era una subestimación de lo enferma que estás?

MARÍA: Bueno, lo subestima porque no sabe.

DR. A.: ¿Por qué estás lo suficiente enferma como para no ponerte bien en unos cuantos meses?

MARÍA: No, lo que siento... no es que diga que es imposible, simplemente siento, sabe usted, que mi madre cree que si María hace un poquito de esfuerzo por progresar, todo se resolverá milagrosamente, ¿sabe usted? Supone que en un par de meses mejoraré realmente, según creo, y que saldré, ¿ve usted? Quiero decir que tengo la impresión de que espera algo muy grande, que yo sea tan diferente y todo lo demás; y para mí, es una imposibilidad que yo vaya a cambiar tanto. Quiero decir, no es que sea una cuestión de estar bien; simplemente siento que a veces ella espera que yo lo haga, con un ínfimo esfuerzo. Entonces todo iría muy bien y, ¿sabe usted?, para mí, esto es totalmente imposible.

DR. A.: ¿Por qué no lo podrías hacer tú sola?

MARÍA: No, simplemente es imposible (ríe).

DR. A.: ¿Quién debería hacerlo?

MARÍA: Bueno, no es cuestión de quién lo haga. Sencillamente se trata de que, aun cuando yo le dedicase algún esfuerzo a ello, no pienso que cambiaría tanto como supongo que ella espera.

DR. A.: Bien, ¿qué podría cambiarte? ¿Qué podría cambiarte, de qué manera podría hacerse y cuál es el mejor plan para conseguirlo? Si tu propio esfuerzo no es suficiente, entonces ¿qué otra cosa se necesitara'?

MARÍA: ¡ Oh!, no sé.

DR. A.: Que ella cambie su actitud ¿es eso?

MARÍA: Bueno, no sé. Yo ni siquiera creo entender qué es lo que piensa. A veces creo que espera de mí esta cosa grande, y tal vez esto me hace sentir que me subestima y me hace ver el grado en que no conoce realmente... ¡oh!, no sé. No puedo explicarlo. '

MADRE: No entiendo, María, cuando dices que yo espero que cambies, ¿qué quieres decir?

MARÍA: Bien, esperas que cambie, ¿no es verdad?

MADRE: Bueno, entonces, ¿sabes de qué manera?

MARÍA: Mirándolo desde el punto de vista práctico, tú sabes que para ponerme bien tengo que cambiar. ¿No tendría que cambiar en cierta medida?

MADRE: ¿Es eso lo que tú no quieres hacer?

MARÍA: Tú sabes que a la gente no le gusta el cambio en otras personas y en sí mismas, madre. No es algo totalmente personal y mío.

DR. A.: ¿Qué debería cambiarse?... estamos hablando del cambio... ¿qué debería cambiarse?

MARÍA: ¡Oh!, no sé...

DR. A.: Debes tener una idea de cuáles cambios...

MARÍA: ¿Qué debería cambiarse.'

DR. A.: Ya que dices que no puedes cambiar en ese periodo ¿qué cambio podría esperarse en ti? ¿Cómo lo sabrías?

MARÍA: El cambio que ella espera en mí consistiría en que yo ... yo pienso. .. creo que... no sé. Simplemente tengo la impresión de que espera de mí que yo sea muy... con un pequeño esfuerzo, ¿sabe usted?, hacer un esfuerzo por progresar; y entonces mejoraré, lo cual... este.. . como ella dice, dejaré de ser paciente externo (interno) para julio; para mí que... no sé. Yo... parece algo realmente imposible, aunque quisiese hacerlo realmente, conseguirlo ... creo que sería imposible. No es cuestión de que me ponga bien o... algo por el estilo.

DR. A.: Entonces ¿qué es lo que falta para que mejores?, ¿por qué no?

MARÍA: (ríe) Porque no puedo.

DR. A.: ¿Qué es lo que falta?

MARÍA: No sé. (Ríe.)

DR. A.: Mira, es una cosa muy interesante porque, por una parte, muchas personas dirían que éste es un apoyo muy bien intencionado de parte de tu madre, pero aparentemente no lo tomas así. Una madre le está diciendo a su hija enferma: "mira, esfuérzate todo lo que puedas y tal vez en unos cuantos meses saldrás y volverás a casa", y sin embargo a tí te parece que esto es...

MARÍA: No dice sal de aquí y ven a casa. Dice que habrá terminado para mí toda la terapia, que no tendré nada que hacer, ¿sabe usted?, habrá acabado todo para mí; acabado, acabado, ¿sabe usted?

DR. A.: Entiendo.

MARÍA: Bueno, no creo, no sé...

MADRE: ¿No es eso lo que quieres, María?

MARÍA: Quise... yo... yo no quiero hablar de eso para nada, te dije eso antes a ti. No tenemos que volver a hablar de todo esto, para empezar. Pero digamos que nos pusimos a hablar de ello. Aún con eso, dudo mucho que para julio nosotros... este... yo esté "retoñando".

A pesar de la falta de material visual y de buena parte del material auditivo, los extractos anteriores de las sesiones de terapia familiar pueden evaluarse útilmente desde varios puntos de vista. Por ejemplo, podemos decir algo acerca de los deseos libidinales de varios miembros del grupo, particularmente de las demandas, por parte de cada uno de los tres personajes principales, de que los otros los acepten y quieran por lo que son, sin exigir condiciones de salud, sabiduría o tolerancia, que no se pueden satisfacer. Se pueden observar las respuestas agresivas y aun autodestructivas que se dan unos a otros, ante la negativa real o imaginada a desempeñar el papel de cuidador. Pero deseamos dirigir la atención sobre otro rasgo de estos pasajes: su contenido de imaginación. La disputa en torno a quién debe, o puede, o hará algo y para quién, se convierte rápidamente en una disputa en torno a qué clase de personas son. Los medios utilizados en la lucha por la identidad constituyen un conjunto de adjetivos, metáforas, comparaciones, y otras expresiones que describen a una persona, tanto a la que habla como aquélla a la que se le dirige la palabra.

Consideremos el primer pasaje. Empieza cuando la madre dice que cuando visita a María, aunque la mayor parte del tiempo la hija permanece "como un trozo de madera", a veces muestra "una chispita" que hace que su madre se sienta mejor. Aunque el contenido manifiesto de lo dicho por la madre tiene que ver con el retraimiento de María, la introducción de los sentimientos de la madre (se siente "más contenta" cuando María responde) implica que aquélla es capaz de hacer que su madre se sienta triste o feliz. Luego el padre acusa a la hija de ser indiferente con sus padres y de hacer desagradables las visitas al hospital. Esto constituye una acusación explícita de que María es hostil.

Mientras, María se estuvo defendiendo de estos gambitos, con risitas; sin embargo, la acusación del padre la obliga a acusarlos, a su vez, de ser exigentes y requerir de ella alguna conducta que pretende no saber cuál es.

El padre niega que sean exigentes: lo único que quieren es "un poquito de cordialidad", lo cual no es mucho pedir, no es más que lo que esperaría de un extraño, y sin duda los padres no son extraños para ella. El padre quiere saber si es esto lo que ella piensa realmente. (Si ella lo reconociese, implicaría que, después de todo, sí era hostil, puesto que acusar abiertamente a los propios padres de no sentir mayor afecto por su hija que un extraño, sólo podría hacerse en estado de cólera: en esta cultura, por lo menos, tal negligencia por parte de los padres no sólo justificaría, sino que exigiría virtualmente, cólera en el hijo abandonado.) María retrocede y explica que quiso decir que había estado demasiado enferma y retraída como para comunicarse con sus padres durante los dos últimos años. Al advertir que su hija se ha puesto a la defensiva, el padre trata de sacar mayor provecho de su situación, aunque reconoce a modo de disculpa que ha sido negligente.

Ahora han logrado arrinconar a María; los padres han formulado una acusación contra ella, delante de dos psiquiatras (y quizá sienta ella la presencia de otros observadores), con fundamento en su indiferencia durante las visitas y la supuesta acusación de negligencia con ellos (aunque ésta fue en gran parte fabricada por el padre), de que es hostil con sus padres. Pero ella trata de defenderse. Niega haber dicho que sus padres fuesen negligentes e insiste en que su incapacidad de comunicarse no tenía carácter personal o intencional, sino constituía un aspecto general de su enfermedad; a causa de esta enfermedad, no puede comunicarse con nadie. El padre y la hija se entregan a una disputa breve, cara a cara, en la que el padre le pide a ella que renuncie a su hostilidad y muestre "un poquito más de sentimiento y gusto" cuando la visiten; ella recula y da la explicación de que está enferma y retraída, además de dar a entender que los padres le están pidiendo que sea hipócrita y simule sentimientos que no tiene.

El terapeuta aviva el conflicto al sugerir que los padres de María dependen emotivamente de ella, y que ésta tiene el poder de hacerlos felices o desdichados. La aseveración implica que en el aprovechamiento de la oportunidad por parte de María se descubre una cualidad ligeramente sádica. El padre, que no se da cuenta de ello, lo interpreta como una crítica a él, y justifica su propia hostilidad señalando la de ella; finalmente, declara lisa y llanamente que su hija es hostil.

María acude en su propia defensa al oír esto, y dice, también de manera simple, que no es hostil. Reconoce que a veces discute. El padre dice que eso "es algo".

Pero ella cita su enfermedad como causa de su indiferencia emocional, y le pregunta si quiere realmente que sea una hipócrita. Él le replica que ni siquiera trata de ser cordial. La madre interviene en la disputa, para decir que María es verdaderamente capaz de alguna respuesta emocional, pero que ahora tiene sentimientos que le impiden ser cordial.

Entonces María repite que es falso que carezca de cordialidad hasta el punto de ser hostil; simplemente no es una persona efusiva, cordial; por lo menos "ya no lo es". Está apenada; no hay nada personal contra sus padres; está enferma y "no puede evitarlo".

El terapeuta familiar, cuyo trabajo se ha fundado en la premisa de que los padres dependen realmente de María para encontrar apoyo emotivo y ella no lo presta, especialmente ahora que está enferma, le sugiere esto a ella como explicación de su hostilidad. María reconoce que sus parientes, sin exceptuar a su hermana, quieren ver en ella señales de salud que consistan en que se ponga a charlar con ellos cuando la visiten. Le reconoce al doctor que mantener una fachada de conversación interesada es algo "muy difícil para mí ahora".

El terapeuta de la paciente y el terapeuta familiar intervienen entonces y desvían transitoriamente la lucha mediante una larga disquisición sobre el pelo desaliñado de María.

El segundo episodio tiene que ver en gran parte con el grado de enfermedad de la paciente. Comienza con un desacuerdo en lo que respecta al grado en que María le hace confidencias a su madre. Lo implícito aquí es que la madre considera a su hija como cargada de secretos y no dispuesta a relacionarse, imagen que tanto María como la madre rechazase pronto. Esto conduce a que la madre cite un caso concreto en que aquélla le dijo que no quería "sentir" porque era demasiado doloroso. La paciente acusa a la madre de interpretar mal esta confidencia, diciendo que no sentía, que estaba mucho más allá de la etapa de depresión en este punto. Interviene el terapeuta e interpreta la reacción de la paciente diciendo que significa que siente que su madre no tiene interés en ella y ni siquiera conoce sus problemas. María acepta la última parte de esta interpretación y se lanza a una descripción de la imagen que la madre se forma de su estado. Parece acusar a la madre de simplificar su enfermedad, de elevar al máximo los grados potenciales de progreso terapéutico y de ofrecer la falsa esperanza de que un poquito de esfuerzo es todo lo que se necesita para mejorar su estado lo suficiente como para que la den de alta en el hospital. También en este pasaje, María pretende que es incapaz de evaluar cuán enferma se encuentra realmente. Después de hacer algunas modificaciones a esta imagen de ambas partes, el terapeuta interviene de nuevo y trata de resumir la estructura de la disputa. Sugiere que cuando la madre quiere ofrecer aliento y estímulo, la hija lo interpreta como una subestimación de la

gravedad de su enfermedad. María está de acuerdo con la segunda parte de la interpretación del terapeuta. Luego amplía lo que para ella es el concepto ingenuo que tiene la madre acerca de su estado: que con un poco de esfuerzo se producirá un cambio milagroso. María considera que esta previsión es poco plausible, o que su cumplimiento sería imposible.

El terapeuta le pregunta a María cuáles son sus ideas en lo concerniente a los mecanismos del cambio de personalidad. Ella parece considerar que los cambios que su madre espera que ella efectúe requerirían algo más que un simple esfuerzo. Cuando el terapeuta sugiere que la actitud de la madre es tal vez el elemento fundamental que hay que cambiar, María elude la cuestión y señala simplemente la subestimación que de su enfermedad hace aquélla. Después, la madre comienza a interrogar a la hija acerca de la naturaleza del cambio que se necesita hacer. María reconoce que un cambio es un requisito previo para ponerse bien (por lo cual, parece dar a entender: salir del hospital), pero por otra parte, dice incisivamente: "tú sabes que a la gente no le gusta el cambio en otras personas y ni el cambio en sí misma. . ."

Luego el terapeuta le pide a la paciente una descripción más clara de lo que constituye este cambio requerido. María reitera su afirmación de que la madre espera que se produzca un cambio milagroso con un esfuerzo pequeño, pero que tal expectativa no es realista, aun en el caso de que estuviese dispuesta a realizar tal esfuerzo. El terapeuta trata de hacer que la paciente exprese verbalmente cuál es el ingrediente esencial y necesario para que ella misma se alivie, pero ésta no le hace caso. El terapeuta plantea de nuevo a la paciente una aparente paradoja: la madre parece estar dándole alientos para que se ponga bien, pero la paciente no considera a este ofrecimiento como un apoyo bien intencionado. María responde con su propia interpretación de la actitud de aquélla "... (su madre) dice que habrá terminado para mí toda la terapia, que no tendré nada que hacer, sabe usted?; se habrá acabado todo para mí, acabado, acabado, ¿sabe usted? . . ."

La madre supone que María está hablando de la meta comúnmente deseable de mejorar, y le pregunta a la hija si no es eso lo que quiere. Pero ésta interrumpe la discusión del tema con un ejemplo hipotético final, en el sentido de que aun en el caso de que estuviese dispuesta a realizar un máximo de esfuerzo para mejorar, la magnitud del cambio que espera la madre no se realizaría en el tiempo señalado. Dice pintorescamente la paciente: "... dudo mucho que para julio, nosotros... este ... yo esté retoñando".

En suma, el contenido manifiesto de las conversaciones de muestra que hemos citado (y que según creo, son representativas del conjunto de las entrevistas), está dedicado en gran parte a argumentos *ad hominem*. Inicialmente, el objeto de estas argumentaciones probablemente resulte manipulante: las necesidades libidinales de los que hablan, los conducen a utilizar esta manera de acosar a los demás miembros de la familia para obligarlos a que actúen de acuerdo con sus propios deseos. Sin duda, una consecuencia funcional es también catártica: la lucha ofrece una oportunidad para ventilar sentimientos de frustración y de hostilidad. Pero sentimos que estas discusiones tienen otro efecto: la tendencia de los participantes a preocuparse por el problema táctico que consiste en defenderse de las acusaciones de que ellos no valen nada. Esta última tendencia contribuye grandemente al mantenimiento de la disputa como una lucha por la identidad. Lo que empieza siendo, por así decirlo, un foro abierto para la declaración de necesidades mutuas, se transforma en una arena para la lucha de identidades, en la cual, si no se protege a sí mismo, el participante desprevenido puede sufrir la destrucción de su autoestimación.

Consideremos ahora con mayor pormenor el concepto de identidad, que tiene importancia capital para el análisis del fenómeno, y pasemos luego a formalizar la estructura de la lucha por la identidad.

FORMULACIONES TEÓRICAS

1) El concepto de identidad

Por identidad entendemos una imagen o conjunto de imágenes, conscientes o inconscientes, que un individuo tiene de sí mismo.¹ En este sentido, una imagen puede reconocerse introspectivamente como una representación interna, "visual" o "verbal", pero se observa en otros como una aseveración externa, en palabras, hechos y gestos que supuestamente reflejan de alguna manera una representación interna. El conjunto total de imágenes del yo, o identidad total, hace referencia a muchos aspectos de la persona, en cierto número de niveles de generalidad: sus apetitos, fuerzas y capacidades, sus temores, su vulnerabilidad y debilidades, su experiencia, cualidades morales, su status y su papel social, apariencia física, etcétera. No es necesario que las diversas imágenes que componen esta identidad total no sean contradictorias entre sí; por consiguiente, en algu

2 El término "identidad" (así como el término afín de "yo") ha sido utilizado con varias acepciones diferentes en la bibliografía psicológica y psiquiátrica. Nuestra definición no corresponde exactamente a ninguno de los diversos usos principales, pero en ella han influido primordialmente Erickson (1959), Goffman (1959) y Rogers (1942, 1947, 1951, 1954 y 1959), quienes han realizado notables aportaciones a los conocimientos psicoanalítico, sociocultural y psicológico respectivamente. En la bibliografía se citan algunas referencias que existen en las publicaciones.

nos de sus dominios, la identidad puede ser ambigua o inconsistente.

Frecuentemente, y tal vez por lo general, la identidad total, o conjunto pleno de imágenes, puede dividirse en dos o más subconjuntos, cada uno de los cuales será más o menos consistente internamente, y estarán todos más o menos interrelacionados hasta formar una compleja estructura de conflictos y alianzas. Una división cuádruple mínima, utilizada a lo largo de este estudio, reconoce la existencia de una identidad real, otra identidad ideal, otra identidad temida y otra más, pretendida, como aspectos separables analíticamente de la identidad total del individuo. La identidad real es un subconjunto de imágenes que, en su fuero íntimo, la persona cree que constituye una auténtica descripción actual de sí misma, tal como es "realmente". La identidad ideal es un subconjunto de imágenes que a la persona le gustaría poder decir que es verdadero, pero que no cree que necesariamente lo sea en el momento actual; el subconjunto ideal de imágenes comprende a menudo componentes moralmente ideales, pero también puede constar de identidades amorales o incluso, en relación con las convenciones del lugar, inmorales o "negativas", en la acepción de Erikson. (Así pues, la identidad ideal abarca tanto fantasías determinadas por el id, como otras determinadas por el superego, y a menudo no es consistente interiormente.) La identidad temida es un subconjunto de imágenes, las cuales no le gustaría decir que son verdaderamente suyas en el momento presente, y que no cree que deban ser verdaderas por fuerza.

El subconjunto temido de imágenes podrá constar de componentes depreciados socialmente, pero podría incluir también identidades que, de acuerdo con alguna convención pública, poseen un valor positivo. La identidad pretendida es un subconjunto de imágenes que a la persona le gustaría que otro le dijese que constituyen su personalidad real. A veces, en lo que respecta a una determinada dimensión de cambio, las identidades real, ideal, temida y pretendida, pueden representarse como puntos colineales, como una escala, o bien como una variable discreta o continua.

Por ejemplo, la identidad real de un hombre podría ser una imagen de sí misma: la de una persona que mide 1.62 m de estatura; su identidad ideal quizá sea una imagen de sí mismo, como si fuera un hombre de 1.80 m de estatura; su identidad temida, una imagen de enano, de 1.20 m de estatura; y su identidad pretendida (pretendida por el uso de zapatos fabricados especialmente, de un corte de pelo con copete alto, y una postura muy erguida), como la de un hombre de 1.67 m de estatura. Sin embargo, otras dimensiones no están ordenadas, salvo en función del valor afectivo: la identidad real de una mujer puede ser una imagen de sí misma como paciente mental, consignada por la familia al cuidado impersonal pero potencialmente terapéutico del personal de un hospital; su identidad ideal podría ser una imagen similar a la de una hija amada

y contenta con su familia; su imagen temida, una imagen de sí, como psicótica malvada, hostil, menospreciada, perdida en las peores salas del hospital; y su identidad pretendida, la de Reina de Francia. Resulta útil representar visualmente los cuatro aspectos de la identidad, como si estuviesen dispuestos, en lo que respecta a cualquier dimensión de variación dada, sobre una escala de valor, significativa para la propia persona, y por lo común en el orden siguiente
Identidad Identidad Identidad Identidad temida real pretendida ideal
Negativa Positiva

La posición de las identidades real y pretendida en el continuo de valores, está especialmente sujeta a cambios rápidos, a manera de reacción ante la experiencia personal, las comunicaciones de otros y la presión de fuerzas psicológicas acerca de las fantasías que se tienen de sí mismo. Podría señalarse que esta escala implica una correspondencia de semejanza y relación de valores entre los componentes.

Por supuesto, no hay razón alguna para que un observador esté de acuerdo a priori en que cualquier componente de la identidad es una descripción válida de su sujeto. Aun la identidad "real", en el sentido que le hemos dado aquí a la palabra, no resulta necesariamente más válida que cualquier otra descripción de un sujeto. Y es muy común que el mismo individuo no esté seguro de la validez de su identidad real, y que unas veces la vea más cerca de lo ideal, y en otras ocasiones, más alejada, en la escala ordenada por valores.

Como hemos indicado, una identidad tiene valor; es decir, a un determinado conjunto de imágenes de uno mismo se le puede asignar carácter positivo o negativo. El individuo se esfuerza por alcanzar una identidad real que tenga valor positivo, y por evitar la experiencia de carácter negativo, en relación con su identidad real. Puesto que se esfuerza por mantener su identidad real más o menos cercana a la ideal, y prudentemente alejada de la temida, por definición, la identidad ideal es relativamente más positiva, y la identidad temida resulta más negativa, en valor afectivo, que la identidad real. Así pues, generalmente existe una motivación mas o menos apremiante para cambiar la identidad real por algo que esté más cerca, en valor afectivo, de la identidad ideal o, si no se tiene éxito en esto, para cambiar la identidad ideal por algo que se asemeje más, en valor afectivo, a la identidad real; y, pari passo, para aumentar la distancia entre la

3 *El proceso en virtud del cual se lleva a cabo el acercamiento entre la identidad real y la identidad ideal, se ajusta estrechamente a algunos de los postulados conte*

identidad real y la temida. Por supuesto, el proceso del cambio de identidad depende estrecha, aunque no completamente, de la interacción social. En la medida en que las identidades real, ideal y temida son una internalización de los comentarios implícitos o explícitos y de los valores de otros, están construidas sobre la validación repetida de la comunicación social y necesitan de la misma. Pero el individuo también manipula en privado y evalúa su propia conducta, y de esta manera refina su concepto de la identidad ideal, de acuerdo con las exigencias de la experiencia, y a la vez que estima también para sí mismo toda discrepancia entre la identidad real y la ideal y entre la real y la temida. Así pues, la formación de la identidad depende tanto de la autoevaluación, como de la comunicación interpersonal.

No restamos importancia a la complejidad y variedad de formas en que se constituye y se defiende la identidad, y las maneras en que cambia constantemente. Por consiguiente, no tocamos los temas de la formación de la identidad en la niñez y en la adolescencia, la cual depende del uso de muchos procesos (algunos de los cuales son las diversas formas de "identificación" y la operación de los mecanismos de defensa tradicionales en otras fases de la dinámica de la identidad). Sin embargo consideraremos con algún pormenor varias técnicas de la comunicación interpersonal que emplean los individuos para reducir la disonancia (lo que Erikson llama conflictos de identidad, en sentido intrapsíquico) entre la identidad real y la ideal, y para elevar al máximo la disonancia entre la identidad temida y la real, porque el empleo de estas técnicas tiene una consecuencia social: la lucha por la identidad.

2) La lucha por la identidad

Dos clases de motivos personales, relacionados entre sí, en combinaciones diversas, pueden incitar a una persona a que inicie una lucha por la identidad.

En primer lugar, existe el simple motivo manipulante para persuadir o influir a otra persona, haciendo que actúe de determinada manera respecto de uno mismo, convenciéndola de que la identidad propia y la de ella hacen que el desempeño de un papel por su parte resulte algo razonable - y de interés mutuo. Al menos cuando principia la transacción, tal motivo es un esfuerzo sencillo y directo para satisfacer una necesidad sentida, y se observa en tratos cotidianos, como los que consisten en solicitar favores, contenidos en la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger (1957). Los estudios de especie Q, de los que rindió informe Rogers (1959), y en los que el aumento de la congruencia entre los conceptos real e ideal de sí mismo acompaña al movimiento terapéutico positivo, también tienen que ver con lo antes dicho.

(por ejemplo: "sé buen amigo y préstame cinco pesos") ; también puede ser en el extremo del continuo, un desvergonzado intento de explotación ("hermano, ¿no te sobran veinte centavos?"). Esta sencilla maniobra no da lugar por lo general, a una lucha por la identidad, puesto que de parte del iniciador no constituye tanto un esfuerzo por resolver problemas de identidad personal, como para satisfacer necesidades, tanto prácticas como libidinales, que ya son aceptables dentro de su estructura de identidad existente. Pero a veces un desafío trivial, como el que hemos mencionado, puede provocar una lucha por la identidad, cuando el objeto de la manipulación se niega a que le "tomen el pelo" y responde, en cambio, atacando la identidad del otro (si, por ejemplo, se niega a hacer el préstamo y responde: "ya no puedo seguir prestando dinero a «sablistas»").

En segundo lugar, existe el motivo, psicodinámicamente más complejo, de mantener o restaurar en uno mismo una identidad favorable. Es este segundo motivo, que brota de la dinámica de la identidad, lo que constituye el interés principal para nosotros en este trabajo. El mantenimiento o restauración de la identidad requiere que se reduzca al mínimo la disonancia entre los valores asociados a las identidades real e ideal, así como una elevación al máximo de la disonancia entre las identidades real y temida. Por supuesto, podemos hacer frente al problema del control de la disonancia de muchas maneras. Un modo de acción es interno sobre todo, y consiste en explotar algunos mecanismos de defensa, como la negación, represión, proyección, racionalización, etcétera, o bien "reformular" al yo mediante una nueva síntesis de la personalidad, alcanzada a través de recursos tales como una conversión religiosa, inspiración profética, psicoterapia, o la adopción aparentemente perversa de una "identidad negativa" (Erikson, 1959). En la medida en que ni los mecanismos internos de defensa ni la nueva síntesis interna resultan adecuadas (por toda una variedad de razones) para la tarea de mantener la disonancia a un nivel tolerable, el individuo tiene que actuar exteriormente para obtener de los demás una comunicación que reduzca la disonancia (o, que la aumente). Rara vez encontramos aisladas estas clases de tácticas para controlar la disonancia, pero uno u otro predominan en un determinado caso.

Cuando el individuo recurre a otra persona para que le ayude a controlar la disonancia de identidad, su estrategia fundamental es característicamente doble. Primero, A trata de conseguir que B le ofrezca testi monios patentemente declarados o implícitos, en los papeles que B adopta respecto de A, testimonios de que a los ojos de B la identidad de A es la que ésta desea tener; y, al mismo tiempo, A trata de no oír, o incluso impedir a B que exprese, explícita o implícitamente, descripciones de A las cuales no resulten favorables para la estructura de la identidad de A. En segundo lugar, A atribuye a B una identidad de valor tan nega-

tivo, que ésta tratará de modificar su identidad real en un sentido que resulte menos antagónico para A. En efecto, A dice: "quiero que me trates como si yo fuese esta clase de persona; no lo haces porque tú eres esto y lo otro". Además, en estos casos lo que se desea no es el trato mismo, sino el reforzamiento de la identidad que dicho trato representa. Característicamente, en defensa propia o como respuesta a sus propias necesidades de identidad, B comenzará a aplicar la misma estrategia al agresor A, y surgirá una lucha por la identidad. Con el tiempo, tal lucha puede envolver a un grupo, como la familia, es una compleja red de luchas mutuas por la identidad y se formarán diversas coaliciones transitorias durante el combate.

Al analizar una lucha por la identidad, tratamos únicamente las imágenes intercambiadas verbalmente en la red de comunicación del grupo. Debemos distinguir estas imágenes de los estados afectivos y las pulsiones libidinales, que motivan la lucha y simultáneamente dan lugar a otras transacciones. Así pues, aunque las imágenes del extracto anterior tienen que ver con el amor y el afecto, y las partes contendientes se piden unas a otras respuestas cargadas de afecto cálido, no consideramos directamente la comunicación de estos deseos, sino únicamente el intercambio de imágenes.

Con todo, cuando se expresa mediante palabras, el contenido de las imágenes que componen la identidad, está constituido por términos y frases descriptivas, de carácter simplemente adjetivo a veces: "sincero", "lindo", "idiota", "cruel", etcétera, y en otras ocasiones por expresiones más complejas, como la de: "siempre lo deja todo para más tarde" o "fastidia a su esposo". En su forma verbal se les concibe fácilmente como atributos y predicados que denotan alguna característica más o menos perdurable del objeto.

Pero, por supuesto, las imágenes no siempre se comunican por medio de un lenguaje descriptivo, claro y simple. Pueden ser transmitidas mediante un contenido verbal sutil, indirecto o complejos como las órdenes y recomendaciones, preguntas, bromas, el hablar con "doble sentido", las parábolas y alegorías, cuentos, discusiones abstractas, etcétera, y pueden transmitirse también por la simple elección del tema; además, pueden transmitirse imágenes de sí mismo o de los otros mediante el tono de la voz, el vestido, los adornos personales, el plante y la postura, los gestos, toda la gama de comunicaciones cinestésicas, y aun mediante respuestas fisiológicas relativamente involuntarias pero perceptibles, como el sudor, sonrojo, palidez, cambio del ritmo respiratorio, etcétera. Y, como han señalado Bateson y colaboradores (1956), las imágenes transmitidas simultánea o sucesivamente, con estas diversas modalidades, no, tienen que ser consistentes.

Sin embargo, cuando las imágenes se consideran de manera más dinámica, parecen implicar que tienen relación con alguna clase de planes o intenciones, y expresar alguna evaluación de la capacidad del objeto para salir bien librado en empresas de esta clase. Así pues, las imágenes que una persona tiene de sí misma, por lo general guardan relación con alguna meta y con la confianza en su capacidad para alcanzarla. Por consiguiente, desde este punto de vista, las imágenes que la persona tiene de otra resultan significativas (al menos en términos de las relaciones interpersonales) por su promesa, o falta de promesa, de que esa otra ejecute algún acto instrumental u otra clase de actos que son necesarios para el éxito del plan del ego. Así por ejemplo, una mujer joven puede tener como meta libidinal el mantenimiento de una relación de aferramiento infantil, de dependencia, respecto de la madre. La imagen ideal de sí misma y la que pretende, es la de una hija afectuosa, cordial, amable y devota, capaz de provocar la conducta maternal deseada. Sin embargo, la madre se ha estado comportando de una manera que la hija considera rechazarte, y aunque la madre niega que se muestre fría con su hija, les confiesa a sus amigos que sí se siente así. La hija desea que la madre acepte su ruego y le proporcione amor maternal, pero no está segura de que el rechazo que ahora está padeciendo se deba a una discrepancia entre sus propias identidades real e ideal (quizá, piensa que ella misma no es en verdad lo suficientemente afectuosa, cordial y amable), o a la frialdad de su madre.

Esto nos conduce a una consideración de la estrategia fundamental del juego. El ego tiene intenciones, un plan y una identidad (o más bien, identidades) relacionadas con tal plan, que comprueba su posesión o carencia de las cualidades requeridas para la realización del plan. Otras "partes" (ya sea un individuo o un grupo, como por ejemplo, el resto de la familia) son importantes; en parte, para reforzar (al aceptar una identidad pretendida) una identidad real que no resulta demasiado discrepante de una identidad ideal, y (a veces) con el objeto de desempeñar también un papel instrumental. Cuando la otra parte tiene que desempeñar un papel instrumental, el ego tiene que procurar asegurarse de que la identidad del otro sea la adecuada para ese papel, si la identidad de ese otro ya no, es adecuada; lo hace tratando de inducirlo a aceptar una identidad atribuida o a renunciar a su identidad actual (pretendida). Así pues, y volviendo al ejemplo ofrecido en el párrafo anterior, la hija quiere conseguir dos cosas de su madre: primero, la reconfirmación de que la considera como una persona afectuosa, amable y devota; y, en segunda lugar, la aceptación de su "petición" de que vuelva a desempeñar el papel y a mantener la identidad real de madre amorosa. A fin de lograr todo esto, la hija trama primero inducir a la madre a que admita públicamente su actual identidad real "fría"; una vez obtenido este reconocimiento, cree que la madre se sentirá avergonzada o que su sentimiento de culpa la empujará a un restablecimiento de la identidad real "maternal" (porque la hija sabe bien, por su experiencia, que la identidad pretendida de la madre es maternal).

En sentido social, la lucha por la identidad puede clasificarse como una forma de negociación entre partes (individuos o grupos), cuyos intereses y características son estimados mutuamente como si fuesen, de alguna manera, realmente antitéticos pero potencialmente complementarios. Tiene la forma de conflictos, pero su desenlace correcto es un acuerdo o contrato sobre derechos y obligaciones mutuas (con sus necesarios concomitantes de identidad), tal que las dos partes puedan interactuar a satisfacción mutua en una estructura de equivalencia (véase Wallace, 1961). Pero una lucha por la identidad es un procedimiento azaroso de negociación; en parte, porque invoca motivos internos poderosos e irracionales, y también a causa de la poca confiabilidad de la comunicación humana. Son posibles otros resultados menos agradables que un acuerdo equitativo que conduce a una estructura de equivalencia: tensión excesiva, que da como resultado trastornos psicosomáticos en una o ambas partes; daño cognoscitivo y emotivo en una o ambas partes, en forma de una internalización de imágenes del yo, valoradas negativamente (véase Searles, 1959) ; retraimiento social mutuo; violencia que conduce a un daño físico en los participantes o la destrucción de objetos materiales.

Por consiguiente, cierto número de reglas de conducta se convierten en consenso, a partir de la experiencia de los participantes, o se anuncian formalmente como expectativas de la cultura. El objeto de estas reglas o normas es evitar que el conflicto se haga tan agudo que reduzca demasiado la probabilidad de un resultado feliz. De hecho, en algunos medios culturales las luchas manifiestas por la identidad pueden considerarse tan perniciosas, que están proscritas salvo en los aspectos más cuidadosamente regulada, como los tribunales de justicia, política, o el campo en que se dirimen cuestiones de honor mediante el duelo. Una participación demasiado frecuente en estas luchas lícitas, o la participación fuera de los contextos formalmente permitidos, puede considerarse como señal de insuficiencia personal o pertenencia a un grupo de "status inferior" que permite tal conducta; podrán señalarse con desdén analogías (y hasta homologías) como el olisquearse mutuamente y el erizarse el pelo de los perros y los procedimientos para el establecimiento respectivo de la identidad de otros animales inferiores. La naturaleza de tales reglas varía, por supuesto, según las diversas culturas y la "materia" de que se trate; pero, en general, parecen encerrar universalmente una prohibición de cólera patente, violencia física o crueldad excesiva en la coer-

ción no física; alguna limitación al abordar cuestiones que son a la vez permisibles convencionalmente y pertinentes a la materia de la negociación; la evitación, en lo posible, del involucramiento de otros que no sean las partes principales del conflicto; y el requisito de que ninguna parte busque despiadadamente una solución unilateralmente aceptable.

Nos llevaría demasiado lejos, en este trabajo preliminar, tratar de explorar toda la gama de complejidades lógicas y maniobras tácticas especiales, que envuelven problemas especiales, como la ocultación de la identidad, las alianzas, las identidades falsamente pretendidas y atribuidas, las identidades reales ambivalentes o aun contradictorias, las promesas de mutua transformación de la identidad, etcétera, sí como las más francas y directas afirmaciones, contraafirmaciones y defensas (algunas de las cuales, sin embargo, han quedado ejemplificadas en el material de caso, ya expuesto). En realidad, nos inclinamos a sospechar que la exploración completa de la dinámica interna y las tácticas externas de las luchas por la identidad, podrá hacer aportaciones importantes a una psiquiatría verdaderamente social y también a una teoría psicodinámica. Pero pasaremos ahora a examinar algunas maneras no patológicas en que las luchas por la identidad han sido institucionalizadas en varias culturas.

3) Observaciones preliminares de varias culturas

Hemos indicado que un proceso fundamental como la lucha por la identidad, que nace de las características del género humano (o filéticas), no sólo podría descubrirse en cualquier sociedad humana, sino también estaría institucionalizada de diversas formas en diferentes tradiciones culturales. Deben existir reflejos del proceso en los mitos y leyendas de los pueblos ágrafos y en la literatura formal de las civilizaciones; plantearía cuestiones que habrían de tratarse mediante los códigos morales, legales y de urbanidad; generaría sanciones cuyo objeto sería restringir y limitar las ramificaciones del conflicto, a fin de reducir el daño tanto a los participantes inmediatos como a la sociedad en general.

Consideremos primero las sociedades más sencillas, los llamados pueblos tribales "primitivos" o "ágrafos", que han tenido interés especial para los antropólogos. En estas culturas más sencillas, como en las avanzadas, el mínimo de aspectos socialmente pertinentes de la identidad de un individuo y los derechos y obligaciones que le corresponden por ello, están definidos generalmente por el status del individuo como miembro de varios grupos reconocidos públicamente: una unidad de parentesco (pequeño grupo, clan, o una familia extensa), una comunidad o pandilla, un grupo de la misma edad, un sexo, una especialización profesional, una sociedad religiosa secreta, etcétera. (Véase Goodenough, 1961). Pero los conceptos prevalecientes de identidad en una sociedad son más complejos que un racimo de media docena de status, y se les puede considerar más fácilmente, en jerga antropológica, como aspectos del carácter nacional, estructura modal de la

personalidad o ethos de ese grupo. Las comunidades primitivas se distinguen notablemente entre sí por sus ethos, lo mismo que por sus costumbres particulares, por supuesto; y tal variación implica una diversidad en las formas y el espíritu de la cortesía. Sin embargo, por lo menos, en algunas comunidades primitivas, y probablemente en la mayoría de las mismas, el ethos se opone a esa suerte de confrontación directa de identidades opuestas, a la que hemos venido calificando de lucha por la identidad. Así por ejemplo, entre los indios del noreste de la América del Norte, se evitan las luchas por la identidad entre individuos de cualquier comunidad, salvo en situaciones claramente sancionadas, a menudo ceremoniales.

Si una persona impugna patentemente la identidad de un miembro de otra comunidad, ya sea mediante daño físico o insulto, la parte ofendida tiene a su disposición los recursos de su comunidad para un ataque físico (y/o mágico) contra el otro grupo, a fin de obtener cumplida venganza, y puede proceder directamente causando el mismo daño recibido o, en muchos casos, terminar el conflicto dando muerte al que lo ha ofendido. Sin embargo, tal represalia no sería conveniente dentro de la comunidad pequeña; y, en consecuencia, tal vez las tribus de esta zona muestran notable cortesía y discreción en sus interacciones cara a cara (aun cuando pueda existir mucha murmuración maliciosa, desconfianza y miedo a la brujería). En otras zonas culturales, la preocupación por un tabú recíproco y por sistemas de evitación entre miembros de diferentes posiciones de status en la misma comunidad -por ejemplo, el tabú de los contactos masculinos con las mujeres durante la menstruación-, puede tratar de conseguir el mismo fin. Con todo, en estructuras sociales como éstas, las luchas latentes por la identidad tal vez requieran expresión ceremonial como recurso catártico que evite la acumulación de hostilidad; esta función se cumple a menudo a través de juegos organizados, del reforzamiento de la inversión ritual de papeles y otros recursos. Si brota una lucha entre el grupo, no ritualizada dentro de la sociedad, la consecuencia será probablemente la desorganización social o el cambio radical.

No obstante, a veces, y particularmente entre miembros del mismo grupo de status en una sociedad, se permite que se produzcan luchas formalizadas por la identidad, en lo que respecta a algunas cuestiones, a las que acompaña una etiqueta altamente ritualizada. Por ejemplo, suelen producirse luchas formales dentro de grupos de élite, en los que el reconocimiento de un elevado rango en un individuo tiene que con

quistarse mediante la demostración de que se posee en grado sumo una determinada característica. Ejemplo conocido de esto era el potlatch de los kwakiutl y otros indios de la costa noroccidental de la América del Norte. En el potlatch, los hombres más destacados competían entre sí por el rango, en fiestas públicas en las que grandes cantidades de bienes se consumían o regalaban. El vencedor, en una serie de fiestas, era el hombre que podía dar o destruir más mantas, aceite, esclavos y otros bienes que tenían valor en esa sociedad.

Otro contexto en el que las luchas por la identidad pueden precipitarse intencionalmente es el de la enfermedad. Aquí, donde el objeto es suprimir la causa sobrenatural sospechada de aflicción, al paciente se le puede acosar ritualmente mediante acusaciones de violación de tabú y ser alentado a que confiese, para que ni él ni otros sufran muerte o enfermedad crónica como castigo. De manera algo semejante, los varones adolescentes, y a veces las mujeres, están a menudo sujetos a humillación grave, privaciones y aun mutilación física, a fin de inducirlos a que renuncien a una identidad infantil en favor de la adulta.

A veces el ritual tiene como objeto explícito y consciente, resolver luchas por la identidad; por ejemplo, entre los tangu, grupo tribal melanesio residente en Nueva Guinea, el ideal en las relaciones sociales es un estado de amistad neutral y equivalencia moral (o, en nuestros términos, de identidad). Pero las circunstancias de la vida, los caprichos del impulso y la oportunidad, frecuentemente dan lugar a violaciones de la amistad o de la equivalencia, que provocan ira y levantan el horroroso espectro de la brujería o el asesinato si alguien sufre un daño moral intolerable. Por ejemplo, como relata Burridge:

Un intercambio que no se considera como equivalente exactamente, o que no queda retribuido plenamente durante demasiado tiempo, se toma como indicio de falta de equivalencia moral. Un sentimiento de agravio no puede implicar amistad ni equivalencia. Uno u otro de los participantes en el intercambio se hace sospechoso al tratar de alcanzar un dominio o superioridad moral. Quien produce más, se hace sospechoso de esforzarse por asumir un status moral más elevado, en virtud de lo que puede ser una simple competencia física, lo cual es lamentable. La fuerza bruta podrá ayudar o alcanzar una posición social más alta, pero sólo puede reflejar grados de perfección moral cuando se usa de determinadas maneras para ciertos fines. El que produce menos puede hacerse sospechoso de contumelia y conducta esencialmente despectiva que, por consiguiente, no coincide con la amistad. Y puede que el otro, o los miembros de la comunidad, sospechen que está recurriendo a una técnica que tiene como intención envolver al otro en una calumnia. Lo ideal es la equivalencia, ni más ni menos; ni "uno arriba", ni "uno abajo". Ir "uno arriba" es ofender y, por consiguiente, provocar represalia mística. Ir "uno abajo" y quedarse contento, es casi imperdonable: implica una retirada completa a la maldad, una decisión de mantener la equivalencia haciendo cosas malas únicamente (Burridge 1960, página 82).

La manera adecuada de manejar tales conflictos potencialmente explosivos, consiste en traerlos al foro público, donde los contendientes pueden entregarse a un delicado intercambio de insultos tan equilibrados, que ambos pueden abandonar la lucha en algún momento preciso, cuando ninguno de los dos está ganando. A este ritual se le da el nombre de *br'ngun'guni*. Comienza con una definición, en caso de que sea posible, de la cuestión en términos de comida:

Para los tangu, todas las transgresiones pueden entenderse como ataques contra la equivalencia y, cada vez que es posible, la mala acción se relaciona con la capacidad potencial de un individuo para producir alimentos en un intercambio. De esta manera puede alcanzarse la equivalencia pública a través del *br'ngun'guni* y una serie de intercambios de celebraciones. El robo y la invasión de propiedades, los delitos más frecuentes, se consideran automáticamente como ataques al potencial de producción de alimentos; quienes se encuentran emocionalmente distanciados pueden aprovechar siempre la oportunidad de encontrar faltas en un intercambio de alimentos; para, que el adulterio no conduzca a la brujería, o al puro y simple asesinato, tiene que reducirse a una cuestión de producción de alimentos.

Los alimentos ⁴ son el pretexto convencional para una disputa, y el *br'ngun'gunz* es el procedimiento aceptado para restaurar la amistad. Tal como la negación de la equivalencia puede formularse en términos de una conducta relativa a los alimentos, así se restablece a través de actividades directamente conectadas con la producción de alimentos: *br'ngun'guni* y una serie de intercambios de banquetes y danzas. Por consiguiente, las relaciones morales se reflejan en la manera como la gente se comporta respecto de los alimentos; éstos constituyen la riqueza, económica; la cantidad producida y la manera en que se distribuye dan poder político, y ambas se rigen por la equivalencia, expresión primordial de la amistad. .. El *br'ngun'guni* es una conversación entre dos antagonistas, que se efectúa en el espacio de baile de la aldea; el auditorio lo componen los demás aldeanos.

Teóricamente el debate es ruidoso, pero mantenido cuidadosamente dentro de los límites del posible retorno a la amistad.

...La observación aparentemente descuidada da en el blanco: inmediatamente hay una respuesta. ¿Te vino el gorro? Un hombre trata de encontrar una debilidad; entonces embiste y luego se retira para detener el golpe. El lenguaje vibra para picar y molestar; no debe derramarse sangre. Debe haber espacio suficiente para que uno avance y retroceda. Llevar a un contrario hasta el rincón no le deja más

posibilidad que la de refugiarse más tarde en la brujería. Si un hombre parece ir "arriba", hiriendo así al otro, sólo se hiere a sí mismo. Se pierde el apoyo sensiblemente. Retirándose un poco, parando el ataque con un brinco y una nalgada, la bola vuelve a estar en juego. La victoria nunca es para el dominante; corresponde al hombre que sabe cuándo sentarse, al que sabe mirar a su auditorio y sabe que nadie está seguro de quien va "arriba" (Burrige, 1960, pág. 83).

En este tipo de combate, el vencedor de una lucha por la identidad es, en cierto sentido, el perdedor, puesto que ha hecho imposible para su rival el retorno a la amistad o la equivalencia sin recurrir a la brujería.

Además de establecer reglas de decoro superficial que hacen superfluas las luchas manifiestas por la identidad, y de proporcionar un medio para que los combatientes, una vez que se ha hecho manifiesto el enfrenamiento, libren la batalla en un foro que permite una resolución circunscrita de la cuestión, las sociedades reconocen generalmente algunos principios éticos que, independientemente de cómo se les exprese y racionalice, cumplen la función de inhibir la proliferación de luchas por la identidad. En ninguna parte le conviene a un grupo permitir que sus propios miembros sufran lesiones en la identidad; y quienes por malignidad o por estar pagados de su propia virtud, causan daño innecesario y no provocado en la identidad de sus prójimos, están violando un principio moral. Las cuestiones precisas de las que depende la identidad son por demás variables, por supuesto, según las diferentes culturas. Pero quienes tratan persistentemente el deporte u otras formas de competencia (en las que el derrotado no tiene por qué perder prestigio u honor)⁴ como conflictos de identidad, quienes se dan aires de superioridad, quienes violan la identidad de los otros, exigiendo que adopten papeles incompatibles con el respeto que se deben a sí mismos, sospechamos que son consideradas peligrosas en todas las culturas por considerar que cometen el pecado del orgullo, de correr el riesgo de la cólera, no sólo de los hombres, sino de los dioses (como indican vívidamente los muy difundidos mitos del trampista y coma está tan bien ejemplificado por la noción griega de hubris). A veces este principio se aplica incluso a las relaciones de los hombres con los animales; entre los cazadores algonquinos e iroqueses del este de la América del Norte, por ejemplo, el buen cazador tenía siempre el cuidado de indicar, mediante el ritual, el respeto que sentía por los animales cuyo deber era matar. Y correspondientemente a la obligación ética de respetar al prójimo, tenemos el compromiso ético de una adecuada

⁴ *La ética del "buen jugador" de las competencias atléticas norteamericanas, es decir, del que "sabe perder", parecería ser el recurso por excelencia para reducir al mínimo el posible daño a la identidad, infligido a los "perdedores".*

sinceridad (pero no necesariamente de modestia) para pretender solamente aquella identidad que en sus detalles objetivos es "verdadera". Así por ejemplo, si la sociedad aprecia la valentía en la guerra, el guerrero no debe vanagloriarse, a no ser que su pretensión de ser valiente haya quedado confirmada por la prueba de la batalla; si aprecia la castidad de la mujer, la novia no debe pretender que posee una virtud que no le corresponde. Las posibles complicaciones de la interacción del respeto y el menosprecio, la sinceridad y el engaño, el orgullo y la vergüenza, son inherentemente interesantes para los seres humanos, al parecer; hasta las personas más simples se divierten oyendo cuentos, como los relatos de los trampistas (véase Radin, 1956), que tratan las numerosas combinaciones morales y emocionales de estas posturas, que son posibles en cualquier cultura humana.

4) Lucha por la identidad en la sociedad norteamericana

Lo antes dicho implica no solamente que las luchas por la identidad son fenómenos prácticamente ubicuos, sino también que se les considera con algo de desagrado en la mayoría de las sociedades o en todas, a causa de que son potencialmente nocivas para las relaciones de cooperación e interdependencia mutua en que se basa toda sociedad. Sin embargo, hemos visto también que las luchas por la identidad se permiten a menudo en algunas situaciones circunscritas, en las que los participantes se ven contenidos por reglas formales o informales de decoro. Se ha querido además que en algunos de estos contextos, como el de una enfermedad o un cambio del status, las luchas por la identidad se aprovechen de manera algo formal, a fin de obligar a los individuos a cambiar identidades socialmente impropias por otras más propias y a negociar amigables estructuras de equivalencia con sus prójimos.

En nuestra sociedad parecen existir relativamente pocas situaciones en que luchas graves por la identidad son sancionadas por todos los sectores de la comunidad. En la mayoría de las circunstancias se les considera como accidentes, infracciones de la etiqueta, o aun violaciones de la equidad o de la ley, cuyo grado de culpa puede estimarse, y por lo cual los infractores sufrirán las penas asignadas por tribunales. Así por ejemplo, una larga lucha por la identidad entre esposo y esposa no sólo puede dar lugar a la desdicha en el matrimonio, sino también, para los no católicos de muchos estados de la Unión norteamericana, puede conducir a la búsqueda de divorcio, con fundamento en la crueldad mental y la humillación. Tres de las relaciones principales en las que la cultura norteamericana autoriza explícitamente luchas por la identidad son: primero, la relación de publicista y cliente potencial, ya sea en una interacción directa cara a cara o a través de los medios de publicidad; segundo, la relación entre partes contendientes o sus representantes, durante

litigios que los opongán en un tribunal; y tercero (y en un sentido especial), la relación entre psicoterapeuta y paciente. Hay que señalar que la segunda y la tercera situación pueden traslaparse o quedar conectadas en sucesión. En la sección siguiente habremos de comentar la lucha psiquiátrica por la identidad (y, por consiguiente, algunos aspectos de la legal), en conexión con la psicoterapia de la esquizofrenia.

Los doctores Boszormenyi-Nagy y Framo, directores de esta obra, han sugerido que en la familia nuclear tenemos un cuarto lugar en el que pueden librarse luchas por la identidad sancionadas. No vacilamos en reconocer que se producen luchas por la identidad, en algún momento, entre los miembros de muchas de las familias norteamericanas o en la mayoría de las mismas. Sin embargo, dudamos en aceptar la sugerencia de que las luchas graves por la identidad (según las hemos descrito en este trabajo) estén definidas culturalmente como un aspecto conveniente de la vida familiar, aunque muchos las acepten como inevitables. Parece más plausible interpretar la actitud cultural que prevalece, diciendo que es de prudente tolerancia: se dice a los cónyuges que deberán esperar que surjan cuestiones de identidad a medida que los esposos establezcan su relación, y se advierte a los padres que se producen cuestiones de identidad entre hijos y entre éstos y sus padres; pero todos están advertidos de que estas cuestiones deberán resolverse mediante arreglo amistoso, y que si surge una lucha franca, ha de considerarse como "ropa sucia" que sólo se lava en casa, y que debe resolverse lo más rápida y sinceramente posible, dentro de la familia, para que no vaya a hacer crisis en los tribunales o en el consultorio del médico. La cuestión tiene que ver con la estrategia de la terapia familiar de la esquizofrenia, pues, como señalaremos más adelante, si el psiquiatra cree que tales luchas no sólo son frecuentes, sino que están sancionadas culturalmente, entonces podrá considerar que es su obligación alentar las luchas latentes, de manera que encuentren expresión libre y regular en la familia-paciente, como un aspecto de la vida normal familiar; mientras que, si considera que las luchas francas no son normales culturalmente, entonces podrá considerar las que observe en la familia, como síntomas o causa de la enfermedad que deben combatirse cuando se les descubra, pero no alentarse o cultivarse.

Consideremos por un momento la novela popular norteamericana. En las obras a las que haremos referencia, la lucha por la identidad se concibe como una guerra crónica, pulverizadora, entre dos personas desdichadas y agarradas, como ciervos trabados en una lucha en la cual no pueden separar sus cuernos, en un abrazo mortal que ni siquiera la muerte de una de las dos puede deshacer. Esta formulación es parte integrante de algunas de las obras de autores tan famosos como F. Scott Fitzgerald; véase, por ejemplo, su novela *Tender is the Night*, (1934), en la que una heredera recientemente psicótica y un psiquiatra escrupuloso

Formulaciones teóricas

se casan y se empujan el uno al otro casi hasta la destrucción, con episodios catatónicos y adulterios de parte de la esposa, y abdicación profesional y alcoholismo de parte del esposo. La única solución posible es que el esposo deje que su mujer se adueñe del campo de batalla (la Riviera) y que él se retire a la práctica general de la medicina en un pueblo. Appointment in Samarra (1954), de John O'Hara, trata un tipo semejante de lucha psíquica por la identidad. Un tratamiento aún más directo del tema es el que se nos ofrece en una película protagonizada por Alec Guinness, intitulada Tunes of Glory. El relato tiene que ver con un comandante de regimiento borracho, vulgar, pero que actuó heroicamente y fue ascendiendo desde soldado raso durante las campañas en el desierto africano, en la Segunda Guerra Mundial, y un oficial de carrera, hijo de un antiguo comandante; a quien se le ordena sustituir al otro en tiempos de paz. Los dos hombres luchan desesperadamente por preservar sus concepciones algo diferentes de lo que es el respeto a sí mismo; al final, el novato, al que le han hecho trampas y se le ha puesto en vergüenza, se suicida; mientras el hombre de más edad, humillado por las circunstancias de su propia victoria, se desintegra en un mar de alucinaciones. De manera limitada, estos temas están presagiados en los elegantes ensayos de Hemingway sobre el tema de la virilidad. En dichas obras, el rival (hombre, mujer, toro, león, pez o montaña) no hace mucho más que presentarle un dilema moral al héroe, quien tiene que descubrir por sí mismo en qué consiste ser hombre en diversas circunstancias difíciles (las cuales, por artificiosas que puedan ser a fin de producir efectos literarios, son, en general, tipos de trampas en las que cualquier hombre puede caer). Así pues, Hemingway pone en vivo relieve la lucha por la identidad desde el punto de vista de una persona. Sin embargo, generalmente trata de proporcionar una solución ideal: un modelo de óptima fortaleza de espíritu, de hacer lo mejor que se pueda en circunstancias difícilísimas, de fracasar noblemente sin destruir la identidad del rival (pues, en las luchas por la identidad, como subrayan los tangus, a veces la única manera de ganar es no ganar, sobre todo si el rival tiene la dignidad de los animales de Hemingway).

No obstante, hay que señalar que en los Estados Unidos no todos leen las obras de Hemingway y F. Scott Fitzgerald, y que algunos norteamericanos no vieron ni disfrutaron de Tunes of Glory. En otras palabras, el ethos que estamos tratando de delinear no puede considerarse válido para todos los ciudadanos del país, en parte a causa de la variabilidad individual, y en parte debido a diferencias entre grupos definidos por sus características étnicas, religiosas, de ocupación, regionales y de otra índole. En verdad, las diferencias de actitud respecto de las luchas por la identidad constituyen probablemente una fuente de fricción muy importante entre grupos que, en muchos otros aspectos, comparten una cultura

sonas que tienen problemas de identidad está aumentando en la sociedad occidental, a medida que la tecnología hace que se pueda prescindir cada vez más de los seres humanos, y que nuestros problemas sociales son cada vez menos resultantes de la necesidad económica y se deben cada vez más a los esfuerzos realizados para resolver problemas de identidad recurriendo a medios que conducen a luchas entre individuos y grupos.

Uno de los mecanismos semiinstitucionalizados para resolver el conflicto de identidad (y, por muchos conceptos, el menos amenazador) consiste en la adopción de una identidad socialmente devaluada. Es como si la persona, después de tratar sin éxito de convencerse a sí misma (con ayuda de los demás) de que su identidad "ideal" es su identidad "real", dijese: "al demonio", y pretendiese una identidad "mala" (y obrase de acuerdo con ella) con creces. Creemos que éste es el proceso que se descubre en aquellas formas de desviación, delincuencia o criminalidad (según se les define culturalmente, por supuesto), que parecen explicarse mejor como una rebelión contra la sociedad, que como un medio de obtener bienes y servicios que se necesitan, un respeto personal o un afecto, que de otras maneras no se pueden obtener en lo más mínimo. Es una suerte de ritual de rebelión impulsiva de carácter altamente social, por el cual un grupo de personas conviene en renunciar a sus identidades "buenas" (persona respetable, buen ciudadano) y a aceptar plenamente las "malas" ("greñudo", "hippie"). No parece accidental que esta inversión de valores sea sobre todo común entre aquellos grupos (minoría o mayoría) que en un determinado momento son clasificados como "inferiores" o "inmaduras" por quienes controlan la tecnología o los medios de comunicación para las masas, o que de alguna otra manera influyen para dar forma a los sentimientos populares. La consecuencia de este proceso, por supuesto, es una lucha de identidad entre la persona rebelde y su familia, sus maestros, sus patrones, u otros a quienes considera sus enemigos.

Otra clase de mecanismo semiinstitucionalizado para resolver el conflicto de identidad es, por muchos conceptos, mucho más peligroso, porque da lugar a luchas de identidad masivas. Este mecanismo consiste en la proyección por parte de un individuo de su propia identidad temida, sobre otro grupo. En la medida en que muchos individuos de cada grupo (por ejemplo, blancos y negros) pueden estar empleando este mecanismo para resolver conflictos internos, el sistema de proyecciones negativas complementarias puede dar origen a una gran cantidad de miedo y hostilidad dentro del grupo. Este proceso, creemos nosotros, explica en gran parte esos extremos de prejuicio racial, antagonismo religioso y patriotería, que parecen ser especialmente dominantes en las sociedades tecnológicas. Nos parece que estos tres problemas, en particular el prejuicio racial (a pesar de la ubicuidad universal del etnocentrismo) no han sido tan brutal e indiscriminadamente destructivos en las sociedades ne industriales, como lo han sido en las sociedades tecnológicas de los últimos cuatrocientos años. El antisemitismo de la Alemania

nazi, los conflictos étnicas de Argelia, el racismo de los sudafricanos blancos y, en grado menor, de muchos blancos norteamericanos y algunas minorías organizadas de negros norteamericanos (por ejemplo, los musulmanes negros), y otros fenómenos semejantes de otras partes del mundo, no encuentran equivalente, en verdad, que nosotros sepamos, ni entre los pueblos ágrafos, ni en las antiguas civilizaciones clásicas. Indudablemente, la esclavitud fue un rasgo común de muchas de estas sociedades anteriores y no occidentales; pero, por lo general se mantuvo con imparcialidad respecto de las características raciales y étnicas de sus víctimas. Las guerras se libraron poniendo en juego valores económicos o culturales más obvios que los intereses de los tiempos modernos. La preocupación por la idea de subordinar, segregar o exterminar a un grupo racial o étnico con fundamento en su supuesta inferioridad inherente e innata en el orden de lo moral o de lo intelectual, y ya no simplemente por su obstinada negativa o comportarse como se les dice, o a acatar órdenes, parece ser un producto singular de las sociedades tecnológicas, y creemos que esta idea nace precisamente de los conflictos de identidad que este tipo de sociedad induce en grado tan elevado en sus miembros.

Si nuestras suposiciones en lo concerniente a la naturaleza del conflicto de identidad en las sociedades tecnológicas son correctas, entonces no es accidental que el grupo contra el cual va dirigido el prejuicio sea acusado siempre de tener, precisamente, las cualidades que el acusador teme que lo puedan caracterizar a él mismo; a saber: inutilidad, infantilismo, pereza, avaricia, mendacidad, incapacidad para la vida civilizada y otras cualidades "malas", asociadas con el sentido que el propio acusador tiene de ser "prescindible" en la sociedad tecnológica. El carácter despiadado, amargo, vengativo de esta clase de hostilidad, su frecuente independencia de una experiencia real con miembros del grupo aborrecido, y su inmunidad tanto al conocimiento personal como al pensamiento científico racional, son testimonios corroborativos de su origen en un conflicto de identidad intrapersonal, y ato en ninguna historia real de relaciones entre grupos.

Por supuesto, una de las tragedias de esta clase de situación consiste en que, una vez que muchos de los miembros de un grupo han comenzado a proyectar sus propias identidades temidas sobre otro grupo, los miembros de éste, independientemente de que hayan padecido o no previamente un grave conflicto de identidad, suelen comenzar a experimentar conflictos complementarios y entonces se producirá una lucha de identidad entre los dos grupos. A la larga, por lo menos en las sociedades tecnológicas,

patente y a menudo menos consciente, pero envuelve actitudes; podemos calificarlo de lucha latente por la identidad, en contraste con la lucha manifiesta que hemos venido describiendo. En la lucha latente por la identidad, los participantes no pretenden ni desafían abiertamente de manera verbal, explícita; mas bien, alimentan privadas en lo que respecto a sus propias identidades y abrigan desprecios privados por las de los otros, y llegan hasta notables extremos para no revelar sus actitudes en forma suficientemente explícita como para despertar respuestas manifiestas en la otra persona. Indudablemente, las luchas manifiestas nacen de una situación de lucha latente.

Ahora bien, lo que hemos venido llamando lucha latente por la identidad es, en efecto, un tipo de conflicto interpersonal e intrapersonal que según la teoría psiquiátrica, resultará patógeno o patológico, si prosigue indefinidamente sin resolución. Constituye el establecimiento de la doble ligadura; se ejemplifica en los callados conflictos de transferencia y contratransferencia que el analista, en compañía de su lente, se esfuerza por resolver. Y la lucha latente por la identidad es una forma de combate familiar que, si no se ha desarrollado en una lucha manifiesta por la identidad, se hace manifiesta en el transcurso de la la terapia familiar de la esquizofrenia, sobre todo en el esfuerzo que realizan los miembros por culpar al enfermo de los problemas de la familia.

Esta lucha latente permitirá no sólo un deterioro rápido de la moral, sino que se haga un daño irreparable a la estructura del grupo; bien podrá contribuir a la progresiva psicopatología de uno o más miembros de la familia. Sin embargo, quizá también sea imposible tratar las cuestiones reales de la lucha latente por la identidad sin transformarla en una lucha manifiesta por la identidad durante el proceso. Así pues, el problema táctico de la psicoterapia familiar consiste en hacer manifiesta la lucha latente por la identidad, y después, una vez que se ha manifestado, resolverla antes de que la lucha misma destruya a la familia y dañe a uno o más de sus miembros.

existen únicamente tres soluciones estables para las luchas de identidad entre grupos: retraimiento mutuo; aniquilación de un grupo por otro; o abandono de la lucha por ambas partes y establecimiento de relaciones mediante convenios, desprovistas de distinciones envidiosas, entre individuos e instituciones de ambos grupos. Sólo esta última solución puede propiciar el éxito continuo de la sociedad tecnológica, ya que dentro de la nación elimina una causa importante del desperdicio de esfuerzos y del daño psicológico a la ciudadanía. Aunque sea azaroso generalizar un fenómeno descubierto en las relaciones diádicas entre individuos, hasta abarcar entidades complejas como son las clases sociales, grupos étnicos, naciones y coaliciones de naciones, al parecer, parte de la dinámica de la lucha de identidad puede explicar acontecimientos que tienen lugar a escala internacional, como las continuas discusiones entre Oriente y Occidente sobre cuestiones como el desarme, colonialismo y los méritos relativos del "imperialismo capitalista" y el "totalitarismo comunista".

LA LUCHA POR LA IDENTIDAD EN LA TERAPIA FAMILIAR DE LA ESQUIZOFRENIA

En nuestro examen, hasta ahora hemos ejemplificado y descrito la lucha de identidad como fenómeno, y hemos mostrado cómo no sólo nuestra propia cultura, sino otras, tratan de impedir o canalizar mediante rituales tales luchas, en bien de la estabilidad social. Pero hemos procurado evitar, en la medida de lo posible, la introducción de conceptos psiquiátricos familiares adecuados para el análisis de las motivaciones individuales.

Nuestro modelo de psicodinámica ha utilizado principalmente esos estados cognoscitivos conscientes y sus afectos y verbalizaciones asociados, que se orientan al mantenimiento de la identidad. Además, hemos empleado nuestras propias definiciones de los procesos de identidad y no hemos examinado explícitamente su relación con la abundante bibliografía existente sobre temas de la identidad, ni con lo que se ha escrito sobre terapia familiar. Hemos procedido así, no porque pensemos que los conceptos psiquiátricos carecen de valor explicativo, sino porque creímos que la primera tarea consistía en describir el fenómeno social, y que la explicación y la aplicación psiquiátricas tenían que dirigirse sobre un tipo de acontecimiento descrito con precisión.

Pero ahora pasaremos a las implicaciones psicodinámicas y psicoterapéuticas de la lucha por la identidad, y lo primero que tenemos que hacer es reconocer que lo que hemos descrito bajo el encabezado de "lucha por la identidad", es un proceso manifiesto, patente y consciente, que presumiblemente viene después de otro fenómeno. Este otro fenómeno es menos

El psicoanálisis es un procedimiento demasiado caro como para que resulte posible su aplicación a todos los miembros de una familia, simultáneamente, por parte de los mismos o diferentes terapeutas. ¿Puede la terapia familiar, como forma de terapia conjunta, llevar a cabo el mismo trabajo? y, en tal caso, ¿en qué condiciones lo puede hacer? Ahora podemos recurrir al método de la conferencia para la resolución de las luchas manifiestas por la identidad. Sino también, al menos, parte de sus necesidades emotivas de valores intangibles pero importantes, como la "dignidad", el "respeto propio", el "honor", la "buena fe", etc.

Estas consideraciones conducen a las proposiciones siguientes:

1. En la terapia familiar de la esquizofrenia (y en cualquier otro proceso de terapia conjunta) es necesario que la lucha latente por la identidad se haga manifiesta.

2. La lucha manifiesta por la identidad debe resolverse lo más rápidamente posible, a fin de reducir al mínimo el daño emocional a los participantes y el daño estructural al grupo.

3. Uno de los papeles principales del terapeuta familiar (o de grupo) debe consistir en interpretar para el grupo la lucha por la identidad; es decir, tiene que señalar la naturaleza y la estructura de las identidades pretendida, real, temida e ideal, en conflicto, de los diversos participantes. También debería establecer las reglas que circunscriben el conflicto y definen los canales de expresión permitidos.

4. El grupo mismo tiene que aceptar la responsabilidad de llegar a un arreglo de la lucha que sea conveniente para todas las partes. El terapeuta no puede prescribir una solución para una familia, tal como no puede hacerlo para un individuo.

6 R. R. Blake y J. S. Mouton (Group Dynamics: Key to decision making., Houston: Gulf, 1961), han hecho mención de este proceso en las disputas obreropatronales, diciendo que es el comienzo de la dinámica de ganar-perder, y consideran que el proceso es "patológico" en las relaciones entre grupos.

¿Podemos encontrar modelos para este proceso terapéutico en nuestra civilización occidental contemporánea? Creo que sí, de dos maneras por lo menos: el método de la conferencia y el del psicoanálisis. En el psicoanálisis se le permite al paciente, en realidad se le incita, que establezca una comunicación íntima con un doctor. Le revela, lo mejor que puede, pensamientos y sentimientos importantes, y depende considerablemente de éste para que lo alivie de una carga de enfermedad emocional a veces, física; a medida que se va desarrollando la relación, el paciente comienza a buscar cada vez más al doctor para la satisfacción de necesidades poderosas y hasta entonces reprimidas, y como éste se niega a satisfacer algunas de estas necesidades, va adquiriendo también resentimientos. De manera que se desarrolla una lucha por la identidad entre los dos: el paciente pretende una identidad (de niño) que el terapeuta niega decididamente, y atribuye al doctor una identidad (de padre) que éste se niega a aceptar; de igual manera, también pretende una identidad (de doctor) que el paciente niega, y atribuye una identidad (de persona madura e independiente) que el paciente rechaza. El concepto explicativo del origen de este proceso es el conocido fenómeno de la transferencia; es el análisis de la transferencia, al traer a la conciencia los elementos y su historia, lo que constituye a la vez la manifestación de la lucha por la identidad y el medio para encontrar la solución en el psicoanálisis. Por consiguiente, en nuestro lenguaje, el psicoanálisis es una técnica para la solución de la lucha por la identidad entre dos personas. Pero hay que hacer hincapié en que el éxito de esta técnica depende de que se le sujete a restricciones que, por razonables que parezcan, son comparables a los rituales que rodean toda lucha por la identidad canalizada culturalmente. El paciente debe quedarse en el diván; la entrevista debe concluir cuando pase la hora; el análisis tiene que llevarse a cabo en un lugar determinado, en privado; la interacción analítica entre el doctor y el paciente debe circunscribirse a la situación analítica y, por consiguiente, queda prohibido el acting out de la lucha en otros conceptos (como el trabajo o las reuniones sociales); el paciente debe entregarse a la tarea de mejorar.

Suponiendo que una psicodinámica de transferencia semejante pueda explicarnos las posiciones de los participantes en una lucha familiar por la identidad, es razonable suponer que el tratamiento analítico (o la psicoterapia orientada analíticamente) de todos los miembros de la familia conduciría a una resolución de la lucha por la identidad. En este sentido, podemos decir que la intransigencia de la lucha, hasta ahora inexplicada, su carácter crónico y su inmunidad a la intervención racional, es el resultado de los problemas (y la fijación) de transferencia mutua de los miembros de la familia, y de su carencia de un analista para resolverlos.

resolución de la lucha por la identidad iría acompañada, teóricamente, de una reducción al mínimo de la "neurosis psicótica" (la neurosis acerca de la psicosis; véase Wallace, 1960). Estos dos cambios en la situación del paciente facilitarían el establecimiento de un medio ambiente en el que el programa de terapia individual podría llevarse a cabo más eficazmente, en el que el paciente ya no tendría la necesidad de defenderse de los múltiples y crónicos asaltos contra una confianza en sí mismo ya dañada, y no se vería aplazado por repeticiones innecesariamente prolongadas de una lucha por la identidad sin resultado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahams, R. (1962). Playing the donzes. *J. Amer. Folklore*, 75, 209-220. Allport, G. (1943). Ego in contemporary psychology. *Psychol. Rev.* 50, 451-478.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1, 251-264.
- Buhler, C. (1962). Genetic aspects of the self. En E. Harms. (dir.). *Fundamentals of psychology: psychology of the self.* Ann. N. Y. Acad. Sci. 96, 730-764
- Burridge, K. O. L. (1960). *nambu, A Melanesian millenium.* Nueva York: Humanities Press.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order.* Nueva York: Scribner's.
- Des Lauries, A. (1960). The psychological experience of reality in schizophrenia: therapeutic implications. En L. Appelby, J. M. Scher y J. Cumming (dir.) *Chronic schizophrenia.* Glencoe, Ill.: Free Press.
- Dollard, J. (1939). The dozens: the dialect of insult. *Amer. Imago*, 1, 3-24.
- Erikson, E. (1950,). *Childhood and society.* Nueva York: Norton. Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychol. Issues*, 1. Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Evanston, Ill.: Row, Peterson.
- Fisher, S. y Cleveland, S. E. (1958). *Body image and personality.* Princeton, N. J.: Van Nostrand.
- Fitzgerald, F. S. (1934). *Tender las the night.* Nueva York: Scribner. Freud, A. (1946, originalmente publicado en 1936). The ego and the mechanisms of defense. Nueva York: Int. Univer. Press.
- Freud, S. (1959, originalmente publicado en 1914). On narcissism: an introduction. En E. Jones (dir.) *Sigmund Freud, Collected Papers*, vol. 4. Nueva York: Basic Books, pags. 30-59.
- Goffman, E. (1959). *Presentation o f self in everyday life.* Garden City, NT. Y.: Doubleday Anchor.
- Goffman, E. (1961a). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* Garden City, N. Y.: Doubleday Anchor.
- Referencias bibliográficas

Goffman, E. (1961b). Encounters: Two studies in the sociology of interaction. Indianapolis: Bobbs-Merrill.

Goodenough, W. H. (1961). Formal properties of status relationships. Documento leído ante la Amer. Anthropological Ass. Ann. Meeting. Filadelfia, noviembre.

Goodenough, W. H. (1963). Cooperation in change. Nueva York: Russell Sage Found.

Hallowell, A. I. (1955). Culture and experience. Filadelfia: Univer. of Penn. Press.

Harms, E. (dir.) (1962). Fundamentals of psychology: psychology of the self. Ann. N. Y. Acad. Sci. 96, 681-894.

Hilgard, E. R. (1949). Human motives and the concept of the self. Amer. Psychologist, 4, 374-382.

James, W. (1890). Principles of psychology, 2 vols. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Lecky, P. (1945). Self-consistency. Nueva York: Island Press.

Lee, D. (1950). Notes on the conception of the self among the Wintu Indians. J. abnorm. sec. Psychol. 45, 538-543.

Lewin, K. (1936). Principles of topographical psychology. Nueva York: McGraw-Hill.

Lowe, C. M. (1961). The self-concept: fact or artifact? Psychol. Bull. 58, 325-336.

Lynd, H. M. (1958). On the search for identity. Nueva York: Harcourt, Brace.

Maslow, A. H. (1954). Motivation and personality. Nueva York: Harper. Mead, G. H. (1934). Mind, self and society. Chicago: Univer. Chicago Press.

Murphy, G. (1947). Person (situation). A sociological approach to origins and structure. Nueva York: Harpen

Newcomb, T. M. (1954). Social psychology. Nueva York: Dryden Press. O'Hara, J. (1954). Appointment in Samarra. Nueva York: New American Library.

Piaget, J. (1926). Language and thought of the child. Londres: Kegan, P. Radin, P. (1927). Primitive man as philosopher. Nueva York: D. Appleton. Radin, P. (1956). The trickster, a study in American Indian mythology. Nueva York: Philosophical Library.

Rogers, C. R. (1942). Counseling and psychotherapy; Newer concepts in practice. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. En S. Koch (dir.) Psychology: a study of a science, vol. 3, Nueva York McGrawHill, pags. 184-256.

Rogers, C. R. y Dymond, R. F. (dir.) (1954). Psychotherapy and personality change; co-ordinated studies in the client-centered approach. Chicago: Univer. Chicago Press.

Sarbin, T. R. (1954). Role theory. En G. Lindzey. (dir.) Handbook of social psychology, vol. 1. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley, páginas 223-258.

Schilder, P. (1950, originalmente publicado en 1934). The image and appearance of the human body. Nueva York: Int. Univer. Press.

Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy-and element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. Brit. J. med. Psychol. 32, 1-18.

Sherif, M. y Cantril. H. (1947). Psychology of ego-involvements. York: 'Whey.

Smith, M. W. (1952). Different cultural concepts of past, future. A study of ego extension. Psychiatry, 15, 395-400.

Snygg, D. y Combs, A. W. (1949). Individual behavior. Harper.

Symonds, P. M. (1951). The ego and Century-Crafts.

Wallace, A. F. C. (1960). The biocultural Rec. Med. 173, 700-714.

Wallace, A. F. C. (1961). Culture Nueva York: Random House.

Wenkart, A. (1962). The self in existencialism. En E. Harms (dir.) Fundamentals of psychology: psychology of the self. Ann. N. Y. Acad. Sci. 96, 814-822.

Wheelis, A. (1958). The quest for identity. Nueva York: Norton.

World Federation For Mental Health. (1957). Identity. Introductory study núm. 1.

Wylie, R. C. (1961). The self concept. A critical survey of pertinent research literature. Lincoln, Nebraska: Univer. Nebraska Press.

Nueva present, and Nueva York:
 the self. Nueva York: Appletontheory of schizophrenia. Int. and personality (Anthro. Series núm. 1).

Cap. 11 INVESTIGACIÓN SISTEMÁTICA DE LA DINÁMICA FAMILIAR

JAMES L. FRAMO

La contribución de las investigaciones con grupos pequeños, 468.

Repaso y evaluación de los estudios sistemáticos de interacción familiar, 479.

Problemas metodológicos de la investigación de la interacción familiar, 490.

Un punto de vista acerca de la investigación de la dinámica familiar, 504.

Referencias bibliográficas, 517.

DE CUANDO EN CUANDO, EN EL TRANSCURSO de la ejecución de nuestro proyecto de terapia familiar en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, algunos profesionales que no tra bajan en la institución han observado las sesiones de tratamiento a través de la cámara de Gessel. Estos observadores cultivan diversas áreas: psiquiatría, psicoanálisis, antropología, investigación psicológica, etc., y comúnmente el tratamiento familiar es algo muy nuevo para ellos. Casi sin excepción, su reacción es la misma: hacen uso de la palabra "fascinante" para describir el grado de absorción en el proceso. No podríamos decir con claridad cuál es la razón por la que la gente se siente tan envuelta; he pensado que los vigorosos intercambios emocionales que tienen lugar entre los miembros de la familia, de alguna manera trasladan a los observadores hasta las atmósferas emotivas de sus familias en su propia infancia. En la psicoterapia individual con dos personas, no se evocan tantos recuerdos de los propios sentimientos familiares, ni en el participante ni en el observador.

Quiero expresar mi gratitud a los amigos y colegas que leyeron este capítulo, que hicieron algunas indicaciones para su revisión y me apoyaron: los doctores Ivan Boszormenyi-Nagy, Robert S. Davidon, James R. Frakes, David Rubinstein, Albert S. Schefflen y Oscar R. Weiner, así como la señora Geraldine Lincoln. Por supuesto, las ideas expresadas en este artículo caen únicamente bajo mi responsabilidad.

***NOTA: LAS PÁGINAS 462 A 464 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 462 A 464 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 462 A 464 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

Todo el mundo se pone a hablar al mismo tiempo después de las sesiones: "¿quién podría soportar a esa madre? ¿qué quiso decir realmente cuando afirmó que su propia infancia había sido idílica? ¿Por qué la soporta ese padre? ¿Se dieron cuenta de cómo el padre tenía que apartar la vista cuando la hija entrecruzaba las piernas? ¿Advirtieron cómo la paciente comenzaba a chuparse los labios cada vez que el padre ganaba la atención de la madre? ¿No les parece que todos quieren poseerse unos a otros, pero a la vez tienen que empujarse y repelerse para no dejarse devorar? La persona que no estuviese enterada de lo que ocurría, pensaría que todas esas disputas significaban que se odiaban unas a otras. La madre se considera a sí misma como la teta perfecta. El padre tranquilo y callado es potencialmente un asesino. ¿Se dieron cuenta de cómo la paciente acudía a proteger a su madre, poniéndose a hablar como loca cada vez que intentaban averiguar su relación con la otra hija? Es difícil creer lo que veo: esa paciente, que en la sala permanece prácticamente muda, se pasó todo el tiempo gritándoles cosas a sus padres. El chico es realmente la esposa del padre; es la única persona de la familia que significa algo para él. Esta familia se la pasa enviando señales para pedir auxilio. Se están comiendo unos a otros. ¿Por qué la paciente comenzó a reír cuando se tocaron algunos puntos capitales en la sesión? Creo que esta familia está absorbiendo a los terapeutas. La manera en que la paciente critica a sus padres, hace pensar que les está diciendo: «no quieren que viva, entonces impediré que ustedes lo hagan» ¿Por qué no se olvida de sus padres y concentra la atención en la paciente? Los padres están en bancarrota. Observa cómo la paciente y sus padres maniobran para tratar de que el otro vaya cambiando de papel activo en papel pasivo, o viceversa, como si no tuviesen una idea clara de quién es mujer y quién es hombre, quién es padre y quién es hijo? ¿No es asombrosa la manera en que el padre insiste en preguntarle a la paciente qué es lo que ella puede darle a la familia? ¿Oyó a la hermana normal cuando hizo la estupenda declaración de que la madre comete «cositas impuras»?".

Durante algún momento de calma, a veces formulo la siguiente pregunta: "dígame, sé que es difícil, pero ¿tiene alguna idea de cómo podría uno llevar a cabo la investigación sistemática sobre esta dinámica familiar?" Sobreviene un embarazoso silencio. Me encuentro con miradas de asombro, y la conversación no tarda en pasar a temas menos incómodos. Por supuesto, la ciencia exige que sistematicemos nuestro conocimiento y nos ajustemos a un conjunto de reglas fundamentales en la búsqueda de la verdad; a saber, de leyes que puedan generalizarse más allá del caso individual. Pero ¿cuáles son los hechos científicos, objetivos y subjetivos, acerca de la experiencia humana de la vida familiar? ¿Cuáles son las dimensiones principales de la vida familiar?

La bibliografía que tiene como tema la familia es vasta y tiene una amplia y respetable historia, que se remonta a mucho antes del hincapié clínico,

psicodinámico, relativamente reciente en los estudios familiares que ejemplifica esta obra y la aparición de una nueva revista, intitulada *Family Process*. Varias disciplinas (por ejemplo, la sociología, psicología social, antropología, psicología clínica, trabajo social, economía doméstica, etc.) han tratado la familia como institución social y su relación con otras instituciones, así como el noviazgo y la selección de cónyuge, papeles matrimoniales y ajuste en el matrimonio, relaciones padres-hijos, la familia en diferentes culturas, el estudio de subculturas, desarrollo del hijo y la familia, desorganización de la familia (enfermedad mental, crimen, divorcio), etc. Los métodos utilizados para estudiar lo anterior han variado considerablemente en lo que respecta a su nivel, sus alcances, su grado de complejidad y sutileza y su rigor; unos han utilizado datos del censo en gran escala; otros, métodos longitudinales; unos han establecido hipótesis formales y han hecho uso de grupos de control y pruebas de significación, mientras que otros más han sido simples recopilaciones de datos o clínicamente impresionistas. Los datos producidos por las investigaciones familiares de todo tipo son tan voluminosos, que es imposible su clasificación: remitimos al lector a las revistas y bibliografía sobre investigación familiar siguientes: Burgess, 1947; Cottrel, 1948; Dager, 1959; Ehrmann, 1957; Hill, 1951; Hill y colaboradores, 1957; Hill, 1958; Nimkoff, 1948; Nye, 1963; Walters, 1962. Hill y Hanson (1960) han cumplido una valiosa función al imponerse la pesadísima tarea de hacer un inventario y codificar la masa de investigaciones sobre la familia, hasta obtener un ordenamiento sistemático de varios marcos conceptuales que han sido utilizados en el estudio de aquélla. Estos autores han postulado los siguientes cinco marcos conceptuales: interaccional, de estructura-función, situacional, institucional y de desarrollo. Se recomienda la lectura del artículo de Hill y Hanson a todos quienes planean llevar a cabo investigación familiar.

El presente capítulo no encaja en la tradición de la clase de investigación familiar que acabamos de citar, ni se le debe considerar como parte de la misma. Este capítulo concentra su atención en los enfoques de la investigación sistemática de la dinámica interior de la vida familiar, y hace hincapié particular en los fenómenos transaccionales obser-

vados y medidos directamente mientras los miembros de la familia actúan recíprocamente como unidad. Trataremos de no aislar la investigación sistemática de los problemas profundamente humanos de la vida familiar. No nos interesa la esquizofrenia, ni siquiera las familias de esquizofrénicos como tales, sino la dinámica familiar en general. Desde el principio hay que hacer hincapié en que, no obstante la abundante bibliografía que existe sobre el tema de la familia, no existe un conjunto de obras formalizado sobre el área de la investigación sistemática de la dinámica familiar que sostenga puntos de vista claros, en lo relativo a ciertas cuestiones, y establezca límites concretos a partir de los cuales se pueda trabajar.

Mientras se reunía el material de este capítulo, algunas cuestiones y problemas comenzaron a considerarse como fundamentales, y los examinamos con algún detalle; por ejemplo, las ventajas y desventajas de los informes directos e indirectos que dan los miembros de la familia acerca de sí mismos; cómo lograr llegar hasta el corazón emocional del proceso familiar; los aspectos privados en comparación con los aspectos públicos de la familia; el problema de la resistencia de la familia a revelar su funcionamiento interior a extraños; los problemas de observación directa, muestreo y medición de la interacción familiar; la influencia de un observador sobre la espontaneidad; algunos de los problemas que encierran los experimentos con familias; la cuestión del contenido manifiesto, en comparación con el contenido latente en la comunicación; el problema de los meta-mensajes; y, lo que quizá sea más importante que todo, algunas de las dificultades que presenta el penetrar en los aspectos inconscientes y transaccionales del sistema de la familia, y revelarlos.

Algunos de estos problemas ya han sido abordados por la disciplina de grupos pequeños y, por consiguiente, exploramos una pequeña parte del campo de este tipo de grupos, aunque es necesario subrayar que no se considera la disciplina de grupos pequeños como fundamento experimental de la investigación de la dinámica familiar.

Casi todo lo que las ciencias de la conducta saben acerca de las familias se deriva de cuestionarios y entrevistas obtenidos de los miembros de la familia, entrevistados a solas, no en presencia de otros miembros.

Son patentes los defectos de la investigación familiar orientada individualmente; la mayoría de los estudios años dan datos basados en informes y juicios conscientes, y están sujetos a las deformaciones de la memoria y las predisposiciones y falsificaciones conscientes e inconscientes que siempre logran abrirse paso en esta clase de investigación indirecta. Multitud de datos de vital importancia acerca de las familias escaparon a la observación, hasta que se contempló a todos los miembros de la familia interactuando juntos; por ejemplo, la organización emocional de la familia, los patrones de su comunicación, sus asignaciones abiertas y encubierta de papeles, sus formas de influencia, etc., cosas todas de; que la familia **suele no** darse cuenta. Tal vez baste con un ejemplo de nuestro propio trabajo: después de que una de las madres de nuestra unidad de tratamiento había venido recibiendo terapia familiar durante algún tiempo, nos espetó acerca de su propia madre: "¿quieren saber qué es lo que realmente siento acerca de esa mujer? Era una bruja asquerosa, fría y egoísta, que nunca me dio realmente nada". Antes de la exploración familiar, esta misma madre había marcado los adjetivos siguientes de la Lista de Cotejo Interpersonal de Leary (1957), por considerar que designaban verdaderamente a su madre: cariñosa, servicial, cordial, afectuosa, comprensiva, etc.

Los investigadores de la familia se han percatado hasta tal punto de la deformación que puede resultar de entrevistar a cada miembro de la familia en privado (como el cuento de los tres ciegos que describieron a un elefante después de que cada uno tocó una parte diferente de su cuerpo), que uno de ellos, con toda intención, hizo uso de este fenómeno al entrevistar por separado a los miembros de la familia, diciéndoles a cada uno que podían confiar en el carácter confidencial de las revelaciones, y reuniéndolos luego para hacer comentarios, después de decirles que se habían observado grandes discrepancias en las versiones (Watzlawick, 1963a). Durante muchos años tuvimos que confiar en la información de segunda mano acerca de las relaciones en la familia. Por consiguiente, este capítulo no contendrá ningún comentario de la investigación familiar basada en entrevistas con un solo miembro ni en cuestiones que se hayan aplicado a ellos.

Este capítulo está dividido en cuatro secciones: 1) la aportación de la disciplina de grupos pequeños a la dinámica familiar; 2) una evaluación crítica de los escasos estudios en que la familia o partes de la

la familia como objeto de la investigación sistemática del grupo pequeño resulta muy curiosa, por cierto.¹

Parte de la investigación sobre el grupo se ha orientado hacia problemas de investigación fundamentales, tales como el desarrollo de teorías conceptuales de los grupos y las dimensiones intrínsecas de la dinámica del grupo (Borgatta, Cottrell y Meyer, 1956; Hill y Westie, 1950). Otra investigación ha tenido como objeto encontrar, a problemas sociales como el aumento de la eficiencia o moral, la modificación de actitudes, la reducción del conflicto dentro del grupo, el mejoramiento del proceso de aprendizaje, el grupo sobre el individuo, patrones de elección sociométrica, redes de comunicación, membresía en las camarillas o pandillas, status y poder en el grupo, cohesión del grupo, el individuo en el grupo, patrones de interacción, factores de la personalidad que afectan al grupo, etc.

Prácticamente todas las investigaciones sistemáticas se han basado en grupos ad hoc, que carecen de historia como grupo y no tiene expectativas de relaciones futuras. La razón más probable de este estado de cosas es que los grupos transitorios estaban más a la mano (sobre todo, el estudiante universitario excesivamente utilizado), aunque se sospecha que hasta los científicos de la conducta han sentido algo de vergüenza al examinar los aspectos privados y personales de la vida familiar. Sin que se pretenda rebajar de ninguna manera el gran valor y las aportaciones de la investigación en grupo ad hoc, y teniendo presente que todo el mundo tiene que aportar una parte al menos de su personalidad al estudio de cualquier situación, no obstante tenemos que señalar que un grupo de extraños no son una madre, un padre, un cónyuge, una hermana y un hermano. Se presentan diferentes reglas, sentimientos y patrones de conducta cuando uno está con los miembros de su propia familia. Aunque por una parte, las personas son más "francas" cuando están con los miembros de la familia (en su casa, uno hace cosas que no puede hacer en público, con extraños); existe, en otro nivel, una mayor necesidad de ocultación, lo cual es a menudo la razón de que uno pueda hablar más fácilmente de cosas íntimas con personas relativa

¹ En algunas ocasiones, quienes han trabajado con grupos pequeños han intentado evaluar la significación que tienen algunos descubrimientos de su campo para la familia, buscando a veces semejanzas estructurales entre los grupos ad hoc y la familia nuclear (por ejemplo, Bales y Slater, 1955, cap. 5); pero, la familia misma, como objeto de experimentos con grupos pequeños, ha sido virtualmente ignorado.

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 470 A 477 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

familia, en interacción, se utilizaron como la unidad experimental; 3) problemas metodológicos relacionados con la medición de la interacción familiar; y 4) el desarrollo de un punto de vista acerca de la investigación sobre dinámica familiar.

LA CONTRIBUCIÓN DE LAS INVESTIGACIONES CON GRUPOS PEQUEÑOS

El intento más formal de establecer una ciencia efectiva de las propiedades de los grupos de personas, en sus relaciones "cara a cara", es el que se ha llevado a cabo en el campo conocido con el nombre de investigación de grupos pequeños. Sociólogos, psicólogos sociales, psicólogos clínicos y orientadores, antropólogos sociales y miembros de otras disciplinas básicas y aplicadas, han hecho aportaciones a lo que ha llegado a convertirse en una bibliografía bastante voluminosa. Hare (1962) cita más de mil trescientas referencias considerablemente recientes, del estudio de grupos pequeños. Entre las fuentes consultadas en el análisis presente figuran las siguientes: *Hare, Borgatta y Bales, Small Groups: Studies in Social Interaction (1955)* ; *Cartwright y Zander, Group Dynamics (1962)* ; *Strodtbeck y Hare, "Bibliography of Small Group Research from 1900 through 1953"*, (1954) ; *Hare, Handbook of Small Group Research (1962)* ; y *Roseborough, "Experimental Studies of Small Groups" (1953)*.

En esta sección no pretendemos ofrecer ninguna interpretación o repaso comprensivo de la bibliografía sobre el grupo pequeño; de muchas de las cuestiones del campo de dicho grupo ni siquiera hablaremos. El objeto es poner de relieve algunos problemas y descubrimientos selectos de la disciplina del grupo pequeño, que parecen resultar pertinentes al estudio de la dinámica familiar, especialmente a la clase de conocimiento íntimo de las familias, revelado en el transcurso del trabajo terapéutico familiar.

Así, en relación con esto, el primer hecho curioso que se descubre al revisar la bibliografía del grupo pequeño es que, aunque todos los investigadores de este campo estarían de acuerdo en que la familia, el más elemental de los grupos primarios, queda comprendida dentro de la esfera de la investigación de grupos pequeños, casi ninguno de los estudios ha utilizado al grupo familiar como la unidad de estudio, tanto en el laboratorio como en el campo. Si, como Hare y colaboradores (1955) han dicho, el estudio de grupos pequeños es un enfoque microscópico de culturas pequeñas, que tiene implicaciones para los estudios de sistemas sociales, de la cultura en general y de la personalidad, la omisión virtual

demás. Una de las razones por las cuales el tratamiento familiar constituye para la familia una exigencia tan grande y amenazadora, es que, de tal manera, quedan al descubierto los canales de comunicación existentes. Un descubrimiento clínico recurrente, en lo que toca a la comunicación familiar, sobre todo en algunas familias perturbadas o escasamente diferenciadas, establece que la comunicación significativa entre esposo y esposa es casi inexistente; se canaliza toda a través de los hijos, que la regulan, y comúnmente se utiliza a un hijo escogido, que empieza a presentar síntomas de la familia. (En las primeras etapas del tratamiento familiar, por ejemplo, cada vez que el terapeuta trata de discutir algo con los padres, acerca de sí mismos o de su matrimonio, éstos casi invariablemente intentan desviar el comentario hacia su hijo enfermo.) En estas familias, no sólo la información se maneja de tal manera, se hace lo mismo con la importantísima comunicación del afecto. Quienes dan tratamiento familiar a la esquizofrenia, se han formado un concepto diferente acerca del origen de la omnipotencia del esquizofrénico y consideran que no sufre tanto una regresión a un estado infantil de omnipotencia, o una reacción al sentimiento de inferioridad, sino que representa realmente un verdadero estado de cosas en que al paciente primario se le ha dado la posición exaltada, así como el poder y los privilegios concedidos a un superpadre (por ejemplo: dormir con uno de los padres, "tomar" decisiones, medir la corriente de afecto, etcétera). Por supuesto, hay que pagar algo por tal omnipotencia, y el precio suele ser una carga de culpabilidad tan aplastante, que contribuye a trastornar el ego. Hay mucho por hacer en el campo de la comunicación familiar, trabajo iniciado en buena forma por el Programa para el Estudio de la Comunicación de Esquizofrénicos, bajo la dirección de Gregory Bateson, recientemente interrumpido.

Podemos recurrir a Haley (1952) para encontrar un ejemplo de experimento familiar basado en la teoría de la comunicación. Él ha prestado un útil servicio, al señalar por vez primera algunos de los singulares problemas que encierra el llevar a cabo experimentos con familias, al sugerir criterios para su resolución (por ejemplo, el experimento debería ocuparse de las respuestas que los miembros de la familia se dan, y no de las respuestas individuales a los estímulos emitidos por el experimentador). La ya clásica formulación de la doble ligadura, que ha ejercido una enorme influencia en la psiquiatría y ha pasado a formar parte del lenguaje psiquiátrico cotidiano, nació de los estudios de este grupo (Bateson y col., 1956; Bateson y col., 1963; Watzlawick, 1963b).

La revisión que acabo de hacer, de las partes de la bibliografía del grupo pequeño que guardan relación directa con la dinámica familiar, indudablemente refleja las predisposiciones del autor, en virtud de su selección de artículos. Es necesario tener presente que la meta, en la mayor parte de la investigación con grupos pequeños, es el desarrollo de métodos para el aumento de la eficiencia de algún tipo en la interacción de grupo (cuánto se aprendió, si se resolvió el problema,

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 480 A 489 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

etcétera), mientras que la meta de la investigación del tratamiento familiar mucho más probablemente se encontrará en el aspecto subjetivo de alcanzar, pongamos por caso, una integración humana y emotiva más individualizada y sin embargo colectiva. Aunque el investigador clínico cuenta con la ventaja de evaluar muchos niveles de profundidad y a lo largo de un periodo de tiempo más prolongado, por supuesto, su trabajo carece del control y la precisión del enfoque experimental. Tal vez sea sorprendente descubrir que la disciplina del grupo pequeño ha investigado más intensamente que cualesquiera otras personas, que hayan trabajado dentro del marco familiar, la clase de problemas que tiene que ver con la investigación familiar, aun cuando se haya hecho dentro de una estructura diferente. Aunque con excesiva frecuencia los estudios de grupo pequeño han alcanzado exactitud a expensas de la "pertinencia"; la disciplina del grupo pequeño cuenta con una historia respetabilísima de metodología científica, que puede tener un valor inapreciable para los investigadores de la familia. Es curioso que no hayan sido más numerosos los investigadores del grupo pequeño que hayan seguido el ejemplo de Strodtbeck (1954), al copiar los experimentos clásicos con grupo pequeño, pero utilizando al grupo familiar como unidad experimental; por cierto, en este campo abundan los recursos para futuras tesis de doctorado.

REPASO Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS SISTEMÁTICOS DE INTERACCIÓN FAMILIAR

En esta sección trataremos de repasar y evaluar los escasos estudios sistemáticos o potencialmente sistemáticos existentes, fundados sobre la observación directa de la interacción familiar, que el autor ha podido descubrir en la bibliografía científica, haciendo hincapié en el método y no tanto en los resultados. Estos estudios, realizados en el contexto de diferentes disciplinas que poseen diversas metas en su investigación, ocasionalmente se examinarán desde el punto de vista de la clase de conocimiento sobre dinámica familiar que se obtiene en el tratamiento de la familia extensa.

Los primeros trabajos en el campo de la interacción familiar giraron en torno a las observaciones en el hogar y el laboratorio, orientadas hacia los niños. Se realizó un amplio trabajo con las "Escala de calificación de la conducta de los padres", del Instituto Fels, ideadas por Champney (1941) y desarrolladas ulteriormente por Baldwin (1949).

tratar de llegar a una conclusión unánime acerca de cuáles son los principales problemas que tienen como familia. Se presentaron otras tareas para que las discutiera la familia y, en cada ocasión, el investigador salió y abandonó a la familia a sus propios recursos, para que decidieran qué podrían hacer juntos como familia; a los padres, solos, se les dio la tarea de responder la pregunta: "¿cómo es que de los millones de personas que hay en este mundo, ustedes dos se juntaron?"; la de decidir el significado de un proverbio; preguntar a cada miembro de la familia, sucesivamente: "¿quién tiene a su cargo esta familia?"; y por último, comentar las faltas de cada uno. En el momento actual, estos interesantes procedimientos están siendo evaluados descriptiva e intuitivamente, aunque el autor está trabajando con un sistema de calificación cuantitativo.

PROBLEMAS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

En esta sección trataremos de considerar algunas cuestiones metodológicas escogidas, que se desprenden del repaso de los estudios de interacción familiar, ya realizado.

Si suponemos que uno de los objetivos primordiales de reunir a una familia y presentarle alguna tarea para que la ejecute, o alguna cuestión o problema para que la resuelva, es ver cómo "funciona" la familia, revelar su sistema motivacional más profundo e interconectado, su historia y su estilo como familia, entonces, presumiblemente tiene que emplearse algún método que penetre la defensividad natural de la familia, sus estereotipos, clisés y necesidad de ofrecer un "frente" de armonía, "decente", convencional. La necesidad que tiene la familia de aparentar ser "normal", común y corriente, "como cualquier otra familia", probablemente será más fuerte que la necesidad que tiene un solo individuo de presentarse de esa manera (salvo en el caso de familias e individuos sujetos a gran tensión).

En el concepto de la hipótesis proyectiva y en la idea de asignar una tarea a la familia, existe la suposición de que al presentar un estímulo ambiguo o una diferencia revelada que tienen que resolver sus miembros, éstos nada pueden hacer, salvo recurrir a patrones de conducta característicos, "típicos". Esta suposición ha sido tan poco examinada críticamente, que se ha convertido en parte integrante del saber relativo a la práctica e investigación clínicas. Sin embargo, ¿es siempre válida tal suposición? ¿Recurren las personas únicamente a patrones de conducta característicos, sobre todo en una sola sesión experimental? ¿No requieren algunas conductas ciertas condiciones de situación y motivacionales específicas? Tal como un psicólogo clínico puede obtener un Rorschach cauto y restringido, respecto de la capa superior de defensas de una persona, una familia puede hacer resistencia a la revelación, no sólo de sus diferencias, sino de sus estilos característicos. Los estudios citados han indicado que, incluso cuando se

introdujeron ciertos desacuerdos, astutamente y con toda intención, en la tarea experimental, los patrones representativos, característicos, a menudo siguieron siendo poco claros, se negaron o fueron "oscurecidos" de alguna manera. Varios factores pueden ofrecernos una imagen deformada. Además de todas las resistencias inconscientes, que ya son un gran tema por sí mismas, el miembro de una familia puede tener una "disposición" consciente (por ejemplo, un padre puede quedarse callado con toda intención para que el observador pueda descubrir cómo su esposa gobierna al hijo). La situación experimental misma introduce sus propios artificios: ¿hasta qué punto la conducta producida es función de un juego arreglado, que habrá de efectuarse para beneficio de extraños y, en qué medida se ponen de manifiesto los atributos o conductas reales? Aun cuando se lleven a cabo en el hogar las sesiones experimentales, surgen varias preguntas: ¿en qué medida se está tratando a los investigadores como si fuesen huéspedes? ¿Cuál ha sido la historia de la familia, por lo que toca a tener a extraños en el hogar? ¿Entran y salen fácilmente éstos, o la presencia de visitantes es algo que ocurre rara vez?

Hay algunas razones para dudar que los acontecimientos verdaderamente importantes de la vida familiar lleguen a tener lugar en público, y mucho menos delante de unos espectadores cuya aprobación es algo que se quiere conseguir. Goffman, en su *Presentation of Self in Everyday Life* (1956), se ocupa ampliamente del rasgo de las familias que tienen que presentar una fachada al público, mientras ocultan sus secretos en lo más recóndito del "desván". A diferencia de los grupos ad hoc, los miembros de la familia tienen, además, que seguir viviendo juntos una vez que ha terminado el experimento y, en la situación experimental, el conocimiento de las consecuencias y las represalias posibles cuando vuelvan a la casa determinan sus respuestas. (Por ejemplo, ¿cuán libre se sentirá un hijo para revelar el alcoholismo o la infidelidad de uno de los padres, aun cuando este "secreto" determine gran parte de la interacción experimental?) En verdad, si fuese posible obtener la discusión desprevenida, cc postmortem", de la familia, una vez terminado el experimento, ésta resultaría probablemente mucho más reveladora que el experimento mismo. Es probable también que las familias que no se encuentran en situaciones críticas (por ejemplo, la crisis de la enfermedad mental en la familia, constituye una motivación para revelar sus mecanismos internos) se enfrenten a la tarea experimental como si fuese un ejercicio intelectual. Probablemente traten de darle a la discusión una estructura coherente,

orientada hacia la realidad, durante la realización de la tarea presentada. Por supuesto, mientras hacen tal cosa, revelan más de lo que advierten, pero quizá menos de lo que quisiésemos que revelaran. Las personas pueden abstenerse de ser ellas mismas durante periodos más prolongados de lo que podríamos imaginar.

La técnica de las diferencias reveladas ha sido utilizada ampliamente para el estudio del poder y el dominio, pero aún no nos hemos percatado completamente de su potencial. La mayoría de los estudios a los que hemos aludido se detienen cuando llegan al punto de obtención del total de decisiones ganadas y ver a quién correspondieron sin adentrarse en el estudio de los procesos envueltos en la toma de las decisiones. ¿Sabemos qué es mejor: comenzar con el desacuerdo como hecho establecido, o permitir que surjan desacuerdos? ¿Sólo mediante estos últimos podemos inyectar la controversia? y ¿es la controversia el único recurso para revelar la interacción más auténtica? Con fundamento en nuestra experiencia de tratamiento familiar, nos parecería que debe introducirse en cada familia un tipo muy especial de controversia, que comúnmente no haya sido admitida por el sistema familiar. Puede producirse muchísima pseudocontroversia que no nos revele nada; en algunas familias, entregarse a ciertas clases de controversia, es parte de su modo de vida. Pero aun estas familias tienen algunos temas (por ejemplo: la supresión, por parte de los padres, de la autonomía en el hijo) que siempre serán excluidos de la discusión o que, si se discuten, carecerán de conexiones emocionales. Un experimento significativo requería que a cada familia se le presentasen las controversias con las que está luchando inherentemente, y no controversias abstractas que dan como resultado una suerte de comedia cortés. El estudio preliminar de la familia nos revelaría su talón de Aquiles.

Si lo antes dicho es cierto, resulta difícil entender cómo se le puede presentar a cada familia un estímulo estándar, y confiar en que resulte lo suficientemente comprensivo como para activar las tendencias que nos importa descubrir en cada familia. Es preciso hacer un estudio más atento de la tarea que se le impone a la familia, de las cuestiones que tiene que resolver ésta. Nadie ha intentado todavía organizar una serie de problemas y situaciones de tarea de la cual pudiese sacarse una muestra. La mayoría de las cuestiones o problemas que se han presentado a las familias, sólo accidentalmente han sido problemas con los que la familia está luchando realmente. Es algo semejante a decirle a un paciente de psicoterapia cuáles deberán ser sus problemas.

La presencia o ausencia del investigador durante las sesiones experimentales es una influencia poderosa, de la que nadie se ha ocupado sistemáticamente. Sin duda, la presencia del investigador introduce un factor nuevo en las relaciones de interacción de la familia, que representa una

figura paterna, a la sociedad, o al superego proyectado del auditorio; además, representa valores diferentes de aquéllos por los que se rige la familia. En esta situación existe una gran tentación a hacer que los niños "se luzcan" ante el doctor. (Dicho sea de paso, para algunos fines experimentales resulta importante que se incluya a los niños en los estudios de interacción familiar. Los propios niños podrán beneficiarse, cuando por vez primera vean a sus padres interactuar con otra figura de autoridad; quizá por primera vez se percaten de la existencia de una tensión entre sus padres; podrán oír a sus padres mentir, actuar con engaño o comportarse infantilmente, como nunca los habían oído. Cuando los niños están presentes, pueden ayudar a "abrir a la familia", frecuentemente al hacer declaraciones ingenuamente penetrantes y reveladoras de los asuntos familiares.) La presencia del experimentador puede unir artificialmente a la familia en su contra. Además, incluso cuando el investigador esté ausente, se encuentra presente; porque sin duda, todas las familias "saben", de alguna manera, que están siendo observadas, pues de lo contrario, ¿para qué las habrían llevado ahí, simplemente para que se pusiesen a hablar, sin ningún otro motivo?

Vidich (1956), anteriormente mencionado, tocó algunos de estos puntos y formuló graves preguntas metodológicas acerca de la investigación de la interacción, que tienen que tomarse muy en cuenta. Señaló que las parejas que estudió, en su intento por llegar a un común acuerdo en una situación problema, realizaron esfuerzos constantes para meter a los entrevistadores en la discusión, al pedirles una opinión, aprobación o acuerdo. La presencia de los entrevistadores, la grabadora, y la singularidad de la situación, según Vidich, introdujeron en la situación "artefactos" tales que, ni la interacción ni la relación entre el esposo y la esposa podrían comprenderse en términos de su manera de tratar las cuestiones. Y así dijo: "Una característica capital de la interacción fue el intento de preservar los rasgos privados de sus modos de conducta cotidianos de la vista del público... Aunque los cónyuges trataron de comportarse con moderación y hacer concesiones que tal vez no se habrían hecho el uno al otro en privado, tuvieron que enfrentarse a la tarea de ajustar los trazos existentes de su relación a la situación de entrevista", (pagina 237). Y siguió diciendo: ". ..los informantes «utilizaron» a los entrevistadores con fines particulares, en campos de significados privados. De tal manera, se introducen en las respuestas un tercer nivel de significación. Además del significado destinado a la cinta magnetofónica y del públicamente obvio, destinado a los entrevistadores, existía otro, cargado, destinado únicamente al cónyuge", (página 238). Vidich sacó en conclusión que: "No puede pretenderse que el protocolo de la interacción y los significados en él representados constituyan una imagen fidedigna

***NOTA: LAS PÁGINAS 495 A 498 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 495 A 498 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA. Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 495 A 498 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 495 A 498 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

que conducen a problemas integrativo-emocionales; por tanto, los grupos tratan de enfrentarse a estas tensiones expresivamente positivas y negativas, a fin de reintegrarse de nuevo a la tarea. La oscilación entre las actividades instrumentales y las expresivas constituye la esencia del sistema Bales. Durante los trabajos preparatorios de su sistema, Bales utilizó no solamente la bibliografía existente, sino muchas clases diferentes de grupos y situaciones de observación libre, a fin de encontrar un procedimiento de utilidad general. El contenido de las doce categorías finales, sus relaciones de sucesión y simetría, y el ordenamiento de unas respecto de otras, están fundadas empírica y teóricamente. El examen de la relación entre las categorías queda fuera del alcance de este capítulo. Una simple lectura de la lista de las categorías de Bales (por ejemplo, se muestra solidario, sugiere cosas, orienta, solicita opinión, discrepa, muestra antagonismo, etcétera) casi no le hace justicia al carácter complementario del sistema. Apéndice del libro de Bales expone cuáles son las múltiples y diferentes clases de conducta verbal y no verbal detalladas, que quedan comprendidas bajo cada una de las categorías. Incluso un examen somero del sistema de Bales nos indica la enorme cantidad de trabajo que le dedicó. Su análisis del proceso de interacción coincide muchísimo más con el concepto de interacción utilizado en este capítulo, que cualquier otro sistema. Sin embargo, por diversas razones, el sistema Bales no se presta bien a la evaluación de la interacción familiar, especialmente la de tipo dinámico, que tiene lugar en el tratamiento familiar.

Puesto que prácticamente todas las observaciones de Bales se han hecho en grupos transitorios, desde el momento de su formación original, los observadores lograron apreciar la cultura del grupo antes dar su interpretación y calificación. Sin embargo, los armónicos culturales, la estabilización emocional y la estratificación de los status de una familia, probablemente estarán tan institucionalizados que no le permitirán al observador establecer una línea de base para sus interpretaciones. En todas las familias existen significados privados, códigos, mitos y estilos "telegráficos". Además, hay algunas clases de familias (por ejemplo, las que tienen un miembro esquizofrénico) en las que se viola el significado de la manera más drástica, lo cual perturba muchísimo a un observador (véase Schaffer y colaboradores, 1962). En los grupos ad hoc, los miembros tienen que hacer explícito y patente lo que sobrentienden las personas que tienen una larga historia de asociación y una elevada carga emocional. Algunas diferencias inherentes entre la familia y otros grupos, en primer lugar, hacen que sea difícilísimo aplicar cualquier sistema estándar a cada uno de ellos. Aunque es verdad que el papel que uno desempeña en la familia (por ejemplo, "protector de la madre", "tonto", "tímido", "crea-problemas", etcétera) probablemente aparecerá,

de alguna manera, en cualquier grupo con el que mantenga una interacción, el papel que uno desempeña cuando mantiene interacción con la propia familia quizá discrepará mucho y de manera especial, la forma de desempeñar el mismo ante otros grupos. Muchas otras variables funcionan en los grupos, y ello nos impide hacer generalizaciones a partir del papel que desempeña uno en la propia familia; por ejemplo, cuando en una familia convierten a alguien en chivo expiatorio, lo más probable es que cuando se encuentre fuera del grupo, se sume alegremente a la tarea de convertir a otro en chivo expiatorio; y por ejemplo, es muy difícil, incluso para un adulto maduro, profesional, digamos, eludir el desempeño del papel de niño respecto de los padres cuando está en presencia de los mismos.

El sistema Bales supone universalmente la presencia de algún problema, tarea o meta común compartidos, que un grupo tiene que resolver, y aunque es verdad que la mayoría de los grupos están orientados a la tarea, ¿es válida esta suposición, en lo que toca a la vida familiar? Una familia comparte problemas y procesos muy distintos de los que comparte un grupo de extraños. La incertidumbre y la impronosticabilidad en lo que respecta a la personalidad y las acciones de los otros, en un grupo transitorio, quedan considerablemente atenuadas en la familia; en el tratamiento conjunto, parte del problema de la familia consiste en la absoluta certeza de la pronosticabilidad de otros miembros de la familia frente a la necesidad de un cambio. El sistema Bales tiene la ventaja de haber sido utilizado en una gran variedad de situaciones de grupo, respecto de las cuales se han desarrollado normas; la observación de familias puede compararse con la de esos grupos, pero las diferencias de origen que existen entre los grupos transitorios y los familiares no deben perderse de vista.

Aunque Bales reconoce que determinadas acciones tienen una historia y orientación futura, que trasciende la situación presente, para mantener la masa de datos dentro de proporciones que puedan manejarse, hace que el observador considere sólo el acto inmediatamente anterior, al clasificar el presente. Se impondría una indebida limitación al orden natural de los acontecimientos en la interacción familiar, si se restringiese la unidad de juicio a los actos individuales que se producen en un contexto limitado. Un solo acto es a menudo incomprensible o se le interpreta mal, a menos que se le sitúe en un contexto más amplio de estrategia motivacional. Bales reconoce que al calificar la interacción con su sistema, se hace caso omiso sistemáticamente de las distinciones cualitativas; por ejemplo, si un acto determinado está motivado para lidiar intencionalmente con el problema del grupo, o por algún motivo más profundo (quizá inconsciente) de hostilidad o dependencia; ambos pueden quedar

calificados conforme a la misma categoría. Cuando Bales (1950) dice: "...el observador debería tratar de ahondar tanto en el contexto, o utilizar tanto del mismo, como lo haga el otro" (pág. 40), excluye casi todos los fenómenos inconscientes. El máximo de penetración en el significado, que se atreve a alcanzar, se encuentra en este complemento de lo que acabo de citar en líneas anteriores: "en situaciones de terapia, cuando el otro es el terapeuta, esto puede estar un grado debajo del nivel común de significado otorgado a la interacción social". En tales circunstancias, la sutileza y complejidad de la interpretación dependerían de la experiencia clínica del observador. Es perfectamente probable que los clínicos que observen a cualquier clase de grupo atribuyan a las conductas significados muy diferentes de los que atribuirían las clases de observadores que Bales ha estado utilizando, los cuales están más o menos condenados a trabajar al nivel del significado superficial de la conducta. Sería interesante comparar los perfiles de clínicos entrenados en la utilización de su método, con los de los científicos del grupo pequeño, para ver cuán diferentemente se interpretarían las mismas conductas. Y para poner un solo ejemplo, diremos que durante una de nuestras sesiones de tratamiento familiar, la mayor parte de la interacción consistió en que el padre y la hija discutieran vehementemente, mientras la madre se la pasó mirando por la ventana. Un sociólogo que estaba observando la sesión comentó que nunca había presenciado una disputa tan hiriente, y que esas dos personas realmente se odiaban. Los clínicos del grupo se miraron sorprendidos, pues compartían la interpretación común de que esta hija y este padre se interesaban muchísimo el uno en el otro, y que la madre se sentía celosamente excluida de sus "amoríos". El sociólogo dijo: "¿y mediante qué truco de razonamiento clínico convierten ustedes la conducta hostil en afectuosa?" Lo que se quiere establecer es cómo trataría el sistema Bales esta clase de conducta, que se muestra con un disfraz negativo. Cómo trata la conducta no verbal que desmiente las palabras. De qué manera trata las declaraciones de doble ligadura, como la de la madre que le dice a su hija: "entiendo que no estás realmente enfadada conmigo,, querida; es tu enfermedad la que te hace hablar de esta manera". A qué nivel trata una pregunta como la siguiente: "¿crees que me importa realmente lo que sientes por mí?"

Aunque ha demostrado su valor para evaluar los aspectos sistémicos de los grupos en una amplia variedad de ambientes, el método Bales presta atención, en gran parte, al nivel patente de interacción y, por esto no parece demasiado útil para la exploración de las clases de niveles más profundos, que se necesitan para estimar la dinámica familiar. Por ejemplo, las sesiones de terapia familiar han revelado cómo es posible que parezca que una familia está hablando de una cosa, cuando de pronto

se da uno cuenta de que se está refiriendo a otra. La hija que se pone a gritar que quiere ser independiente y a decir que desea vivir lejos de su casa, tal vez al mismo tiempo trace planes insensatos cuyo objetivo real sea conseguir que los padres impidan el cumplimiento de sus intenciones. La madre podrá decir de labios para afuera que desea que se vaya, y al mismo tiempo sabotearla con frases como: "pero claro, linda, me temo que no lo consigas nunca, porque te cuesta tanto trabajo hacerte de amigos y además, a lo mejor te enfermas de nuevo". Ninguno de los procedimientos de observador sistemático existentes se ha concebido para tratar un número suficiente de niveles de comunicación, que permitan revelar los mensajes conflictivos y toda la gama de insinuaciones.

Heyns y Lippitt (1954, págs. 374-375) han hecho una lista de dimensiones de los sistemas de categorías del observador, útiles para evaluar los que ya existen y los que lleguen a idearse: "exhaustividad" (cuán grande es la parte de la conducta total, que el sistema trata de capturar y clasificar) ; la dimensión de inferencia (nivel de conceptualización e interpretación requerido en el observador, por ejemplo, el inferir motivos del actor requiere un alto grado, mientras que la determinación de un acto manifiesto, como hablar o no hablar, requiere poca inferencia); el número de aspectos de la conducta social sujeta a escrutinio (procesos a corto o largo plazo); categorías discretas, en comparación con las continuas (determinar si las categorías guardan una relación cuantificable entre sí); magnitud de la unidad (oraciones, un acto, series totales de conducta, reuniones totales, etcétera); y amplitud de la aplicabilidad (algunos sistemas de categorías tienen validez para una amplia variedad de situaciones, y otros están restringidos a circunstancias particulares). Estas dimensiones plantean cierto número de problemas esencialmente metodológicos, que tienen que tomarse en consideración al planear la investigación sobre dinámica familiar: por ejemplo, problemas de cuantificación del proceso psicológico (Haeberle, 1959) ; categorización de datos cualitativos (Guetzkow, 1950); relación entre categorización y evaluaciones en la observación de la conducta de grupo (Carter y colaboradores, 1951a); problemas del experimento en el laboratorio, con grupos pequeños (Swanson, 1951); problema estadístico que encierra la investigación con grupo pequeño (Bales, 1951) ; medición de las variables de la vida familiar (Hoffman y Lippitt, 1960), y problemas de muestreo-tiempo (Arrington, 1943).

que se va produciendo el reblandecimiento de las defensas familiares, uno parece estar tratando con nuevas constelaciones familiares; pero, con frecuencia, luego de que ha pasado mucho tiempo, se percata uno de que ha vuelto a los antiguos patrones familiares. Al parecer, en esta etapa del desarrollo del conocimiento, los procedimientos de observación deberían ser algo aventurados y abarcar todo lo que pudiesen, mientras que las cuestiones de muestreo deberían aplazarse hasta contar con más datos empíricos. Sin embargo, el muestreo del tiempo tiene sus aplicaciones, sobre todo en lo que respecta a los acontecimientos que se producen frecuentemente, de manera que pueden establecerse datos normativos. Debe tomarse en consideración la representatividad de la muestra en los estudios interseccionales, que tienen como objeto la generalización estadística. Haley (1962) ha hecho una exposición lúcida de algunas de las clases de los únicos factores que deberían tomarse en consideración al establecer una muestra de sistema familiar (especialmente, de aquellas familias que contienen un miembro esquizofrénico), con el objeto de llevar a cabo experimentos familiares.

No terminaré esta sección consagrada a la metodología sin añadir una breve nota final acerca de la instrumentación. Se han ideado varios aparatos mecánicos para registrar observaciones. La grabadora de interacción, creada por Bales y Gerbrands (1948); la máquina de estereotipia de Carter y colaboradores (1951b); las tarjetas de registro IBM, de Lippitt y Zander (1943); el cronógrafo de interacción de Chapple (1949).

Las copias mecanografiadas de las sesiones terapéuticas, plantean varios problemas. Quienes las pasan en limpio, por lo general introducen más orden en el discurso de las personas, que el que realmente existía; en realidad, la gente habla en una forma que expresa a medias sus pensamientos, con supresión de palabras, faltas de articulación, vacilaciones, emisiones simultáneas de voz, etcétera, de manera que una versión mecanografiada fiel parece casi una ensalada esquizofrénica de palabras. Esto nos permite advertir cuán pequeña es la parte verbal de nuestra comunicación. En nuestra experiencia, hasta una buena mecanógrafa cometerá 50 errores de esta clase en cada página. Las películas sonoras son probablemente las que nos pueden ofrecer la reproducción más fiel de una sesión de interacción.

Desde la introducción de la grabadora en la práctica de investigación clínica, se ha venido discutiendo su influencia en el proceso que se está analizando. Unos dicen que carece prácticamente de influencia, que los pacientes no tardan en olvidar su presencia y se comportan como si no estuviese ahí. Otros dicen que la grabadora ejerce una influencia drástica, aunque desconocida (por ejemplo, afirman que despierta sospechas otros).

Independientemente de que uno utilice listas de cotejo, clasificaciones, guías codificadas de observación, incidentes críticos, muestreo de acontecimientos, conjuntos de categorías o registros de especímenes, al evaluar el proceso familiar, el problema del muestreo de tiempo tiene importancia fundamental. No puede uno simplemente observar a una familia y recoger, a la buena de Dios, todo lo que parece ser importante; esta manera de proceder da como resultado masas de datos que no se pueden manejar. El investigador necesita seleccionar sus variables, especificadas de acuerdo con una estructura teórica interiormente consistente; debe esforzarse también para no perder demasiado en la conversión de los conceptos en operaciones, y luego tiene que tratar de determinar cuán a menudo y cuándo se presenta un caso particular de esa unidad. (O puede uno montar situaciones experimentales estructurales que tengan como objeto revelar deliberadamente las variables planeadas.) El muestreo del tiempo implica que la conducta está distribuida regularmente y que la extracción de muestras a intervalos sistemáticos de tiempo revelará casos representativos de esa conducta. Sin embargo, ¿es la conducta algo que respete las unidades de tiempo establecidas de antemano por el observador? ¿Tiene que ocurrir repetitivamente una conducta o una acción para que se le pueda considerar significativa? Por ejemplo, en una de las familias que están siendo tratadas, la conducta característica de la madre, repetida miles de veces, fue la de una persona dominante, agresiva, fuerte, llena de ímpetu. Sin embargo, en cierta ocasión, después de una interpretación especialmente devastadora, en el sentido de que estaba tratando de volver loco al terapeuta (Searles, 1959), estalló en lágrimas, le cogió la mano a éste, le pidió perdón y se comportó de manera muy parecida a como lo haría un niño asustado, dependiente, chillón. Como esto ocurrió una sola vez, ¿significa que no es importante? Los acontecimientos triviales ocurren frecuentemente, y los esenciales sólo de cuando en cuando: un intelectualizador puede rumiar interminablemente; sin embargo, un momento de la verdad en la psicoterapia tal vez ocurra una sola vez. ¿Vale un desliz lo que diez mil palabras? La naturaleza de la relación entre la significación de un suceso y la frecuencia con que se produce es tenue, en el mejor de los casos. El contexto de una conducta cambia de un momento a otro, y la conducta cobra a menudo un nuevo significado: un fruncimiento del ceño por parte de la madre cuando está desconcertando al hijo, tiene un significado diferente cuando lo está elogiando. El prestar atención únicamente a los intervalos fijos de tiempo, impide concentrarla en el significado de la situación, en las condiciones en que ocurre la conducta (Coutu, 1949).

En realidad, es poco lo que sabemos acerca del universo de la dinámica familiar, como para obtener muestras representativas y que tengan algún significado. El muestreo implica consistencia y, por lo que hemos observado hasta ahora en las familias con las que hemos trabajado durante un prolongado tiempo, en las situaciones de tratamiento familiar, aunque algunos aspectos se muestran

frustrantemente rígidos y estables, otros son caprichosamente inconsistentes. Al pasar de un nivel a otro, y a medida paranoideas o tendencias exhibicionistas; crea un ambiente de poder y fatalidad de la palabra grabada, respecto de las palabras dichas y evanescentes, etcétera). Es interesante señalar que nadie ha sometido esta controversia a una variación experimental. Habría que cambiar varias dimensiones: ¿el micrófono estaría a la vista o escondido? ¿Se les pediría permiso de antemano a los sujetos o se les informaría después? ¿Se les presentaría el micrófono y se les sometería a presión implícita para que lo acepten? ¿Viene al caso la dimensión temporal?; en otras palabras, ¿la grabadora ejerce menos influencia a medida que pasa el tiempo? ¿Se ha tratado de determinar cuál es el significado personal que tiene para los sujetos? ¿Cuánta ansiedad produce en el experimentador su uso? ¿Comunicaría éste su preocupación pidiendo disculpas?

UN PUNTO DE VISTA ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR

La orientación de este capítulo habrá parecido más bien negativa, hasta ahora. El estado de la investigación en este nuevo campo de la investigación sistemática sobre dinámica familiar, basada en el trabajo que se ha efectuado, parecería indeterminado, y que son más los problemas planteados que aquellos para los que se ha encontrado solución. Se ha llegado a la conclusión de que las familias no son semejantes, cualitativamente, a otros grupos; que la investigación familiar orientada al individuo probablemente resultará infructuosa; que no podemos confiar en lo que dicen los miembros de una familia respecto de sí mismos o de otros miembros; que probablemente el uso de otros métodos, aparte del de la observación directa, dará resultados engañosos, y que el prestar atención únicamente a los niveles patentes de la interacción nos revela muy poco acerca del pulso y funcionamiento interior de la vida familiar. Apenas han sido tocados, sin alcanzar solución ninguna, problemas como los siguientes: ¿qué es lo que podemos hacer para conseguir que la familia renuncie a su conducta defensiva en público? ¿Cómo podemos determinar el efecto de los observadores y de los instrumentos en la conducta? ¿Cuánto tiempo se necesita para que se revelen los sistemas familiares más profundos? ¿Hemos explorado los límites de los experimentos de test situacional-familiar? ¿De qué manera puede tratarse el problema de la negación y de los metamensajes en cualquier sistema notacional sistemático? ¿Y de qué manera se puede tratar el problema de la distribución de la conducta y de la significación del suceso ocasional? Aunque en este capítulo no se puede más que mencionar estos problemas, confiamos en haber señalado por lo, menos algunos de los campos más pertinentes y pesados. Si la mayoría de los procedimientos sistemáticos hasta ahora utilizados por los científicos de la conducta no permiten delinear las variables inherentemente poderosas de la interacción familiar, ¿a dónde se puede dirigir el investigador de la familia? En esta sección, después de algunas sugerencias acerca de la utilidad de diversos procedimientos de test psicológico, trataremos de expresar

un punto de vista, en vez de un prospecto detallado acerca de algunas direcciones probablemente productivas que podría tomar la investigación sistemática sobre la dinámica familiar.

Algunos trabajos y reflexiones recientes, tanto de carácter sistemático como especulativo, nos parecen ser potencialmente fructuosos para el estudio de la dinámica familiar. En el campo de los tests psicológicos, Söhler y sus colaboradores (1957) trataron de predecir la interacción familiar a partir de una batería de tests de proyección, administrados individualmente a miembros de la familia. En este estudio se hicieron interpretaciones "a ciegas" acerca de las semejanzas que se pueden descubrir entre hijos y padres, por lo que respecta a sus estructuras de necesidades y de conflicto, acerca de si existían factores que caracterizaban a la familia como conjunto, y de si el material de tests obtenido de toda una familia ayudaba a comprender a los individuos. Todas estas interpretaciones se compararon con el conocimiento obtenido por los psiquiatras que habían estado dando tratamiento a la familia durante dos años en un ambiente semiterapéutico. Encontraron que las descripciones de la personalidad individual contenían la más elevada proporción de acuerdo, y que los intentos de predecir la interacción familiar alcanzaron sólo éxito limitado.

Un procedimiento más prometedor es el que han propuesto Roman y Bauman (1960), método al que llaman Test de Interacción. Su fundamento teórico es la proposición de que un grupo constituye un todo dinámico que posee propiedades únicas, que no pueden deducirse simplemente de las características de sus miembros. El método consistió en aplicar el test a cada miembro del grupo, por separado, utilizando tests psicológicos estándar, como el Wechsler-Bellevue, el Rorschach y el TAT, para volver a administrar luego estos tests al grupo reunido, al que se le dijo que tenía que obtener, como grupo, respuestas que representasen un consenso. Se describieron tres tipos de categorías de interacción: reforzamiento (la respuesta del grupo es la misma que la de cada miembro cuando respondió individualmente) ; selección (la respuesta del grupo es la misma que la de por lo menos uno de los individuos), y emergencia (la respuesta del grupo es diferente de todas las respuestas individuales). Podemos clasificar cada una de estas categorías de interacción como positiva o de negativa, según sea sana o patológica. Los autores presentaron algunos datos descriptivos clínicos impresionantes, que permitían ver las clases de informaciones nuevas reveladas por los tests de inter-

***NOTA: LAS PÁGINAS 507 A 508 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

***NOTA: LAS PÁGINAS 507 A 508 ESTÁN ININTELIGIBLES EN EL ARCHIVO DE TEXTO WORD QUE SE TOMÓ COMO REFERENCIA.Y EN EL ARCHIVO PDF CREADO SE DEJARÁN EN BLANCO PARA NO PERJUDICAR LA PAGINACIÓN ORIGINAL.**

tal delimita un concepto clínico para su estudio, lo redefine operacionalmente, crea un instrumento de medición para el mismo, y termina midiendo algo que casi no guarda semejanza con el original, aunque posea el mérito dudoso de la precisión. (El autor también se da perfecta cuenta de la incomodidad que siente el psicólogo con inclinaciones experimentales, cuando ve al clínico actuar con su naturalidad acostumbrada.) Sea como fuere, el prestar atención únicamente a los actos patentes, observables, conduce a la formación de representaciones relativamente estériles, a menos que se descubran las subyacentes actitudes, intenciones, estrategias y motivaciones de la familia. Preguntas como: "¿quién trata de poseer a quién?", "¿cómo se las arregla para conseguirlo o disfrazarlo?", vienen muchísimo más a cuento que la de: "¿quién habla con quién y cuánto?" ¿Pero cómo habrán de revelarse estos factores profundos? En el caso de individuos, se ponen de manifiesto en los pensamientos marginales, en los deslices verbales, los sonrojos, los momentos en que se está desprevenido, los bloqueos, el hablar demasiado, las ideas "tardías" que rápidamente se niegan, y en todos los signos clásicos de la resistencia. En el caso de las familias, se descubren, en gran parte, en las resistencias del sistema, en la renuencia a sacar los "trapos sucios", la protección de los intereses creados, las fidelidades, las alianzas secretas, la charla vacía o en la estridencia, empleada como defensa familiar. Dentro de ciertos límites, pueden descubrirse dimensiones importantes hasta en la conducta manifiesta, cuando se contemplan patrones o estructuras totales. A causa de la resistencia a la revelación y al cambio, sin embargo, y debido a la amenaza de pérdida de relación, la información más importante y significativa acerca de las familias es la más difícil de obtener. Hasta la aparición del tratamiento familiar, los científicos sociales pocas veces han intentado estudiar la interacción familiar en su estado natural, con métodos indirectos que no estorben la espontaneidad. Una excepción notable fue el método de Bossard (1948, cap. 8) que estudió a la familia registrando, sin conocimiento de la misma, la conversación que se produjo cuando estaba sentada a la mesa, a la hora de la comida. Hasta que familias enteras fueron observadas durante un periodo prolongado en la terapia familiar, no comenzamos a conocer la verdad acerca de lo que ocurría realmente en ellas y cuáles eran en verdad las actitudes disfrazadas, y se empezó, a penetrar más allá de los informes superficiales que los miembros de la familia ofrecían para el consumo público, o más allá del tipo de conocimiento social fortuito que los vecinos tienen acerca de la familia. (¿Cuán a menudo la gente se escandaliza al enterarse de que aquella pareja "felizmente casada" estaba procurando el divorcio, o al enterarse de que un psiquiatra "que debería poder evitarlo", se suicidó o contrajo una enfermedad mental a causa de "problemas familiares", o al saber que una familia, considerada en la comunidad como familia "ideal", produjo un vástago delincuente o esquizofrénico?)

Las inclinaciones del autor de este capítulo, por lo que respecta a establecer dónde se pueden obtener los mejores frutos al investigar la dinámica familiar, tal vez se hayan aclarado más ahora. En mi opinión, se encuentran en la concepción psicoanalítica de la existencia de .necesidades profundas, ocultas, de la relación familiar, que poseen carácter inconsciente, infantil y de corrección de heridas del pasado o de perpetuación de satisfacciones anteriores; en cada familia, las motivaciones individuales son una mezcla de los sistemas familiares antiguo y nuevo. Cada individuo tiene una manera personal de interpretar que es "querido" o guarda relación. Algunas personas obtienen su definición de sí mismas y se sienten en relación cuando se las insulta, discuten, retroceden, se las estimula, etcétera, basado todo esto en la lucha con sus "objetos internos" (Fairbairn, 1952). A lo largo de toda su vida adiestran a los otros para que se relacionen con ellos, de manera que les permita continuar las relaciones internas; tratan de reproducir situaciones familiares originales, en su intento de alcanzar dominio, enderezar viejos entuertos o aliviar antiguos dolores, o conseguir el amor en forma pura, sin mezcla, ni elementos perturbadores. La pareja a la que elige tal persona es aquella con la que puede mantener o resolver la relación con sus introyecciones; se necesita a la otra persona para completar y complementar el yo, aunque todo lo que se requiera sea la confirmación de un yo ficticio. Por supuesto, estos cónyuges tienen sus propios "guiones", a los que se ajustan, y los sistemas de motivos están interconectados, son paralelos en determinados puntos y entran en conflicto en otros y, junto con los niños, forman una nueva gestalt, a la que llamamos sistema dinámico de la familia, red enormemente intrincada que, hasta la aparición del tratamiento familiar a largo plazo, no había sido advertida por la ciencia. Los motivos entretreídos de los miembros de la familia están escondidos tras subterfugios en el vivir rutinario; la mayor parte del tiempo, los motivos están ocultos y enmascarados. Aparentemente, tal vez tratan de conseguir lo opuesto, o incluso puede parecer que no tratan de conseguir nada. ¿Qué clase de datos ingobernables son estos, donde nada es lo que parece, donde un acontecimiento no sólo no se desprende de lo que ocurrió en el momento anterior, sino que puede estar determinado por algo que ocurrió minutos, horas, o aun años antes, o que tal vez nunca ocurrió y existió únicamente en la fantasía?

El científico de la conducta, fiel a su tradición de estudio de estas situaciones, ha alcanzado su seguridad mediante la selección de las variables de que ya podía echar mano, que eran objetivamente observables y se prestaban en consenso, y que podían ser contadas y entregadas en un informe a sus colegas. Tal vez no haya que insistir mucho en el punto de que los clínicos se estremecen siempre cuando un psicólogo experimen

Nos encontramos lejos de la manipulación experimental de las variables importantes de la vida familiar en toda su complejidad y magnitud, aunque algunos aspectos quizá puedan enfocarse bien en el laboratorio. Fenómenos transpersonales, como las situaciones de doble ligadura, la colusión inconsciente, pseudomutualidad, sistemas de fantasía inconscientemente compartidos, complementariedad de papeles, estructuras de celos interconectadas, y otros principios que desde el punto de vista conceptual son reconocidamente vagos, requieren una exploración sistemática. También, probablemente esté muy lejos todavía un auténtico estudio de la interacción, ¿dónde están los instrumentos mediante los cuales podemos determinar qué es lo que A le está haciendo realmente a B, y cuál es la contraestrategia de B, la cual luego hace que C modifique o trate de ocultar lo que está ocurriendo entre A y B; donde cada respuesta manifiesta o latente produce sus efectos reverberante, transformación y retroalimentación en todos los demás? Apenas hemos comenzado a tocar la complejidad que envuelve el estudio de los procesos recíprocos entre personas, y especialmente entre miembros de la familia, que se comunican con frases condensadas o mediante gestos que tienen historia privarla. Casi todos nuestros conceptos se basan en un pensamiento individual o intrapsíquico. Todavía carecemos de un verdadero lenguaje de interacción, aunque probablemente se utilizarán términos como interacción; transpersonal; interdigitado; transaccional; intercambio; recíproco; cruzar; comunión; entremezclar; interposición; ensamblar; interpenetrar; mutuo; compenetrar; interdependiente; entreverado; entretejido; interconectado; retorcer; contrapesar; etcétera.

En este capítulo, los términos interacción y transacción se han utilizado más o menos indistintamente, como si fuesen sinónimos. Dewey y Bentley (1949) han sugerido una diferencia técnica entre los dos términos, y han señalado que la interacción se produce a nivel de los individuos cuando una persona actúa sobre otra; la persona se equilibra con la persona en la interconexión ocasional. Por otra parte, la transacción no tiene que ver con los individuos en cuanto tales, sino con otro nivel suprapersonal: el proceso, las abstracciones, los conceptos; la transacción indica la naturaleza unitaria del fenómeno con toda su relacionalidad circular, dentro de un sistema situacional. Si fuésemos a utilizar esta distinción entre interacción y transacción, entonces ninguna de las investigaciones sistemáticas de las que se ha hablado en este capítulo sería de carácter verdaderamente transaccional. En el nivel clínico, algunos conceptos como los de sistemas de fidelidad familiar, homeostasia de la familia (Jackson, 1959), pseudomutualidad (Wynne, Rickoff, Day y Hirsch,

en 1958), sistemas de gobierno de la familia (Haley, 1959), (Hill, L., 1955), "masa familiar indiferenciada de egos" como abstracción y equilibrio de papeles (Spiegel, 1957), se considerarían dones transaccionales.

Los anteriores, así como conceptos como el del intercambio de disociaciones, de Wynne (citado en este mismo volumen) y CI de lucha por la identidad, de Wallace y Fogelson (también en esta obra) nos ofrecen en cambio de útiles puntos de partida para la investigación rigurosa. El 'Wynne se define como un "trato" profundamente inconsciente, por el cual la visión fija que cada miembro familiar tiene del otro se intercambia por una imagen fija de sí mismo por parte del otro (por ejemplo: "yo te veré como no sexual, si tú me ves como no homicida")

El intercambio de disociaciones es más profundo que la lucha por la identidad, pero está relacionado con ella, ya que esta última es un proceso más consciente, de A en virtud del cual A trata de conseguir que B acepte la identidad.

Schefflen (1963) y Birdwhistell (1961; ambos) han intentado trabajar con metaniveles de comunicación y niveles múltiples de lingüísticas y paralingüística, cinésica y postura el análisis de interacción durante conductas que están siendo estudiadas mediante múltiples cuadros de películas cinematográficas, y encierran la promesa de descubrimientos estimulantes.

' Laing R. D. *Comunicación personal*, 1962.

familia, considerada en la comunidad como familia "ideal", produjo un vástago delincuente o esquizofrénico?)

Nos encontramos lejos de la manipulación experimental de las variables importantes de la vida familiar en toda su complejidad y magnitud, aunque algunos aspectos quizá puedan enfocarse bien en el laboratorio. Fenómenos transpersonales, como las situaciones de doble ligadura, la colusión inconsciente, pseudomutualidad, sistemas de fantasía inconscientemente compartidos, complementaridad de papeles, estructuras de celos interconectadas, y otros principios que desde el punto de vista conceptual son reconocidamente vagos, requieren una exploración sistemática. También, probablemente esté muy lejos todavía un auténtico estudio de la interacción, ¿dónde están los instrumentos mediante los cuales podemos determinar qué es lo que A le está haciendo realmente a B, y cuál es la contraestrategia de B, la cual luego hace que C modifique o trate de ocultar lo que está ocurriendo entre A y B; donde cada respuesta manifiesta o latente produce sus efectos reverberante, transformación y retroalimentación en todos los demás? Apenas hemos comenzado a tocar la complejidad que envuelve el estudio de los procesos recíprocos entre personas, y especialmente entre miembros de la familia, que se comunican con frases condensadas o mediante gestos que tienen historia privada. Casi todos nuestros conceptos se basan en un pensamiento individual o intrapsíquico. Todavía carecemos de un verdadero lenguaje de interacción, aunque probablemente se utilizarán términos como interacción; transpersonal; interdigitado; transaccional; intercambio; recíproco; cruzar; comunión; entremezclar: interposición; ensamblar; interpenetrar; mutuo compenetrar; interdependiente; entreverado; entretejido; interconectado P retorcer; contrapesar; etcétera.

En este capítulo, los términos interacción y transacción se han utilizado más o menos indistintamente, como si fuesen sinónimos. Dewey y Bentley (1949) han sugerido una diferencia técnica entre los dos términos, y han señalado que la interacción se produce a nivel de los individuos cuando una persona actúa sobre otra; la persona se equilibra con la ~ª sonda en la interconexión ocasional. Por otra parte, la transacción no tiene que ver con los individuos en cuanto tales, sino con otro nivel sugr personal: el proceso, las abstracciones, los conceptos; la transacción dice la naturaleza unitaria del fenómeno con toda su relacionalidad circular, dentro de un sistema situacional. Si fuésemos a utilizar esta distinción entre interacción y transacción, entonces ninguna de las investigaciones sistemáticas de las que se ha hablado en este capítulo sería de cara, verdaderamente transaccional. (Jackson, 1959), pseudomutualidad (Wynne, Rickoff, Day y

la alternación, resulta muy difícil saber lo que está haciendo alguien, salvo a través de su efecto transaccional en otra persona. ¿Existe un fenómeno que pudiésemos calificar de represión interpersonal? Por ejemplo, cuando un padre le dice a su hijo que él (el hijo) no puede recordar algo, está promulgando un decreto en contra de la confiabilidad en la memoria del hijo. Sería un alivio para éste recordar, pero ello constituiría una amenaza para el padre; el recuerdo del hijo existe en función de la tranquilidad espiritual del padre. Se presenta todo género de posibilidades para estudiar las defensas interpersonales teniendo presentes estas ideas. Un sintoma clínico, como los celos, comúnmente se debate en relación con el individuo, pero piénsese en una situación en la que una mujer sospecha que su esposo le está siendo infiel, y éste alimenta sus sospechas saliendo frecuentemente de la casa sin decirle a dónde; lo hace porque también ella está alimentando en él sospechas y celos al hacer llamadas telefónicas secretas. La elaboración de un sistema de proyección mutua como éste, resulta difícil de comprender o tratar en términos intrapsíquicos solamente.

La tesis esencial que implica el concepto transpersonal de la psicopatología, afirma que las personas ejercen una influencia real en otras cuando guardan relación estrecha, efecto notable que es algo más que la resultante de la interacción entre dos sistemas intrapsíquicos. Se ha convertido en algo común descubrir en los escritos iniciales de Freud la anticipación de casi todos los desenvolvimientos del pensamiento psiquiátrico; constantemente, los teóricos tienen que soportar el alfilerazo que consiste en descubrir que Freud no sólo tuvo esa misma idea muchos años antes, sino que frecuentemente la expuso mejor. Una de tales nociones que Freud previó, pero cuyas importantísimas implicaciones no llegó a desarrollar, tiene que ver con la idea de la intercomunicación entre el inconsciente de una persona y el de otra. En su artículo sobre "El inconsciente", que escribió en 1915, afirma que "es muy notable que el inconsciente de un ser humano pueda reaccionar sobre el de otro, sin que el consciente intervenga para nada. Esto requiere una investigación más atenta, especialmente con vistas a descubrir si la actividad del consciente puede excluirse como factor en la determinación de esto; pero, con fines de descripción, el hecho es indisputable" (Freud, 1957, pág. 194). El reconocimiento formal de este fenómeno se aplazó durante muchos años, aunque lo hayan "retratado" novelistas y autores dramáticos sensibles. También tienen que haberlo descubierto los psicoterapeutas, especialmente quienes advirtieron que en la psicopatología bilateral, la de cada uno de sus pacientes estaba estrechamente relacionada con la del otro. Retrospectivamente, podemos ahora reconocer como otro hito en la historia de la psicopatología transpersonal el artículo precursor de Johnson y Szurek (1952), quienes nos advirtieron del hecho de que un hijo puede extroyectar los deseos inconscientes, no reconocidos, de un padre. Varias conductas humanas aparentemente incongruentes se hicieron más comprensibles al ser contempladas desde el punto de vista de la corriente inconsciente y la identificación entre personas; por ejemplo, cómo se buscan en los hospitales los

esquizofrénicos y se agrupan; cómo se forman amistades entre personas que representan aspectos inconscientes, la una de la otra (por ejemplo, una chica tímida, reservada, que se convierte en amiga íntima de una psicópata que se está extroyectando sexualmente) ; cómo una esposa, a quien el alcoholismo o la pasión por el juego de su esposo le habían causada gran sufrimiento, se casa con otro alcohólico o jugador o, después de dejar al esposo, comienza a beber o a jugar ella misma; cómo en la misma familia, un hermano se convierte en sacerdote y el otro en delincuente. ¿Cómo podemos explicar el intercambio de síntomas en las familias, o su transmisión a lo largo de generaciones? (Fisher y Mendel, 1956; J-lenry, 1951). El intercambio inconsciente se presenta frecuentemente en forma de temas o problemas recurrentes entre personas profundamente relacionadas; ambas partes del intercambio adoptan una postura frente al problema. Los problemas son semejantes, pero las defensas contra los mismos son lo opuesto: ambos tienen un problema a causa de la sexualidad u hostilidad, por ejemplo, un hombre lo expresa, mientras que el otro pone reparos. Este último obtiene una satisfacción sustitutiva de la manefa en que el otro lo expresa. El peligro en uno mismo puede gobernarse tratándolo en el otro; luego, el otro "coopera" portándose aparente o verdaderamente peligroso, con lo cual se refuerza la convicción, en ambas partes, de que todo peligro reside en el otro. Cuando ocurre esto, decirnos que estas personas son "uña y carne", embonan perfectamente y en realidad se necesitan la una a la otra. Desde un punto de vista sociopsicológico, Cottrell (1942) parece haberse percatado de esta idea: "el sistema reactivo (de una persona) comprende no sólo aquellos patrones que ha manifestado, sino también los patrones de respuesta de las demás, personas, de su situación vital. De tal manera, conforme a este punto de vista, el niño rebelde es también, en parte, el padre autoritario; el santo es, en parte, pecador; el comunista resulta ser capitalista; el blanco sureño es, psicológicamente, negro... cuanto más íntimo es el contacto a lo largo del tiempo, tanto mayor resulta la tendencia de los patrones a coincidir (pág. 376). Por tanto, la psicopatología que se intercolecta en un nivel inconsciente es un fenómeno que nos ha acompañado durante largo tiempo, pero el reconocimiento científico del mismo ha sido sólo periférico, hasta que hizo su aparición la psicoterapia de la pareja y de la familia. Causa extrañeza que la mayor parte de las investigaciones de la ciencia de la conducta se haya ocupado de la conducta consciente, de proceso

secundario, orientada hacia la realidad, y que se hayan llevado a cabo tan pocos esfuerzos para estudiar sistemáticamente el inconsciente y la relación entre los niveles de conciencia. Esto puede explicar la trivialidad de la mayoría de las variables elegidas en los estudios que llenan nuestras revistas.

Por último, diré algo acerca del futuro de la investigación familiar del tipo que hemos venido comentando en este capítulo. Tal como el campo del grupo pequeño recorrió sus etapas de especulativa, de búsqueda empírica de datos y comprobación de hipótesis, enriqueciendo la retroalimentación de cada etapa a la siguiente, el estudio transaccional de las familias probablemente tendrá que sufrir sus propios trastornos de crecimiento y madurez. Todo este campo de actividad se encuentra aún en su infancia; se están llevando a cabo muchas investigaciones amplias y observaciones intuitivas, como las que representan los pensadores que han escrito este volumen. Probablemente no tardaremos en ver una plétora de datos de toda clase, reunidos con algunas técnicas y métodos adecuados para la disciplina del grupo pequeño, aunque otros se crearán ex profeso para hacer frente a los problemas singulares de este nuevo campo. Emocionantes descubrimientos aguardan al investigador familiar. Sin embargo, la reunión de datos y la teorización no deberían ir cada una por su lado; confiemos en que no habremos de ser nuevamente testigos del espectáculo del psicoanálisis y la psicología académica, que perdieron contacto el uno con la otra al tratar los mismos fenómenos. Ojalá podamos eludir el amontonamiento de datos simplistas y la medición precisa que no toma en cuenta la significación de lo que está siendo medido. Indudablemente, el observador debe estar a tono, sensiblemente, con las fuerzas emocionales del proceso familiar, y no debe permitir que lo asfixien las trivialidades que simplemente distraen y extravían. Podríamos llegar al extremo de decir que se necesitan varas de medir que sean flexibles, y nos den unidades fenomenológicamente dinámicas.

El área del estudio de la familia, en el sentido que se le ha dado en este capítulo, tendrá que dividirse en campos desarrollados de manera más significativa y lógica, a partir del conocimiento íntimo del grupo familiar, y no, pongamos por caso, del estudio del liderazgo, la toma de decisiones, la relación status-poder, la cohesión del grupo y otros temas que han sido tomados en préstamo a la disciplina del grupo pequeño. A medida que nuestro conocimiento de la dinámica familiar vaya siendo más sutil y complejo, observaremos una disminución en el número de intentos de investigación de pseudoproblemas, como el de si la madre es más dominante que el padre y el de cuál es el miembro más enfermo de la familia. El caso es que, quienes practicamos el tratamiento familiar, nos hemos percatado de la existencia de otro nivel en la familia, que hasta

ahora casi no ha sido tocado por la investigación científica, porque nunca antes se habían creado las condiciones y la clase de microscopio bajo el cual pudiera revelarse, a saber, el aspecto de sistema que tiene la familia. El estudio de dicho sistema extraordinariamente intrincado, al cual cada miembro de la familia hace su aportación a niveles múltiples, y en que cada quien tiene cifrado algo que posee importancia vital para él, representa, según entiende el autor, la meta última del estudio de la dinámica familiar. El sistema familiar posee una estructura propia, en gran parte "clandestina" e inconsciente; tiene sus propios mitos, rituales, reglas e influencias poderosas. El sistema subsiste aun cuando una persona lo abandone, absorbe y adapta a él todo lo que (o a quien) entra en contacto con él; la influencia de la comunidad o la clase social en este sistema, es menor de la que nos imaginábamos. El sistema cambia muy lentamente o no varía. En el estudio del sistema familiar hay que hacer hincapié en las totalidades transaccionales, más que en un conjunto de acontecimientos individuales.

Una de las interrogantes que más urge responder, es la que se presenta en la investigación: ¿si la observación afecta la espontaneidad y libertad de las conductas, cómo podemos conocer realmente a la familia en su estado natural? En última instancia, para captar las variables realmente significativas de la vida familiar y determinar y manipular todas las condiciones, el investigador debería ejercer la clase de control de vida y muerte sobre la familia, con que cuenta un experimentador al realizar algunas clases de investigación en animales o fisiológicas (por ejemplo, sería preciso grabar las conversaciones y filmar las acciones de las familias, en sus hogares, sin que lo supiesen, lo cual evidentemente sería poco ético).

Con todo, la situación de tratamiento familiar representa la máxima aproximación posible a este estado teóricamente ideal, en la cual, por cierto, la familia llega a entender que los terapeutas poseen un gran poder sobre ella; en el transcurso del desarrollo de los sentimientos de transferencia, nos revelan más de lo que son realmente. Así pues, se deduce que las variables experimentales significativas de la dinámica familiar surgirán espontáneamente, mientras se observa la interacción a largo plazo entre los miembros de la familia, y que para ello se requieren técnicas terapéuticas especiales; en pocas palabras, el tratamiento familiar extenso es el medio sine qua non, para estudiar la dinámica familiar. N1'eakland (1962) ha presentado algunas ideas en este sentido, en el artículo intitulado "Family Therapy as a Research Arena". Para utilizar la situación de tratamiento familiar con el objeto de llegar a comprender la dinámica familiar, será necesario, por supuesto, determinar el efecto de los terapeutas sobre lo que uno aprende acerca de la familia.

Es verdad que las familias llamadas normales, por lo común no permitirán el acceso a su intimidad (al sistema), a menos que algún síntoma, como la enfermedad mental o la delincuencia, en un miembro, que trastorne el sistema familiar, los obligue a solicitar ayuda. La investigación de familias exentas de síntomas, en una serie de sesiones exploratorias, que traten las crisis normales a las que toda familia tiene que enfrentarse, es un proyecto de investigación que valdrá la pena llevar a cabo. Además, el tratamiento familiar nos ofrece oportunidades para examinar muchos problemas que hasta ahora no han podido someterse a estudio. Por ejemplo, al observar a una familia durante un prolongado tiempo, se nos ofrece la oportunidad sin paralelo de observar, de primera mano, parte del proceso que forma la personalidad de los vástagos. Una de las mejores fuentes previas, la de la psicoterapia individual o la del psicoanálisis, ha tenido que valerse de reconstrucciones a partir de las memorias o fantasías del paciente. Es verdad que estas últimas poseen una realidad psíquica que hace que se presten al tratamiento individual, pero en realidad, la ciencia se interesa en el desarrollo real de los acontecimientos. La evaluación del aspecto de tratamiento de la terapia familiar, tanto desde el punto de vista del proceso como de los resultados, tal vez sea prematura en esta etapa.

Todo el que se disponga a realizar una investigación de la dinámica familiar deberá familiarizarse con la bibliografía del tratamiento de la familia y observar a ésta en la excepcional situación de tratamiento. De lo contrario, pasaremos por alto una dimensión por demás importante de la familia. La ejecución de la terapia familiar nos ha ayudado a percatarnos de algunos parámetros familiares que no sabíamos que existiesen.

A todo aquel que haya podido contemplar a las familias bajo el impacto emocional del tratamiento, le será difícil volver a ejecutar la investigación familiar a la manera tradicional. Por vez primera, estará viendo a la familia ahí donde vive emocionalmente, y obtendrá más conocimientos acerca de ella, que los que podría haber conseguido leyendo una colección de libros y artículos; y, también por vez primera, comenzará a formarse un cuadro fiel de las clases de conducta extravagante que se practican tras las puertas cerradas, las cuales sospechamos que, en algún grado y forma, se ponen en práctica en todas las familias. Sea como fuere, no es poca la importancia práctica que tiene el examen sistemático de las corrientes cruzadas más profundas de la vida familiar, el lugar en el que comúnmente se engendra lo mejor y lo peor de lo que hay en el hombre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albee, E. (1962). *Who's afraid of Virginia Wolf?* Obra teatral. Nueva York: Atheneum.
- Arrington, R. E. (1943). Time sampling in studies of social behavior: A critical review of techniques and results with research suggestions. *Psychol. Bull.* 40, 81-124.
- Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. En H. Guetzkow (dir.) *Groups, leadership, and men*. Pittsburgh: Carnegie Press, pags. 177-190.
- Bachove, C. y Zubaly, B. M. (1959). Exploratory study on family interrelationships in a small sample of non-clinic families. Tesis de maestria, Bryn Mawr.
- Back, C. W. (1951). Influence through social communication. *J. abnorm. soc. Psychol.* 46, 9-23.
- Baldwin, A. L. (1949). Effects of home environment on nursing school behavior. *Child Develpm.* 20, 49-62.
- Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis*. Cambridge, Mass.: AddisonWesley.
- Bales, R. F. (195t). Some statistical problems in small group research. *J. Amer. Statist. Ass.* 46, 311-322.
- Bales, R. F. (1958). Task roles and social roles in problem-solving groups. En E. Maccoby, T. Newcomb y E. Hartley (dir.) *Readings in social psychology*. Nueva York: Holt, pags. 437-447.
- Bales, R. F. y Gerbrands, H. (1948). The interaction recorder-an apparatus and check list for sequential content analysis of social interaction. *Hum. Relat.* 1, 456-464.
- Bales, R. F., y Stater, P. E. (1955). Role differentiation in small decisionmaking groups. En T. Parsons y R. F. Bales (dir.) *Family, socialization and interaction process*. Glencoe, Ill.: Free Press, págs. 259-306.
- Bateson, G., Jackson D. D., Haley, J. y Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1, 251-264.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. H. (1963). A note on the double bind, 1962. *Family Process*, 2, 154-161.
- Bavelas, A. (1950). Communication patterns in task-oriented groups. *J. acoust. Soc. Amer.* 22, 725-730.
- Birdwhistell, R. L. (1961). Paralanguage: 25 years after Sapir. En H. W. Brosin (dir.) *Lectures on experimental psychiatry*. Univer. Pittsburgh Press, pags. 43-63.
- Birdwhistell, R. L. (en prensa). Movement R. L. Birdwhistell, H. W. Brosin, C. F. (dir.) *Natural history of an interview*;, 3 Stratton.
- Bishop, B. M. (1951). Mother-child interact•'.on and the social behavior of children. *Psychol. Monogr.* No. 11, 65, 1-34.
- and kinesics. En G. Bateson, Hockett y N. A. McQuown vols. Nueva York: Grune &

- Borgatta, E. F., Cottrell, L. S. y Meyer, H. J. (1956). On the dimensions of group behavior. *Sociomet.* 19, 223-240.
- Bossard, J. H. (1948). *Sociology of child development*. Nueva York: Harper.
- Bowen, M. A. (1960). Family concept of schizophrenia. En D. D. Jackson (dir.) *The etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, págs. 346-372.
- Bowman, C. C. (1956). Research in family dynamics: A criticism and a proposal. *Soc. Forces*, 34, 201-207.
- Burgess, E. (1947). The family and sociological research. *Soc. Forces*, 26.
- Caputo, D. V. (1963). Parents of the schizophrenic. *Family Process*, 2, 339-356.
- Carter, L., Haythorn, W., Meierowitz, B. y Lanzetta, J. (1951a). The relation of categorizations and ratings in the observation of group behavior. *Hum. Relat.* 3, 239-254.
- Carter, L., Haythorn, W., Meierowitz, B. y Lanzetta, J. (1951b). A note on a new technique of interaction recording. *J. abnorm. sac. Psychol.* 46, 258-260.
- Cartwright, D. y Zander, A. (1962). *Group dynamics: Research and theory*. (2^o ed.) Evanston, Ill.: Row, Peterson.
- Champney, H., The measurement of parent behavior. (1941). *Child Developm.* 12, 131-166.
- Chapple, E. D. (1949). The Interaction Chronograph: Its evolution and present application. *Personnel*, 25, 295-307.
- Chapple, E. D. (1953). The standard experimental (stress) interview as used in Interaction Chronograph investigations. *Hum. Organ*, 12, 23-32.
- Chapple, E. D. y Lindemann, E. (1942). Clinical implications of measurements of interaction rates in psychiatric interviews. *Appl. Anthrop.* 1, 1-11.
- Cottrell, L. S. (1942). The analysis of situational fields in social psychology. *Amer. social. Rev.* 7, 370-382.
- Cottrell, L. S. (1948). The present status and future orientation of research on the family. *Amer. social. Rev.* 13, 123-136.
- Coutu, W. (1949). *Emergent human nature*. Nueva York: Knopf.
- Dager, E. Z. (1959). A review of family research in 1958. *Marr. & Liv.* 21, 287-299.
- Dewey, J. y Bentley, A. F. (1949). *Knowing and the known*. Boston: con Hill.
- Drechsler, R. J. y Shapiro, M. I. (1961). A procedure for direct observation of family interaction in a child guidance clinic. *Psychiatry*, 24, 163-170.
- Drechsler, R. J. y Shapiro, M. I. (1963). Two methods of analysis of family diagnostic data. *Family Process*, 2, 367-379.
- Ehrmann, W. (1957). A review of family research in 1956. *Marr. & Fam. Liv.* 19, 279-294.
- Epstein, N. B. y Westley, W. A. (1959). Patterns of intra-familial communication. En D. E. Cameron y M. Greenblatt (dir.) *Psychiatric research reports*, vol. 11, págs. 1-12.
- Fam. Bea
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. Nueva York: Basic Books.

- Farina, A. (1960). Patterns of role dominance and conflict in parents of schizophrenic patients. *J. abnorm. sac. Psychol.* 61, 31-38.
- Farina, A. y Dunham, R. M. (1963). Measurement of family relationships and their effects. *Arch. gen. Psychiat.* 9, 64-73.
- Ferreira, A. J. (1963a). Decision making in normal and pathologic families. *Arch. gen. Psychiat.* 8, 68-73.
- Ferreira, A. J. (1963b). Rejection and expectancy of rejection in families. *Family Process*, 2, 235-244.
- Festinger, L., Pepitone, A. y Newcomb, T. M. (1952). Some consequences of deindividuation in a group. *J. abnorm. sac. Psychol.* 47, 382-389.
- Festinger, L., Schachter, S. y Back, K. W. (1950). *Social pressures in informal groups*. Nueva York: Harper.
- Fisher, S., Boyd, I., Walker, D. y Sheer, D. (1959). Parents of schizophrenics, neurotics, and normals. *Arch. gen. Psychiat.* 1, 149-166.
- Fisher, S. y Mendell, D. (1956). The communication of neurotic patterns over two and three generations. *Psychiatry*, 19, 41-46.
- Fouriez, N. T., Hutt, M. L. y Guetzkow, H. (1950). Measurement of self-oriented needs in discussion groups. *J. abnorm. sac. Psychol.* 45, 682-690.
- Freedman, M. B., Leary, T. F., Ossorio, A. B. y Coffey, H. S. (1951). The interpersonal dimension of personality. *J. Pers.* 20, 143-161.
- French, J. R. P. (1941). The disruption and cohesion of groups. *J. abnorm. sac. Psychol.* 36, 361-377.
- Freud, S. (1957). The unconscious. En: *The complete psychological works of Sigmund Freud*. Standard ed., J. Strachey (dir.), vol. XIV. Londres: Hogarth Press, págs. 166-204. (Originalmente publicado en *Zeitschrift*, Bd. 111, 1915).
- Friedman, A. S. (1962). Family therapy as conducted in the home. *Family Process*, 1, 132-140.
- Garmezy, N., Farina, A. y Rodnick, E. H. (1960). The structured situational test: A method for studying family interaction in schizophrenia. *Amer. J. Orthopsychiat.* 30, 445-452.
- Goffman, E. (1956). *The presentation of self in everyday life*. Edinburgh: Univer. of Edinburgh, Social Sciences Research Centre.
- Goodrich, D. W. y Boomer, D. S. (1963). Experimental assessment of modes of conflict resolution. *Family Process*, 2, 15-24.
- Gross, E. (1956). Symbiosis and consensus as integrative factors in small groups. *Amer. social. Rev.* 21, 174-179.
- Gross, N. y Martin, W. E. (1952). On group cohesiveness. *Amer. J. Social.* 57, 546-553.
- Guetzkow, H. (1950). Unitizing and categorizing problems in coding qualitative data. *J. clin. Psychol.* 6, 47-57.
- Haeberle, A. (1959). Quantification of observational data in various stages of research. *Amer. J. Orthopsychiat.* 29, 583-589.

Haley, J. (1959). The family of the schizophrenic: A model system. *J. nerv. ment. Dis.* 129, 357-374.

Haley, J. (1962). Family experiments: A new type of experimentation. *Family Process*, 1, 265-293.

Hare, A. P. (1962). *Handbook of small group research*. Glencoe, Ill.: Free Press.

Hare, A. P., Borgatta, E. F. y Bales, R. F. (1955). *Small groups: Studies in social interaction*. Nueva York: Knopf.

Hemphill, J. K. y Westie, C. M. (1950). The measurement of group dimensions. *J. Psychol.* 29, 325-342.

Henry, J. (1951). Family structure and the transmission of neurotic behavior. *Amer. J. Orthopsychiat.* 21, 800-818.

Henry, J. y Warson, C. (1951). Family structure and psychic development. *Amer. J. Orthopsychiat.* 21, 59-73.

Heyns, R. W. y Lippitt, R. (1954). Systematic observational En G. Lindzey (dir.) *Handbook of social psychology*, Mass.: Addison-Wesley, pigs. 370-404.

Hill, L. (1955). *Psychotherapeutic Univer.* of Chicago Press.

Hill, R. (1951). Review of current *Amer. sociol. Rev.* 16, 694-701. Hill, R. (1958). *Sociology of marriage Current sociol.* 7, 1-33.

Hill, R., Foote, N., Mangus, H. R., Polak, O. y Leslie, G. progress in research. *Marr. & Fain. Liv.* 19, 59-108.

Hill, R. y Hansen, D. A. (1960). The identification of conceptual frameworks utilized in family study. *Marr. & Fam. Liv.* 22, 299-311. Hoffman, L. W. y Lippitt, R. (1960). The measurement of family life variables. En P. Musson (dir.) *Handbook of research methods in child development*. Nueva York: Wiley, pigs. 945-1013.

Jackson, D. D. (1959). Family interaction, family homeostasis, and some implications for conjoint family psychotherapy. En J. Masserman (dir.) *Science and psych oanalysis*, vol. 2. Individual and familial dynamics. Nueva York: Grune & Stratton.

Janisen, L. T. (1952). Measuring family solidarity. *Amer. sociol. Rev.* 17, 757-733.

Joel, 'W. y Shapiro, D. (1949). A genotypical approach to the analysis of personal interaction. *J. Psychol.* 48, 9-17.

Johnson, A. M, y Szurek, S. A. (1952). The genesis of anti-social attiring out in children and adults. *Psychiat. Quart.* 21, 323-343.

Kelley, H. H. (1951). Communication in experimentally-created hier-archies. *Hum. Relat.* 4, 39-56.

Kenkel, W. F. y Hoffman, D. K. (1956). Real and conceived roles in family decision making. *Marr. & Fam. Liv.* 18, 311-316.

Killian, L. M. (1952). The significance of multiple-group membership in disaster. *Amer. J. Sociol.* 57, 309-314.

techniques. vol. 1. Cambridge,
intervention in schizophrenia. Chicago: research on marriage and the family. and family behavior, 1945-1956. (1957). Appraising

- Leary, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. Nueva York: Ronald Press.
- Leavitt, H. J. (1951). Some effects of certain communication patterns on group performance. *J. abnorm. sot. Psychol.* 46, 38-50.
- Levinger, G. (1959). The assessment of family relationships: A progress report. Western Reserve Univer., Cleveland, Ohio (mimeografiado). Levinger, G. (1963). Supplementary methods in family research. *Family Process*, 2, 357-366.
- Lippitt, R. y Zander, A. (1943). Observation and interview methods for the Leadership Training Study. Nueva York: Boy Scouts of America (mimeografiado).
- Loveland, N. T., Wynne, L. C. y Singer, M. T. (1963). The family Rorschach: A new method for studying family interaction. *Family Process*, 2, 187-215.
- Mangus, A. R. (1958). Discussion of paper presented by James Titchener. En B. Pasamaniek y P. H. Knapp (dir.) *Psychiatric research reports*, vol. 10, pags. 89-99.
- March, J. G. (1953). Husband-wife interaction over political issues. *Publ. Opin. Quart.* 17, 461-470.
- Mills, T. M. (1953). Power relations in three-person groups. *Amer. sociol. Rev.* 18, 351-357.
- Mills, T. M. (1954). The coalition pattern in three person groups. *Amer. sociol. Rev.* 19, 657-667.
- Mitchell, H. E. (1961). Application of the Leary technique to family units: Illustrative cases. Conference on Psychotherapy and the family. Temple Univer. Dept. of Psychiatry, 30 de marzo.
- Mitchell, H. E. (1963). Application of the Kaiser method to marital pairs. *Family Process*, 2, 265-279.
- Moutakas, C. E., Sigel, I. E. y Schalock, H. D. (1956). An objective method for the measurement and analysis of child-adult interaction. *Child Develpm.* 27, 109-134.
- Nimkoff, M. F. (1948). Trends in family research. *Amer. J. Sociol.* 53, 477-482.
- Nizer, L. (1961). *My life in court*. Nueva York: Doubleday, pags. 155-157.
- Nye, F. I. y Bayer, A. E. (1963). Some recent trends in family research. *Soc. Forces*, 41, 290-301.
- Orne, M. T. (1962). On the social psychology of the psychology experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *Amer. Psychologist*, 17, 776-783.
- Osgood, C. E., Suci, G. J. y Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: Univer. of Illinois Press.
- Parloff, M. B. (1961). The family in psychotherapy. *Arch. gen. Psychiat.* 4, 445-451.
- Parsons, T. (1955). Family structure and the socialization of the child. En T. Parsons y R. F. Bales (dir.) *Family, socialization and interaction process*. Glencoe, Ill.: Free Press, pags. 35-131.
- Phillips, L., Kaden, S. y Waldman, M. (1959). Rorschach indices of developmental level. *J. genet. Psychol.* 94, 267-285.

Rodnick, E. H. y Garnezy, N. (1957). An experimental approach to the study of motivation in schizophrenia. En M. R. Jones (dir.) Nebraska symposium on motivation. Lincoln: Univer. of Nebraska Press, pags. 109-184.

Roman, M. y Bauman, G. (1960). Interaction testing: A technique for the psychological evaluation of small groups. En M. Harrower, P. Vorhaus, M. Roman y G. Bauman (dir.) Creative variations in the projective techniques. Springfield, Ill.: Thomas, pags. 93-108.

Roseborough, M. E. (1953). Experimental studies of small groups. *Psychol. Bull.* 50, 275-303.

Rosenthal, D. y Cofer, C. N. (1948). The effect on group performance of an indifferent and neglectful attitude shown by one group member. *J. exp. Psychol.* 38, 568-577.

Ruesch, J., Block, J. y Bennett, L. (1953). The assessment of communication I: A method on the analysis of communications. *J. Psychol.* 35, 59-80. Schaffer, L., Wynne, L. C., Day, J., Ryckoff, I. M. y Halperin, A. (1962). On the nature and sources of the psychiatrists' experience with the family of the schizophrenic. *Psychiatry*, 25, 32-45.

Scheflen, A. E. (1963). Communication and regulation in psychotherapy. *Psychiatry*, 26, 126-136.

Scheflen, A. E., English, O. S., Hampe, W., y Auerbach, A. (en prensa). Analysis of psychotherapy: Whitaker and Malone.

Schmideberg, M. (1948). Parents as children. *Psychiat. Quart.* 22, 207-218. Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy-an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *Brit. J. med. Psychol.* 32, 1-18.

Sherif, M. y Cantril, H. (1947). The psychology of ego-involvements. Nueva York: Wiley.

Sohler, D., Holzberg, J. D., Fleck, S., Cornelison, A. R., Kay, E. y Lidz, T. (1957). The prediction of family interaction from a battery of projective techniques. *J. proj. Tech.* 21, 199-208.

Spiegel, J. P. (1957). The resolution of role conflict within the family. *Psychiatry*, 20, 1-16.

Steinzor, B. (1949). The development and evaluation of a measure of social interaction. *Hum. Relat.* 2, 103-122.

Strodtbeck, F. L. (1951). Husband-wife interaction over revealed differences. *Amer. sociol. Rev.* 16, 468-473.

Strodtbeck, F. L. (1954). The family as a three-person group. *Amer. sociol. Rev.* 19, 23-29.

Strodtbeck, F. L. (1958). Family interaction, values, and achievement. En D. C. McClelland, A. L. Baldwin, U. Bronfenbrenner y F. L. Strodtbeck (dir.) Talent and society. Nueva York. Van Nostrand, pag. 135. Strodtbeck, F. L. y Hare, A. P. (1954). Bibliography of small group research: From 1900 through 1953. *Sociomet.* 17, 107-178.

- Sullivan, H. S. (1947). Conceptions of modern psychiatry. Washington, D. C.: William Alanson White Psychiat. Found.
- Swanson, G. E. (1951). Some problems of laboratory experiments with small populations. *Amer. sociol. Rev.* 16, 349-357.
- Thelan, H. A. y Withall, J. (1949). Three frames of reference: The description of climate. *Hum. Relat.* 2, 159-176.
- Titchener, J. y Emerson, R. (1958). Some methods for the study of family interaction in personality development. En B. Pasamanick y P. H. Knapp (dir.) *Psychiatric research reports*, vol. 10, pags. 72-88.
- Titchener, J., D'Zmura, T., Golden, M. y Emerson, R. (1963). Family transaction and derivation of individuality. *Family Process*, 2, 95-119.
- Vidich, A. J. (1956). Methodological problems in the observation of husbandwife interaction. *Marr. & Fam. Liv.* 18, 234-239.
- Walters, J. (1962). A review of family research in 1959, 1960, and 1961. *Marr. & Fam. Liv.* 24, 158-178.
- Waltzlawick, P. (1963a). A structured family interview. Palo Alto Medical Research Foundation, Palo Alto, California (mimeografiado).
- Waltzlawick, P. (1963b). A review of the double bind theory. *Family Process*, 2, 132-153.
- Weakland, J. H. (1960). The "double-bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. En D. D. Jackson (dir.) *The etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, pags. 373-388.
- Weakland, J. H. (1962). Family therapy as a research arena. *Family Process*, 1, 63-68.
- Wynne, L. C. (1961). The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. En N. W. Ackerman, F. L. Beatman y S. N. Sherman (dir.) *Exploring the base for family therapy*. Nueva York: Fam. Serv. Ass. of Amer., pags. 95-115.
- Wynne, L. C., Rickoff, I. M., Day, J. y Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- Wynne, L. C. y Singer, M. T. (1963). Thought disorder and the family relations of schizophrenics: I. A research strategy. *Arch. gen. Psychiat.* 9, 191-198.
- IL

Cap. 12 LAS CONTRIBUCIONES DEL TRATAMIENTO FAMILIAR A LA PSICOTERAPIA DE LA ESQUIZOFRENIA

HAROLD F. SEARLES

Procesos intrapsíquicos y procesos interpersonales en la psicoterapia, 526.

Sentimientos positivos, 542.

Pérdida o amenaza de pérdida de membrecía en la familia, 545.

Contratransferencia, 547.

Observaciones finales, 553.

Referencias bibliográficas, 557.

LOS MÉRITOS QUE POSEO PARA ESCRIBIR sobre este tema son, en algunos aspectos, ciertamente escasos: he participado únicamente en cuarenta sesiones de terapia familiar, aproximadamente. Pero tuve el privilegio de trabajar como consultor, a lo largo de un periodo de más de dos años, para un grupo de investigación dedicado a terapia familiar en el National Institute of Mental Health. Al doctor Lyman C. Wynne, director del programa, le debo esta experiencia, y le agradezco la excepcional oportunidad de participar de manera real en esta forma de tratamiento que me brindó. Los 14 años de experiencia en materia de terapia individual para pacientes esquizofrénicos, en Chestnut Lodge, inevitablemente han dado lugar a un número considerable de contactos directos e indirectos con familias, mismas que, en los casos de varias familias, se prolongaron a diez o más años, por lo que debo haber tenido razones para interesarme en las potencialidades, así como en las dificultades de la terapia familiar. Un periodo de doce años de experiencia en psicoterapia de grupo, en la clínica para pacientes externos de la Administración de Veteranos, antes de mi llegada al Lod-

ge, me ayudó pronto a ver un poquito más allá del marco diádico de referencia.

Pero la razón primordial de la temeridad que representa la presentación de mis pensamientos acerca de este tema, nace de mi convicción de que es este un importante campo nuevo, que todavía no ha probado la gran mayoría de mis colegas dedicados a la terapia individual y en el cual las personas que pueden considerarse a sí mismas como autoridades verdaderamente experimentadas son en verdad muy pocas.

Debido en parte, creo yo, al contexto diádico de nuestros análisis de entrenamiento, hemos tardado en reconocer la importancia que tiene el marco de referencia que constituye la familia para el psicoanálisis y la psicoterapia. Fue para mí una sorpresa, mientras trabajaba en mi primer caso supervisado, descubrir que durante una breve parte de nuestra hora de análisis, el paciente neurótico reaccionaba ante mí, no como si fuese una sola figura de transferencia, sino más bien como si fuese simultáneamente ambos padres; como si fuese, completamente, su padre y su madre practicando el amor sexual el uno con el otro. Más tarde descubrí la descripción de este preciso fenómeno en la bibliografía psicoanalítica;¹ pero tales formas del fenómeno de transferencia de más de una persona, tales clases de transferencia familiar, rara vez se encuentran en la bibliografía del psicoanálisis. Un poco más tarde, descubrí que una mujer inicialmente catatónica había llegado a manifestar, en su transferencia para conmigo, una suerte de sentimiento "familiar" de impotencia común, una convicción de que no existía una figura fuerte en toda la familia, y un sentimiento de impotente espera de que apareciese en la escena familiar alguna persona fuerte (es decir, en la transferencia que apareciese en la sesión analítica). Esto poseía una cualidad claramente diferente de la clase de impotencia mutua de dos personas, con la que uno se encuentra tan frecuentemente.

Cuando mi padre murió, hace diez años, muchas personas cuyas vidas había enriquecido, en la aldea de los Catskill donde había pasado su vida desde su nacimiento, acudieron a ofrecernos consuelo a mi madre, a mi hermana y a mí, y a compartir con nosotros su propio sentimiento de pérdida. Pero una mujer tocó una cuestión que ninguno de los demás, por profundos y auténticos que fuesen sus sentimientos, había tocado: dijo una sola y sencilla oración, acerca de la pérdida especial que constituye el hecho de que, por vez primera, una familia pierda a uno de sus miembros. Esto reveló para mí una suerte de sentimiento orientado a la familia, el cual, por sencillo y obvio que pueda parecer, no había sido evocado ni por los demás visitantes, ni en los varios años de mi análisis personal casi terminado, en el transcurso del cual se habían hecho explo-

¹ *Este estudio fue realizado mediante un subsidio que la Fundación Ford otorgó al Chestnut Lodge Research Institute. No he podido volver a encontrar esta referencia.*

raciones detalladas, pormenorizadamente, de mis sentimientos por cada uno de los miembros de la familia de mis padres.

En años recientes, mientras trabajaba en los comités encargados de diversas cuestiones en la sociedad y el instituto psicoanalíticos locales, me he preguntado, por supuesto, cuántos de nuestros problemas característicos nacen del acting out de conflictos neuróticos por parte de diversos estudiantes y miembros de la sociedad, conflictos que han escapado, o están escapando a su solución en sus respectivos análisis de entrenamiento; después de haber comenzado a pensar intensamente en el tema de este artículo, me he llegado a preguntar si el estudiante problema, por ejemplo, está desplazando simplemente hacia el maestro del grupo algún sentimiento negativo que tiene que ser experimentado respecto de su analista de entrenamiento o si, más bien, estas situaciones problema no surgen, en parte, debido a que por tradición se acepta que la relación que establece el análisis de entrenamiento es, no sólo en la realidad, sino también a un nivel de fantasía, un marco diádico de referencia, al que varios de los conflictos orientados hacia la familia de quien está siendo analizado buscan, para su expresión; es decir, una escena, como lo pueden ser la sesión del aula donde se enseña análisis o la reunión de la sociedad o del comité analíticos, que en realidad resultan más semejantes al ambiente familiar en el cual tuvo su origen ese conflicto en particular.

Aproximadamente la primera mitad de este artículo se consagrará a un tema que, como trataré de demostrar, posee importancia fundamental para la terapia familiar del esquizofrénico: la distinción entre procesos predominantemente intrapsíquicos y aquellos predominantemente interpersonales. En el resto del artículo me ocuparé de diversas manifestaciones de sentimientos positivos en el trasfondo de la familia y durante la interacción de la terapia familiar, y también trataré varios fenómenos de contratransferencia.

PROCESOS INTRAPSÍQUICOS Y PROCESOS INTERPERSONALES EN LA PSICOTERAPIA

Cuando trabajé hace 14 años con mi primer paciente psicoanalizado, un hombre obsesivo-compulsivo, fue para mí una sorpresa darme cuenta de que me había convertido, para él, en una personificación de la madre durante su infancia mas de lo que había sido su propia madre biológica, con la cual vivía en la misma comunidad pequeña y con la que interactuaba casi diariamente. Es decir, me sorprendió descubrir que la madre real, como moradora de la realidad exterior, tenía menos importancia para su funcionamiento neurótico que el imago intrapsíquico de la pri

mera madre, o sea, el introyecto de la primera madre, que había sido re proyectado sobre mí en la evolución de la relación de transferencia. Y de otros años, también tempranos, de mi trabajo psicoanalítico, recuerdo vívidamente el alivio que puso de manifiesto un hombre fóbico que desde hacía tiempo se había percatado, en el transcurso del tratamiento, de la furia asesina que sentía contra su padre; cuando me di cuenta se lo señalé; estaba tratando fundamentalmente, no con impulsos de matar a su padre, en su calidad de persona de carne y hueso existente en la realidad exterior, sino más bien con una decisión de deshacerse de una identificación indeseada y neuróticamente paralizadora con su padre,, de destruirla. Desde entonces he contemplado muchas veces la confusión del individuo neurótico, o psicótico, de procesos intrapsíquicos con procesos interpersonales (o, en otras palabras, la confusión de procesos narcisistas con relaciones verdaderas de objetos). Más tarde, en mi propio análisis, el analista (el doctor Ernest E. Hadley) me ayudó a darme cuenta de que la resolución de la transferencia no significa la destrucción del analista mismo.

Y para seguir con lo mismo, diré que se interesaron los dos informes contrastantes que recibí de un viaje de vacaciones realizado por un paranoide al que yo estaba tratando, y que había hecho con un hermano mayor, padre sustituto con el que mi paciente había mantenido una relación simbiótica. La vacación no tardó en verse trastornada por una grave disputa entre los dos hombres, y regresaron sin haber arreglado sus diferencias. A su retorno, el hermano le confió al psiquiatra que había temido que el paciente, presa de la ira, lo fuese a matar. En cambio, el paciente no me expresó que se diese cuenta de haber querido o de querer matar a su hermano, sino que repetidas veces y enfáticamente me dijo: "¡no es mi padre!"; se expresó con resentimiento de que el hermano tratara, predominantemente, de hacer de "padre" con él, y habló de su hermano de tal manera, que de hecho se veía con toda claridad que el paciente, psicológicamente había expulsado totalmente a su hermano de la familia. Con anterioridad, el paciente había tenido una experiencia simbiótica con toda la familia de sus padres, tal que cuando, por ejemplo, le pregunté si no se sentía quizá muy enojado con los demás miembros de su familia, mostró asombro auténtico y respondió: "no, ¿por qué, doctor Searles? No estoy enojado con ellos; ¡es mi familia!", como si el estar encolerizado con la propia familia fuese algo inherentemente imposible, como si la mano derecha pudiera reaccionar independientemente de uno mismo. En pocas palabras, consideré que había venido ocurriendo, durante ese viaje de vacaciones, un proceso de individualización largamente aplazado por parte del paciente (y supondría yo,

hasta cierto punto digno de consideración, que también por parte del hermano patentemente menos enfermo), un proceso de resolución de su anterior simbiosis, un acontecimiento en el cual ninguno de los dos participantes podía ver claramente, a la vez, las dimensiones homicidas (es decir, interpersonales) y de individualización (esto es, intrapsíquicas). En mi trabajo subsiguiente con el paciente, en las etapas sucesivas de su individualización, periódicamente descubrí su miedo de que yo fuese destruido por la separación cada vez más profunda entre nosotros.

No es raro descubrir en los padres de una persona esquizofrénica testimonios semejantes del miedo que él o ella tienen, de que su funcionamiento como individuos frente al paciente pueda significar la muerte de este último. Por ejemplo, una madre me describió la razón por la cual había conservado durante varios años más de lo que había querido, a una niñera excesivamente indulgente con su hijo, que ahora estaba esquizofrénico: dijo que en cierta ocasión, la niñera le había contado que mientras caminaba por la calle llevando de una mano al paciente y al hermano mayor de la otra mano, el paciente se había soltado de pronto de la enfermera y se había lanzado a la calle. Un poco más tarde, en la misma entrevista la madre estuvo describiendo el sentimiento de impotencia que le impedía decidirse a decirle las verdades a su hijo, el cual, como vi claramente (gracias en parte, por supuesto, a mi experiencia de primera mano con el paciente), reforzaba de manera característica sus demandas regresivas a la madre y a otras personas, con amenazas implícitas de suicidio. Cuando me propuse descubrir por qué seguía sintiendo la necesidad de que yo le prescribiese qué debía decirle a su hijo, la madre me explicó: "si digo algo equivocado, Memo podría hacer algo". La vaguedad de esta expresión y el temor que se descubría en su tono, hicieron que no me quedase la menor duda de que tenía miedo crónico a comportarse con entera franqueza con su hijo; no fuese a ser que éste se suicidase. En muchas ocasiones, aparte de ésta, descubrí abundantes testimonios de que la madre estaba luchando con sentimientos homicidas reprimidos, respecto del paciente; pero lo que quiero señalar aquí, sobre todo, es la disposición que tenía ella a suponer que si se permitía a sí misma el revelar a ese hijo el grado de daño, cólera y auténtica preocupación que sentía respecto de él, y que era capaz de expresar con relativa libertad a mí, el hijo sería destruido de alguna manera. Además, era evidente que él había explotado sus temores a este respecto, imponiéndole a ella satisfacciones infantiles, en su relación fundamentalmente simbiótica y en un grado que había venido estorbando durante mucho tiempo, su propia maduración.

En varios pacientes casados que querían divorciarse, he observado que la decisión del paciente de "conseguir separarse" del cónyuge consistía fundamentalmente en un anhelo, largo tiempo no reconocido como tal por el paciente, de alcanzar una separación a un nivel intrapsíquico, de alcanzar una auténtica individualización frente a una esposa o un esposo con los cuales mantenía un modo simbiótico de

relación. En tales casos, el cónyuge había respondido no predominantemente a la otra persona real, sino más bien a una personificación de los aspectos parciales inaceptables, proyectados, del yo del paciente o, como podría decirse, a la personificación de las imágenes de sí mismo reprimidas. Así pues, el paciente tiene una necesidad, por poco que la haya reconocido como tal, de alcanzar una separación entre aquellos aspectos de sí mismo reprimidos y proyectados, por una parte, y el cónyuge como persona real y separada, por otro lado. El logro de una "separación" a este nivel es esencial, tanto para él mismo se convierta en un individuo integrado y completo, como para la realización de una sana relacionalidad de objeto en su matrimonio. Bien puede ser que muchos casos de separación matrimonial o divorcio tengan lugar con fundamento en tal esfuerzo no formulado, inconsciente, en pro de la individualización, que fracasa porque no se contempla bajo su verdadero sentido y conduce simplemente, en cambio, a un matrimonio subsiguiente, y reconocidamente simbiótico, en el cual se reacciona ante el nuevo cónyuge de manera semejante, considerándola no como una persona real, sino la personificación de aspectos inadmisibles del yo. En un artículo anterior (Searles, 1951), he conjeturado que algunos casos de asesinato pueden representar, de manera semejante, un esfuerzo abortado y no reconocido en pro de la individualización.

Supongo que no hay relación entre personas en las que las verdaderas relaciones de objeto prevalezcan con exclusión de cualesquier ingredientes de proyección (e introyección), ni relación tan simbiótica (muy dominada por la proyección y la introyección) en la que no se haya llevado a cabo ningún incremento de la relacionalidad de objeto real. Estos ejemplos clínicos tienen como mira señalar la distinción entre aquellas relaciones que se mantienen predominantemente sobre una base en verdad interpersonal, y aquellas que se mantienen predominantemente sobre una base simbiótica (proyectiva e introyectiva).

Estas consideraciones vienen al caso del inicio de la psicosis esquizofrénica, el cual, como he indicado en otra parte (Searles, 1961b), parecen presentarse típicamente en el marco de la ruptura de una relación simbiótica sustentadora de la identidad con un padre o una figura paterna o materna. De tal modo, el paciente se enfrenta de pronto al aplastante descubrimiento de que el padre ha estado reaccionando ante él, no de manera fundamental como lo haría ante una persona por derecho propio, sino como ante una extensión del mismo padre. Un paciente lo

expresó diciendo que se acababa de dar cuenta de que "las personas sólo se interesan en sí mismas". Parfraseando estos comentarios y otros análogos que he oído, diré que el paciente que hasta entonces había sentido que ocupaba el centro de las preocupaciones del padre o la madre, de pronto se enfrenta con la aplastante evidencia de que el padre o la madre están absortos en sí mismos, que no se dan cuenta de que el hijo o la hija existen como individuos aparte. De tal manera, en "él" que ha sido paciente, deja de existir también en su experiencia subjetiva (puesto que su sentido de la identidad ha estado hasta tal punto ligado con la simbiosis con el padre o la madre, ahora interrumpida) y entonces sobreviene una experiencia esquizofrénica de sí mismo y el mundo (indiferenciada, hecha un lío y deformada de otras maneras que no tiene caso mencionar aquí), de la cual nacerá con el tiempo, si llega a convertirse en una persona nueva y sana, un nuevo sentido de la identidad.

En relación de terapia individual, a menudo es difícil descubrir esta distinción entre los procesos intrapsíquicos y los interpersonales. Por ejemplo, durante una sesión con un hombre paranoide, estuve escuchando su descripción de un programa de TV en el cual Bob Hope, con el guión de la comedia en la mano, había tenido como invitado a un sargento del ejército que aspiraba a ser comediante. El paciente dio a entender claramente que Hope había reaccionado competitivamente con el sargento, y describió cómo, cuando éste le había pedido a Hope parte del guión para que pudiese mostrar su propia habilidad como comediante, Hope había cortado un trocito de una hoja tan sólo y se lo había dado. El paciente relacionó espontáneamente esto con nuestro trato, me asemejó a Hope y dijo, en tono de súplica: "deme una oportunidad, doctor Searles." Había yo reunido desde hacía mucho tiempo pruebas más que suficientes de su competitividad conmigo, y mi primera reacción fue pensar que esto consistía en una súplica para que le diese una buena oportunidad en la competencia conmigo. Pero luego me di cuenta de que el anhelo que venía más al caso y que se estaba poniendo de manifiesto ahora, consistía en su necesidad y deseo de identificarse conmigo, tal como vi retrospectivamente (a pesar de su énfasis, no reproducido aquí en detalle, sobre los rasgos competitivos de la relación entre las dos personas del programa de televisión), el que aspiraba a ser comediante tuvo que haber sentido deseos enormes de identificarse con el famoso Bob Hope.

En innumerables ocasiones, tanto en mi trabajo como supervisor como en mis propias sesiones terapéuticas con pacientes, he visto que el sujeto se defiende de anhelos fundamentalmente identificativos mediante anhelos competitivos que, creo yo, son más cómodos tanto para el terapeuta como para el paciente, que las tempranas necesidades identificativas forjadoras

del ego, cuya satisfacción es esencial para una sana relacionalidad de objeto, sin exceptuar una sana capacidad para competir de manera adecuada con los demás. Y de igual manera, he llegado a advertir que apetitos de caníbal hondamente reprimidos, de los que el paciente esquizofrénico se da cuenta tan sólo después de una prolongada terapia, en la mayoría de los casos, expresen de manera fundamental, no una destructividad verdaderamente interpersonal, sino más bien necesidades de identificación primitivas, pero sanas.

La cualidad tangiblemente real de los introyectos en la experiencia subjetiva del paciente esquizofrénico (tanto si se experimenta como algo que ocurre dentro de los confines de su propio cuerpo o bien en forma re proyectada, como atributos del mundo exterior) es un descubrimiento que a menudo sorprende al terapeuta. No se puede trabajar largamente en este campo sin percatarse del gran servicio prestado por Melanie Klein (1932, 1955) y los de su escuela (independientemente de la validez o falta de ésta de algunos de los aspectos de la teoría de Klein), al poner de relieve la significación de tales objetos intemalizados para el funcionamiento de la personalidad psicótica. Por ejemplo, hace varios años, de pronto me di cuenta de que el miedo a la violación que experimenta la mujer esquizofrénica no es fundamentalmente un miedo a que la viole un hombre, sino más bien a que la viole una figura-madre fálica -alguna mujer que ande por ahí y ante la cual reacciona como si poseyese un pene muy real y aterrador-, la proyección del pene, que a un nivel inconsciente ella misma posee, sobre la base de una identificación con la madre que durante la crianza de la hija, de diversas maneras expresó, mediante acting outs, su convicción inconsciente de que ella (la madre) poseía tal pene. Es sorprendente también, a menudo, el sentido de literalidad biológica con que la paciente entiende que el terapeuta masculino tiene senos y vagina. Además, dos de mis seis pacientes esquizofrénicos expresan actualmente su experiencia tanto de su propio cuerpo como del mío, como si estuviesen poblados por una miríada de personas, expresándolo de manera tal que no deja dudas acerca de que no perciben y conceptualizan esto como un fenómeno figurativo o simbólico, sino como algo tangiblemente concreto. Una mujer experimenta a estas "personas" (una cambiante multitud de figuras de los años más recientes y los pasados, con las cuales a menudo se identifica con gran convicción), como si estuviesen confinadas en su hombro o en su pierna, o como si se mantuviesen fastidiosamente activas dentro de su cabeza, inmediatamente encima de sus ojos. O bien, como si una de ellas estuviese luchando por escapar precisamente por debajo de uno de sus omóplatos, etc.

El grado en que el paciente esquizofrénico posee una familia introyectada, antes de que nos lo envíen para, tratamiento, se advierte a veces

en su capacidad de re proyectar con bastante rapidez tales miembros familiares internalizados (y sin duda, muy deformados) sobre un conjunto de personas reales, con las que tiene que relacionarse en la sala del hospital, de manera que el medio familiar de su infancia y las interacciones familiares típicas se reproducen con tal fidelidad en el detalle, que a veces resulta notable.' De manera semejante, en el paciente más gravemente enfermo aún, en el que es menos capaz de formar relaciones de objeto y, por consiguiente, menos capaz de vaciar inconscientemente su mundo interpersonal actual, de la sala, en el crisol de la familia de la infancia, descubre uno a veces hasta qué punto sorprendente una familia alucinada le sirve para perpetuar el ambiente familiar de su familia de la infancia, tal como (deformadamente, sin duda) percibió a esa familia. Así pues, mientras que en el caso de la primera clase de paciente, el personal de la sala puede descubrir muy fácilmente que el paciente percibe a uno de ellos como a su madre, a otro como a su padre, a otro más como a una hermana y finalmente a otro como a la prima Juanita, en el caso del paciente a quien nos referimos en último lugar, el terapeuta se da cuenta con claridad de que aquél experimenta perdurablemente a su madre como si estuviese en el techo y a su padre como si estuviese en el radiador. O, en algunos casos, no existe una "encarnación" estructural de las alucinaciones que el terapeuta pueda apreciar con alguna consistencia.

He comentado este tema con tanto pormenor porque tiene significación esencial para la terapia familiar de la esquizofrenia y, sin embargo, es muy fácil no advertir tal significación en ese mismo ambiente. Por ejemplo, cuando el paciente esquizofrénico reacciona ante su madre, en el ambiente familiar, como si estuviese ante una persona fría y que lo priva de todo, y ante su padre como si fuese maternalmente afectuoso, pero sexualmente provocativo, es demasiado fácil para nosotros, los observadores, convencernos de que el paciente está respondiendo de manera realista a los padres como personas verdaderas, pues podemos ver que poseen tales cualidades; además, sabemos que estas personas han cumplido una función por demás instrumental en el desarrollo, durante la infancia, de los rasgos de carácter que el paciente está poniendo de manifiesto. Hablando comparativamente, rara vez las reacciones del paciente son lo suficientemente deformadas, inoportunas o fuera de tono, como para revelar que su problema central_ estriba, no en la madre y el padre

2 *En el artículo que escribí en 1959, intitulado "Integration and Differentiation in Schizophrenia An Over-All View", presenté algunas de mis observaciones acerca de este punto; y poco antes de que esta obra se enviase a la imprenta, descubrí que Boszormenyi-Nagy y Framo, en su artículo de 196? intitulado "Family Concept of Hospital Treatment of Schizophrenia", hicieron una exposición por demás interesante de conceptos semejantes, a los que también ellos habían llegado.*

reales que nosotros estamos percibiendo, sino más bien en unintroyecto, formado muchos años antes, de la fría y privadora madre de los primeros años y un introyecto del padre maternalmente afectuoso, pero sexualmente provocativo, introyectos que ha logrado externalizar sobre la madre y el padre reales, a quienes parecen "pertenecer" tan naturalmente tales cualidades, en vez de percibir éstas como atributos, también de sí mismo, y alcanzar una integración de estas diversas cualidades dentro de su propio ego.

Una mujer paranoide, madre de tres hijos, durante varios años, en el transcurso de su terapia individual, mantuvo una convicción tan tenaz y vociferante de que su esposo era impotente y no valía nada, que final mente aquél decidió no seguir esperando a que ella se recuperase, se divorció y se casó con otra mujer. Aunque yo me daba perfecta cuenta de la fuerza de los delirios de ella, los contactos que tuve con el esposo coincidieron suficientemente con la visión que ella tenía de él, así como con las opiniones expresas que los padres de ella respecto de lo que él valía., como para creer que era relativamente realista la imagen que ella tenía de él. Sólo más tarde me di cuenta de que me había equivocado gravemente al no percatarme hasta qué grado su visión del esposo había sido, durante todo el tiempo "enferma" y deformada. De igual manera, a lo largo de esos cambios, ella me había castigado, de manera muy semejante, por mi impotencia en múltiples aspectos; mi propio sentimiento de impotencia frente a su abundante patología era lo suficientemente intenso como para que yo hubiese aceptado interiormente su visión, tanto de mí como de su esposo, según la cual no esamos hombres de verdad. Después de varios años de terapia y de que el esposo se había divorciado de ella, la investigación terapéutica avanzó con profundidad suficiente como para revelar el grado en que ella había estado proyectando sobre aquél y sobre mí (así coma sobre muchas otras personas del ambiente) una imagen inconsciente de sí misma como varón castrado. Es importante señalar que al resolver esta imagen, se percató por primera vez, en todo nuestro trabajo, de que ella (que de manera continua había estado mal interpretándose a sí misma sexualmente y a otras personas) era una. mujer y yo un hombre. Pero, cuando estaba psicológicamente preparada para relacionarse con el hombre real (independientemente de las debilidades de éste) que había en su anterior esposo, y reaccionar ante él de manera afirmativa, en vez de castrante, ya era demasiado tarde.

En una experiencia que tuve, en compañía de otro terapeuta, con una joven esquizofrénica y sus padres, nos llamó mucho la atención descubrir hasta qué punto en diversas interacciones en las cuales se ponían fácilmente de manifiesto ingredientes fuertemente edípicos, se encontraban éstos, a un nivel más profundo, determinados por procesos preedípi-

cos, de naturaleza simbiótica de la formación temprana del ego. Por ejemplo, el padre, aunque a un nivel se preocupaba grandemente por establecer su dominio como padre y líder en la situación de grupo, a otro nivel más profundo estaba ocupado con conflictos que tenían que ver con la cuestión de las fronteras o límites del ego: específicamente, su profunda necesidad de identificación masculina con los terapeutas, contrapuesta a su ansiedad de que tal identificación condujese a la pérdida de su simbiosis con la hija, ante la cual reaccionaba, en este nivel profundo, como lo haría con una buena madre. Cuando me esforcé por ayudarlo a reconocer los componentes eróticos de sus sentimientos respecto de la hija, los que describí como naturales en los sentimientos de cualquier padre respecto de su hija, y que reconocí fácilmente como parte de mis sentimientos con la mía propia, se horrorizó; reaccionó ante mí como si fuese irremisiblemente ajeno e inhumano, y declaró, con voz estremecida por la emoción: "¡cuando uno sabe que ella es carne de mi carne, no se le puede ocurrir eso que usted acaba de decir!" Y, para subrayar el abismo insalvable que mediaba entre él y yo, gritó: "¡me apellido Davis, no Searles!" Esto fue únicamente la culminación de una serie de incidentes que apuntaban la ansiedad que le producía el temor a perder su sentimiento de unión con la imagen de buena madre que atribuía a su hija, y quedase fusionado, en cambio, con la imagen del padre horrorosamente malo que externalizaba sobre mí, sobre su esposa, o a veces sobre ambos terapeutas.

Especialmente porque los miembros de la familia ignoran hasta tal punto la existencia de este reino del contenido intrapsíquico proyectado (e introyectado), desconocen también la existencia de fronteras entre los reinos de lo intrapsíquico y lo auténticamente interpersonal, ignoran que no están reaccionando primordialmente ante las otras personas de la habitación, como personas de carne y hueso en la realidad anterior, sino, primordialmente, como si fuesen las personificaciones de imágenes de sí mismos reprimidas y proyectadas, el terapeuta tiene que estar alerta a la presencia de estos reinos separados, o potencialmente separados.

Varios autores han hecho hincapié en la importancia de distinguir entre estos reinos de la experiencia. Los estimulantes conceptos de Warren M. Brodey (1959, 1961), derivados de la terapia familiar de la esquizofrenia y concernientes a las distinciones entre las que llama relaciones de imagen, de objeto y narcisistas, tienen un valor fundamental en esto. En vez de tratar de parafrasear sus puntos de vista, en verdad ricos de contenido, presentaré únicamente dos breves citas para indicar la relación de su trabajo con el presente artículo:

... En la relación de imagen, la imagen interna de la otra persona cobra precedencia: se hace hincapié en cambiar la realidad para que armonice con la expectativa, en vez de cambiar la expectativa para que armonice con la realidad la relación narcisista ... describe a dos personas, cada una de las cuales establece una

relación de imagen con la otra y actúa dentro de esta relación de manera que pueda validarse la expectativa derivada de la imagen de la otra ... (Brodey, 1961).

Al tratar las cuestiones de si un paciente esquizofrénico no hospitalizado debería dejar a su familia para vivir solo, y cuándo debe hacerlo, Arieti (1961) pregunta: En primer lugar, ¿es recomendable? Por una parte, podemos pensar que es en la familia donde comenzaron los problemas del paciente y ahí, probablemente, se les fomenta. Por otra parte, podemos sentir que alejar al paciente de su familia no resultaría verdaderamente beneficioso, pues sería apartarlo únicamente de la situación externa, no de los conflictos introyectados. De hecho, uno podría pensar incluso que esta separación volvería a exacerbar los síntomas. Por ejemplo, nos acordamos de Genoveva, quien comenzó a alucinar de nuevo cuando fue separada de su madre.

Lidz y Fleck (1960) informan que entre los rasgos frecuentemente encontrados en las madres de los pacientes esquizofrénicos, se descubre la tendencia, por parte de la madre, a confundir las necesidades del hijo con sus propias necesidades, proyectadas en el hijo, una incapacidad de reconocer la existencia de fronteras del ego entre ella y el hijo. A partir de su experiencia en la terapia familiar de la esquizofrenia, Bowen (1960) lo describe de la siguiente manera:

... los motivos de las preocupaciones excesivas de la madre por los pacientes y por estar siempre "encima" de éstos, no son otra cosa que sus propios sentimientos de inadecuación acerca de sí mismas. Esto es tan exacto, a nivel clínico, que casi cualquier renglón de la lista de quejas de la madre respecto del paciente puede considerarse como una extermalización de las propias insuficiencias de ella.

Varios autores han descrito a este tipo de padres, diciendo que forman todavía tan gran parte de sus propias familias de origen y que no son en verdad, psicológicamente, parte de la familia que formaron ellos. Lidz, Cornelison, Fleck y Terry (1957), al comunicar datos de 16 familias de pacientes esquizofrénicos, estudiadas por ellos a lo largo de varios años, dicen que en cinco de estas familias, la lealtad de los padres permaneció en sus respectivos hogares de origen, con lo que impidieron la formación de una familia nuclear en el nuevo hogar. El vínculo emocional y la dependencia fundamentales de uno o de los dos cónyuges de las

familias mencionadas, quedó fijado a una figura paterna o materna y no pudo transferirse al cónyuge, según descubrieron los autores Wynne, Ryckoff, Day y Hirs (1958) señalan que

... ingresar al ejército, mudarse a otra ciudad, y aun casarse y tener hijos, en algunos casos puede significar un simple cumplimiento formal de las convenciones sociales, como parte de las expectativas de la familia, sin un auténtico sentido de identidad aparte del sistema familiar (de cada uno de los padres).

Hay que señalar que tal apego a la familia de origen, en lo fundamental, no es sino una forma de inversión emocional en objetos internos que, según he descrito ya, es muy necesario distinguir de una inversión realizada predominantemente en auténticas relaciones interpersonales. Un artículo de Towne, Sampson y Messinger (1961) ayuda a poner de relieve la importancia de este reino intrapsíquico. Al informar de un grupo de 17 mujeres jóvenes que habían manifestado esquizofrenia al cabo de relativamente pocos años después de contraer matrimonio, sugieren que

... estas mujeres se vinieron abajo ante dos amplias tareas que presenta. la participación en la familia formada por un matrimonio: despegarse de las pretensiones de los vínculos con los padres, y sintentizar identificaciones conflictivas de la infancia en una identidad adulta adecuada . . .

De tal manera, en la crisis que precipió a su hospitalización, la señora Blanco (por ejemplo) se enfrentó con diversos fragmentos de identificación (y a defensas en contra de ellos), que previamente habían permanecido en disociación parcial. Estas imágenes de sí -como una niña confundida en posesión de información secreta y terrible; como esposa y madre sufrida, olvidada y traicionada; como hombre de carrera, frustrado; como hija edípicamente victoriosa y como coqueta promiscua- estaban relacionadas con identificaciones tempranas, formadas en relación con una madre frustrante y martirizada, un varón atractivo sustituto de la madre, y un padre seductor, celoso, edípico.

He tratado de poner de manifiesto el hecho de que en la sesión de terapia familiar de la esquizofrenia, la paciente (así como los demás miembros de la familia) a menudo tiene tanto éxito en externalizar (in conscientemente) en uno o en otro de los demás individuos de la habitación tales imágenes reprimidas de sí misma, como las que han descrito Towne y colaboradores (1961), que es extraordinariamente difícil, aunque esencial, que el terapeuta vea con claridad que no son fundamentalmente la madre o el padre, por ejemplo, lo más importante en la enfermedad del paciente, sino más bien el introyecto de ellos, por parte del paciente, deformado y no integrado en su ego. Por supuesto, me estoy expresando en términos extremadamente simplificados, únicamente con el objeto de poner de relieve este principio.

Me he preguntado si es posible que, tal como el miembro de la familia tiene lo que podríamos llamar "yoes inconscientes" o imágenes de sí mismo inconscientes, exista en la familia una "familia inconsciente" hasta cierto punto- integrada, que determina, mucho más de lo que salta a la vista, lo que ocurre en la interacción de la terapia familiar. Mi experiencia en lo que respecta a la relacionalidad del grupo en la sala, así como a la relacionalidad familiar matrimonial y de los padres, de pacientes con los que he trabajado en terapia individual, sugiere que existen de verdad tales "familias inconscientes", independientemente de lo mal integradas y cambiantes que sean, y que, por consiguiente, puede tener mucha importancia al llevar a cabo terapia familiar, tratar de determinar, en un determinado momento, quién está siendo realmente (a un nivel inconsciente en la familia) el padre, quién la madre, el hijo, y así sucesivamente, con total independencia de las realidades sociológicas y biológicas de la situación. Un ejemplo relativamente sencillo es el de la situación familiar matrimonial de una mujer paranoide con la que he trabajado durante varios años. Entre ella, el esposo y su hija adolescente, es claro que se había llegado al acuerdo general, aunque a un nivel inconsciente en los tres (hasta que esto se puso más al descubierto en el material "delirante" de la paciente) de que el esposo desempeñaba los papeles de esposa y madre, y que la hija había logrado desplazar a la paciente de los papeles de esposo y padre. Creo yo que los esfuerzos de la terapia familiar deben dirigirse hacia la no represión de tales modos de relación en la "familia inconsciente".

Cuando considera uno que la proyección y la introyección tienen que figurar entre los procesos psicodinámicos fundamentales, mediante los cuales la relacionabilidad de objeto se lleva a cabo en el desarrollo normal del niño, es notable ver el grado en que los productos de tales procesos, que se efectúan entre los miembros de la familia del paciente esquizofrénico, compiten con una auténtica relacionalidad de objeto. Por ejemplo, la madre real que está en la habitación tiene que librar una competencia muy real con los introyectos propios, y con los del padre, acerca de las buenas madres de sus respectivas infancias, con los del hijo o la hija esquizofrénicos, que se encuentren presentes, reacciona como a una prueba viviente de la derrota de la madre en esa competencia. Es decir, el hecho de que este hijo o hija estén sentados en el consultorio, afectados de esquizofrenia, es testimonio de que la madre fracasó en el cumplimiento del papel maternal, al no desempeñarlo como estas "buenas madres" idealizadas e internalizadas presumiblemente lo habrían hecho.

Una de mis pacientes esquizofrénicas me dijo, en el transcurso de una sesión de terapia individual: "deseo que sepa que no vengo aquí porque me interese verlo a usted; simplemente me gusta oírme hablar". Esto me

recordó un incidente que sobrevino cuando estaba yo hablando con su padre, en un corredor del sanatorio, en el momento de su admisión. Mientras hablábamos, no manifestó el menor interés en mí, sino que se estuvo admirando en un espejo colocado por encima de mi hombro. El doctor Leslie Schaffer, irónica, pero agudamente, comentó después de observar una sesión de terapia familiar a través de una cámara de Gessel: "pensé que si alguien hubiese contemplado esto a una distancia suficientemente grande, le podría haber parecido que estas personas estaban hablando unas con otras". Según creo, el carácter espurio de la "relacionalidad de objeto" en estas familias consiste en el hecho de que, en su conjunto, son defensivas y prematuras. Específicamente, son defensivas contra la amenaza de indiferenciación simbiótica, y son prematuras porque tal indiferenciación tiene que predominar a un nivel profundo, entre cualesquiera dos personas, tiene que predominar y es preciso hacerle frente y aceptarla antes de que una auténtica relacionalidad de objeto pueda madurar, a partir de esta indiferenciación.

Hendrick (1931) dijo algo que me ayudó a formular el concepto expresado líneas arriba. Sugerimos que la "canibalización" (ingestión, introyección y escotomización) no es el mecanismo medular del autismo, pero la renuencia del ego primitivo a cumplir esta función sí lo es. La renuncia al mundo exterior parece ser realmente equivalente a "vomitar", en vez de la ingestión normal, a la eyección del objeto introyectado tentativamente.

También enriqueció mi pensamiento un comentario que hizo Havens (1961), en un artículo que tuve el placer de comentar. Al describir las relaciones de pacientes esquizofrénicos alucinados con sus respectivas madres, Havens (corroborando lo antes dicho por Hendrick, y que está incluido en el artículo de Havens) afirma que: *... La madre no está diferenciada del paciente, ni absorbida completamente por él. La relación no parece ser de simbiosis, sino de asedio; y el estado de asedio representado por la distancia del objeto (es decir, las alucinaciones-madre) respecto del paciente, es la extensión sobre la vida imaginaria de la condición a largo plazo de la familia. Cuando esto ocurre, la alucinación no representa la externalización de una figura-madre previamente "absorbida", sino la sustitución de un objeto real con el que nunca se identificaron, por un objeto imaginario.*

Podemos considerar a una familia saludable como si fuese, a un nivel inconsciente de participación, una mezcla fermentada de aspectos parciales proyectados o introyectados de las personalidades de los diversos participantes, a partir de los cuales los hijos van formando seres individuales que permiten a los padres, también, alcanzar un ahondamiento y remodelación de los roles que fueron establecidos durante sus respectivas infancias. La familia que contiene un miembro esquizofrénico puede asemejarse más, desde este punto de vista, a un caldero hirviente en el que la pseudorelacionalidad de objeto que se observa es en gran

parte defensiva contra las desmesuradamente grandes necesidades de identificación primitiva de un conjunto de personas, ninguna de las cuales ha recorrido con éxito esta era de la temprana formación del ego, en todas las cuales existe una necesidad fundamentalmente sana, por consiguiente, de una relacionalidad indiferenciada (o bien a un nivel de desarrollo algo más tardío, incorporativa), pero una ansiedad correspondientemente grande de que su tenue relacionalidad de objeto, que es tan grandemente espuria y mal establecida, sea disuelta en tal indiferencialidad primitiva. Puede verse que el esfuerzo por alcanzar la simbiosis, en este caso, no es que solo trata de completar una fase de desarrollo interrumpido en el pasado, sino que también es un esfuerzo por salvar el abismo que separa a unos de otros (y del que los participantes, en algún nivel profundo, deben percatarse dolorosamente), a pesar de su ostensible relacionalidad de objeto (o, para decirlo a la manera de Wynne y colaboradores, su pseudomutualidad). La intensidad de este conflicto entre los modos más primitivos y los modos más adultos de relacionalidad constituye, creo yo, la patognomía de la familia de la que es miembro la persona esquizofrénica.

Bowen es uno de los precursores, no sólo de la terapia familiar de la esquizofrenia, sino también en lo que respecta a destacar la importancia de la relacionalidad simbiótica en estas familias. En un artículo (1960) en el que habla de cómo se fue orientando hacia este modo de tratamiento de la esquizofrenia, subrayó lo siguiente: "La unidad familiar es considerada como un solo organismo, y el paciente como parte del organismo familiar, a través del cual se expresan los síntomas patentes de la psicosis." Wynne y colaboradores (1958) han utilizado expresiones equivalentes a la descripción de su manera de enfocar la terapia familiar de la esquizofrenia: "En este programa, se considera que un caso está constituido por toda la unidad familiar, que abarca a ambos padres y a todos los vástagos."

Cuanto más profundamente se percata uno de los procesos psicodinámicos que predominan en estas familias, tanto más le sorprende descubrir hasta qué punto la familia no es verdaderamente una familia, en el sentido de un grupo de individuos, sino que comprende, a manera de agregado, a lo que podría considerarse como un solo individuo simbiótico. Wynne y colaboradores (1958) han descrito agudamente y en términos vívidos una suerte de "valla de hule" que se descubre en esa familia, y que sirve para proporcionarles un sentimiento, no obstante lo falso que

pueda ser, de mutualidad y complementariedad en las relaciones que tienen unos individuos con otros

Los esfuerzos familiares compartidos para excluir del reconocimiento franco toda prueba de no complementariedad dentro de la relación pseudomutual, se convierten en mecanismos de grupo que ayudan a perpetuar la pseudomutualidad. En las familias de esquizofrénicos, estos mecanismos actúan a un nivel primitivo para impedir la articulación y la selección de cualesquiera significados que pudiesen permitir al miembro de la familia diferenciarse, ya sea dentro o fuera de la estructura familiar de papeles. Las fronteras familiares de tal manera "oscurecidas" son continuas pero inestables; se extienden como una valla de hule, hasta incluir lo que puede interpretarse como complementario, y se contraen para excluir lo que se interpreta como no complementario.

Creo que esta "valla de hule" sirve fundamentalmente para preservar, para la familia, lo que podríamos considerar como un ego simbiótico que abarca a toda ésta. La individualización representa una gran amenaza. Si se produjese en una familia en la que tan poca estructura del ego ha quedado establecida en sus individuos, y donde hay una dependencia tan grande respecto de un ego del tamaño de toda la familia, compartido o simbiótico, equivaldría a la fragmentación del ego. De tal manera, la valla de hule, por hipócritas que le parezcan sus manifestaciones al terapeuta que trabaja con la familia, representa el intento, en gran parte inconsciente, de los miembros de la familia, para hacer frente y ocultar su patéticamente genuina carencia de estructuras colectivas del ego.

En relación con esto, también es notable que dicha valla de hule empuje a cada miembro de la familia hacia una mayor libertad en su conducta respecto de otros, de lo que permitiría la cultura extrafamiliar. Es específicamente, el peligro de incesto aumenta en una familia en la que no puede renunciarse a un compañero incestuoso potencial, por miedo a renunciar al vínculo simbiótico subyacente, tan necesario, con esa persona. La valla de hule obliga al miembro de la familia a dirigir sus necesidades emocionales hacia metas que son tabúes, hacia el involucramiento sexual con las mismas personas y la agresión contra ellas, respecto de las cuales la cultura extrafamiliar (con la que el miembro de la familia guarda algún contacto) decreta que está especialmente prohibido sentir tales impulsos: los padres y los hermanos. Otra manera de expresar esto es que la necesidad que tienen los miembros de la familia de cumplir la función de egos parciales de unos respecto de los otros, de objetos en parte de unos respecto de los otros, intensifica la amenaza de incesto y homicidio ligada a las rudimentarias relaciones de objeto que se están formando dentro de la familia misma, en virtud de la simbiosis familiar.

Pero, mientras el desarrollo de un auténtico contacto estrecho de persona a persona dentro de la familia envuelve tales tabúes intensos, desde la cultura

extrafamiliar, toda auténtica separación encierra, como he señalado, una amenaza comparablemente intensa de fragmentación del ego. Wynne y colaboradores (1958) han comentado que:

. . . ambos padres han subrayado frecuentemente su vulnerabilidad al desastre cardiovascular en caso de que se les produjese un trastornola organización social en estas familias está modelada por una omnipresente subcultura familiar de mitos, leyendas e ideologías, que enfatiza las terribles consecuencias que tiene la discrepancia abiertamente reconocida respecto de un número limitado de manera relativa, de papeles fijos familiares perturbadores.

A medida que ha aumentado el tiempo en que he estado trabajando con pacientes esquizofrénicos, se ha incrementado también el respeto que he llegado a sentir por la intensidad de la angustia, tan apta para producir fragmentación del ego y/o desastre psicósomático, y representada por tales "mitos, leyendas e ideologías". Un hombre esquizofrénico, con el que trabajé durante mucho tiempo, tenía una historia en la que cada uno de sus padres había muerto de oclusión coronaria, en fechas en que el vínculo simbiótico del paciente con ellos estaba en peligro de disolución; una hermana mayor había sufrido el mismo padecimiento en forma grave, aunque no fatal, precisamente en el momento en que la simbiosis del paciente con ella había comenzado a modificarse notablemente; él estuvo en peligro de morir durante varios meses, a manera de reacción ante las amenazas severas contra sus propios vínculos simbióticos; y yo, por mi parte, en más de una ocasión tuve reacciones de "contratransferencia" que nunca había sentido en mi trabajo con él: aguda ansiedad provocada por un temor a caerme muerto, que se producía durante fases de crecimiento intensificado de parte del paciente, y que era evocada por su ansiedad de que esto pudiese ocurrirme a mí, basada en las repetidas experiencias de su familia. Cito únicamente la más notable de muchas de las experiencias no menos aleccionadoras obtenidas en mi trabajo y en los informes que rindieron los colegas que colaboraron conmigo en Chestnut Lodge.

Así pues, según nuestro punto de vista, la valla de hule puede considerarse como el equilibrio dinámico colectivo e inconsciente de la familia, entre su intensa necesidad de mantener un ego colectivo, el único digno de confianza que existe en la familia y, por otra parte, su esfuerzo incesante para alcanzar la individualidad. Por consiguiente, la aparición de la psicosis en el paciente representa no sólo su propio impulso hacia la individualidad, hasta ahora frustrada, sino también los anhelos, expre-

sados sustitutivamente, de una naturaleza semejante, de parte de los demás miembros de la familia. Probablemente sea más adecuado conceputar este advenimiento de la psicosis considerándolo como un cambio en el modo total, de la familia, de tratar sus necesidades conflictivas, no resueltas, de simbiosis e individualización.

SENTIMIENTOS POSITIVOS

Como he dicho en otra parte, me ha impresionado profundamente la intensidad de los sentimientos positivos del paciente esquizofrénico (Searles, 1958, 1961a), y creo que muchos de los terapeutas que están explorando este campo comparativamente nuevo de la terapia familiar de la esquizofrenia, están subestimando, tal vez por lo mucho que les preocupa demostrar la contribución de los otros miembros de la familia a la enfermedad del paciente, el papel real y hondamente significativo de los sentimientos positivos en la interacción familiar en su conjunto. Al cabo de varios años de terapia individual, diversos pacientes me han podido revelar el deleite que ellos y la familia en su conjunto encuentran en esos tipos de locura familiar, que la bibliografía de este campo describe como portadora de una connotación exclusivamente maligna. Algunas de mis pacientes han llegado a expresar angustia por su falta de hijos, angustia relacionada en parte con su incapacidad para perpetuar el nombre de la familia; en cada caso, tales comunicaciones han estado llenas de un sentimiento de tragedia profundamente humana. En el caso de un esquizofrénico con el que he trabajado intensamente durante 13 años, he llegado a darme cuenta de que la devoción de sus padres a esta empresa de tratamiento prolongado no se ha basado primordialmente, como yo creí durante mucho tiempo, en la culpa, sino más bien en el afecto --o, para decirlo más claramente, en el amor-- de un grado de intensidad que ha resultado para mí aleccionador y emotivo, a la vez. Su aborrecimiento del hijo, del que hace tiempo descubrí muchos testimonios, fue en cierta manera más fácil de descubrir que este amor subyacente, que sólo el paso de los años ha puesto ante mí de tal manera que ya no puedo desconocerlo o menospreciar su valor.

Es esencial darse cuenta de que la clase de lealtad que encuentra uno en estas familias, no obstante todos sus asfixiantes aspectos patológicos, contiene un núcleo de sentimiento auténticamente positivo al que los miembros de la familia, sin exceptuar al paciente, le asignan un gran valor. Aunque se encuentre distorsionada de manera trágica, tenemos aquí encerrada una de las más altas aspiraciones del espíritu. A veces, cuando he presenciado la angustia experimentada por un paciente esquizofrénico, al descubrirse desgarrado entre su yo, que está comenzando

a desarrollarse por primera vez, por una parte, y su lealtad para con la familia, por otra, me acuerdo de las palabras del salmista: "¡Jerusalén, si yo de ti me olvido, que se seque mi diestra!"⁵

Aún la breve experiencia que he tenido con la terapia familiar de la esquizofrenia ha estado repleta de testimonios de sentimiento positivo, aunque a menudo esto es menos dramático y evidente que las múltiples manifestaciones de odio real e invasor. Me ha conmovido mucho el grado de confianza implícito en el hecho de que un padre se exponga no sólo a sí mismo, sino a toda la familia, a los esfuerzos del terapeuta familiar. He visto algo del gran apetito que sienten los miembros de la familia por una mayor relacionalidad familiar real, por una mayor intimidad interpersonal real, de la que se dan cuenta que les hace falta en algún nivel; el poder de este anhelo de convertirse auténticamente en una familia, es de la misma clase que el que experimenta todo ser humano neurótico o psicótico por alcanzar la salud, como individuo.

Al estimar la fuerza potencial de una familia y su capacidad para crecer coma tal, hay que tener presente que se está trabajando con una familia que se ha descompensado, ha quedado desorganizada y no está funcionando al nivel que lo hacía en años anteriores, mejores. Es decir, tal como la regresión es un rasgo de la psicosis que se ha manifestado en el paciente, al menos un grado significativo de regresión se debe haber producido en la relacionalidad familiar general; así pues, no sólo el paciente, sino- todas estas personas, pueden poseer más madurez colectivamente y como familia, de la que se pone de manifiesto en su vida familiar, en el estado actual de descompensación o regresión. Un artículo de Lidz y Fleck (1960), en el que se describen las graves desorganizaciones que se producen en las familias de pacientes esquizofrénicos, me ha ayudado a advertir este aspecto de la situación de terapia familiar.

Y de la misma manera, si la madre, por ejemplo, según la vemos actualmente en la terapia familiar, es de manera significativa diferente de la madre anterior (la madre de la primera infancia del paciente), y todavía difiere en mayor grado de las imágenes-madre del paciente, deformadas e introyectadas a temprana edad, entonces esto tendrá algunas implicaciones importantes, Parte de la identidad del ego de la madre tiene que subsistir a este nivel anterior, para satisfacer las necesidades primitivas de su hija o hijo psicótico. De esto se desprende que parte del resentimiento que sienten contra los vástagos está relacionado con esta obstaculización de su propia madurez, y que entre los resultados benéficos de la terapia familiar se encontrará una mayor libertad para madurar más su yo. El artículo de Benedek (1959), intitulado "Parenthood as a developmental Phase", nos

⁵ *Salmos 137:5.*

ayuda a percatarnos de que no sólo la infancia y la adolescencia, sino también la edad adulta, constituyen etapas de desarrollo continuo; de manera que podemos suponer, al abordar la terapia familiar de la esquizofrenia, que no sólo el desarrollo infantil del paciente fue obstaculizado por la madre, sino que también el desarrollo de la madre como tal está siendo frenado por el vástago esquizofrénico.

En la primera sesión de terapia familiar en la que participé, me vi disfrutando grandemente de la interacción en la cual tomaba parte, y me di cuenta de que deseaba muchísimo que no cambiase; esto me, dio una muestra, de primera mano, de las satisfacciones positivas que los miembros de la familia debieron haber estado obteniendo del statu quo. Es razonable pensar que la familia tiene que agregar mucho más sentimiento positivo, de unos miembros para con otros, del que se revela patentemente y a principios del tratamiento; de lo contrario, y en vista de la gravedad de los choques que se producen entre ellos durante las sesiones, se matarían unos a otros o destruirían sus vínculos respectivos, en los intervalos que median entre las sesiones de terapia. El hecho de que no actúen, entre las sesiones, de acuerdo con los sentimientos que han expresado verbalmente durante la interacción terapéutica, puede considerarse como un reconocimiento muy significativo, aunque no verbal, de parte de todos ellos, del importante papel de la transferencia, proyección, introyección y otras deformaciones en sus reacciones de unos con otros, en la sesión terapéutica.

Para la terapia, es esencial que hagamos contacto con los anhelos positivos de la familia, pues si no nos damos cuenta de ellos, no podremos comprender el desarrollo histórico de la psicosis en el paciente y la desorganización en el conjunto familiar; en esta evolución, el factor del pesar no asimilado (a causa de la pérdida de relaciones muy queridas) cumple un papel fundamental. Además, sin una apreciación de la fuerza de los sentimientos amorosos, por más reprimidos que estén, no podremos apreciar el papel absolutamente clave de la ambivalencia en la patología que estamos tratando. Anteriormente he hablado de mi descubrimiento de que la regresión esquizofrénica es una defensa no tan solo contra la agresión, como dicen Bak (1954) y otros investigadores, sino más bien contra la ambivalencia; es decir, contra la intensidad de amor y odio que, de no mediar el beneficio de la psicoterapia, anulan los esfuerzos que hace el individuo para alcanzar una integración más madura del ego (Searles, 1961a). Los escritos que señalan pormenorizadamente tan solo los aspectos cargados de odio de la racionalidad entre los miembros de la familia del paciente esquizofrénico, pasan por alto completamente la tragedia esencial de estas familias: el grado en que sus miembros están quedando lisiados y paralizados por su incapacidad de enfrentarse al hecho de que se aborrecen intensamente y se aman mucho unos a otros, a la vez. Sólo en la medida en que el terapeuta puede- ayudarlos a enfrentarse tanto a su amor como a su odio, pueden renunciar al modo simbiótico de relacionalidad que está haciendo las veces de defensa inconsciente de toda la familia contra esta ambivalencia, pero

que está matando, por la naturaleza misma de esta relacionalidad, su desarrollo de la madurez del ego y de la auténtica relacionalidad de objeto de unos con otros.

Quiero hacer unos cuantos comentarios más en lo concerniente a la etiología familiar de la esquizofrenia en el paciente, más -allá de esta cuestión de los sentimientos positivos, antes de tocar el tema de la contratransferencia.

PÉRDIDA O AMENAZA DE PÉRDIDA DE MEMBRECÍA EN LA FAMILIA

Hay que señalar que, en estas familias en particular, la cuestión de la membrecía no es, para cada miembro, algo biológicamente dado, sino que ha de mantenerse únicamente a través de la participación en la simbiosis familiar. Cuando niño, al paciente sólo se le ofrecieron dos posibilidades: a) participar en la simbiosis familiar, o b) que se reaccionase ante él como si no fuese miembro de la familia y, por lo mismo, como si estuviese "loco". Irónicamente, puesto que debe tener una experiencia exitosa en lo que se refiere a la fase simbiótica de maduración del ego, para evitar el autismo (locura), y en virtud de que la familia le ofrece al paciente la única posibilidad existente de experiencia simbiótica (a menos que el terapeuta se presente y le ofrezca tal experiencia), para él es trágicamente cierto que la de no membrecía en la familia equivale, en verdad, a la locura. Mucho antes del comienzo de su psicosis, el paciente se ha debatido bajo la amenaza crónica de expulsión psicológica de la familia, en caso de que decidiese no cumplir su papel de personificación de los aspectos parciales rechazados de las personalidades de sus padres y de otros miembros de la familia. También es significativo que finalmente, cuando se recupera de su esquizofrenia, si llega a lograrlo, tal vez descubra que el resto de la familia le ofrece un aspecto de sociedad cerrada; no tienen lugar ahí para una persona completa.

Durante los pródromos, de la esquizofrenia del paciente, la separación progresiva de los demás miembros de su familia es tan notable que podemos subestimar la mutualidad de tal hecho, el grado en que los demás miembros de la familia han perdido interés en él y han ido excluyéndolo, progresivamente de la membrecía funcional en la familia. Las observaciones de Schwartz y Will (1953) en lo concerniente al grado en que el personal de las salas participa en el retraining mutuo y, por consiguiente, contribuye al mismo, en que se ve envuelto el paciente esquizofrénico,

que cada vez se retrae más, nos ayuda a advertir lo que el paciente debe, haber experimentado, con anterioridad a su hospitalización, frente a los miembros de su familia.

En muchas de estas familias, el estado de no saber del ego, de buscar explicaciones y aclaraciones, se considera equivalente a estar loco, lo cual a su vez significa que se le considera irremediamente separado de la familia, e ilegible para ser miembro de la misma. El hijo ha aprendido desde hace tiempo a no cuestionar seriamente las discusiones carentes de sentido e incoordinadas, tan características de estas familias. Ninguno de los miembros se atreve a ponerlas en tela de juicio, pues sentir y revelar confusión es correr el riesgo de que lo consideren loco a uno por poner en evidencia aquello que clásicamente se ha convenido en considerar obvio e indiscutible. El artículo de Wynne y colaboradores (1958) antes mencionado, trata agudamente cuestiones relacionadas con lo que trato de decir. Especialmente en el caso de que cada uno de los pacientes esquizofrénicos paranoides a los que he tratado, la capacidad de revelar la confusión profunda y previamente reprimida, ha constituido un avance por demás satisfactorio y difícil de alcanzar; el crecimiento es posible sólo en la medida en que uno puede soportar la confusión y la incertidumbre.

Los demás miembros de la familia han reaccionado conflictivamente ante el paciente, no como lo harían ante la totalidad de la persona, sino, lo que todavía tuvo peores consecuencias para el ego, como si fuera un objeto parcial, a fin de mantener sus respectivas economías psíquicas. Uno de mis pacientes expresó esto en términos somáticos, diciendo que una "facción" controlaba siempre sus pulmones, otra su estómago, otra su corazón, y así sucesivamente. Según creo, normalmente una madre protege al niño de tal "uso" complejo y conflictivo de parte de diversos miembros de la familia, sobre todo a través de su simbiosis comparativamente falta de ambivalencia con él.

Mientras uno de mis pacientes paranoides me contaba cómo en la secundaria su hermano lo había condenado, llamándolo "fuerza del mal", me hizo vislumbrar cuán devastador resultaría un hecho como éste para un niño que careciera de sólidas relaciones con la persona "entera", a las cuales aferrarse, y que reaccionara entonces como si fuese un objeto parcial; en el caso citado, como la encarnación de la hostilidad reprimida y proyectada por el hermano.

El impacto en los demás miembros de la familia, cada vez más formidable, del niño progresivamente angustiado y hostil que se encamina hacia la esquizofrenia, es en sí mismo un factor enológico de gran importancia. Yo solía sentir desprecio por los padres que constantemente solicitan prescripciones acerca de lo que "deben decirle" a su hijo o hija esquizofrénico; pero ahora he llegado a darme cuenta de que, con su conducta verbal y no verbal profundamente hiriente y provocadora de

ansiedad, el paciente causa sentimientos tan poderosos y conflictivos en los padres, que le resultaría difícil a cualquiera, en tales circunstancias, encontrar sin ayuda las palabras necesarias para expresar la gran cantidad de heridas, pesares, cólera, etcétera, que, como aprende por propia experiencia el terapeuta evoca dicha conducta. Como los padres no pueden integrar estos sentimientos profundamente ambivalentes, a manera de reacción, con las comunicaciones del paciente, su fachada de blanda negación de sentimiento tiende a intensificarse. De tal manera, el paciente se ve privado progresivamente de toda persona real y accesible con la cual relacionarse; esto lo lleva cada vez más a funcionar como un objeto parcial proyectado, respecto de los demás miembros de la familia.

En general, la naturaleza de la simbiosis familiar, con su atmósfera espuria (aunque tan esencial para la defensa) de "unicidad familiar", fija un tabú al mantenimiento de relaciones significativas de uno a uno dentro (o fuera) de la familia. Pero las relaciones de uno a uno representan el orden más alto de complejidad interpersonal que el niño (o el paciente esquizofrénico adulto) puede integrar con éxito, y son totalmente esenciales para la formación de identificaciones saludables y el sano desprendimiento de la relacionalidad simbiótica (en contraste con la huida autista).

CONTRATRANSFERENCIA

Al abordar el tema de la contratransferencia, primeramente apreciaremos en toda su magnitud las cargas emocionales inherentes a la terapia familiar de la esquizofrenia y que evocarán sentimientos profundamente conflictivos y ansiedad, a menudo grave, en cualquier terapeuta, por mejor analizado que pueda estar. Inevitablemente experimentará un gran conflicto y ansiedad en lo que respecta a su papel en relación con el grupo familiar, como reflejo o muestra de la ansiedad y ambivalencia que surgieron en el paciente en años anteriores, por lo que respecta a la membrecía o no membrecía en la familia. El agudo sentimiento de aislamiento que a veces he experimentado en esta situación, cuando me he sentido "cortado" por todas las demás personas de la habitación, me hizo recordar una de las clases de presión más graves con que se tropieza en la terapia individual de un paciente esquizofrénico hospitalizado: la sensación de aislamiento profundamente angustiante que uno experimenta en algunas ocasiones, cuando percibe que el paciente, el personal de la sala, el administrador psiquiátrico y otras personas comparten una visión completamente armoniosa acerca de la maldad de uno, que lo convierte en alguien razonable por completo.

Por otra parte, cuando el terapeuta siente que forma parte de la familia, experimenta otra clase de presión que también es, según creo, una muestra de aquella a la cual el paciente ha estado expuesto durante mucho tiempo en la familia; a saber, un sentimiento de agudo conflicto acerca de cuál de los miembros es el que más ayuda necesita por el momento. En artículos anteriores he citado testimonios de los

esfuerzos básicamente terapéuticos del paciente en favor de su madre (Searles, 1958, 1961a), y pienso que ésta es su actitud más importante hacia los miembros de la familia en su conjunto.

Después de una sesión de terapia familiar, me vino a la mente que durante la sesión ya había tenido presentes algunas metas en lo relativo a cada uno de los miembros de la familia, pero que me había resultado imposible pensar en un objetivo para el conjunto familiar. Probablemente esto fue una reacción mía ante la falta de coordinación que reina en esas familias, detrás de la pseudomutualidad que ha sido descrita por Wynne y colaboradores (1958).

Tal reacción le ofrece a uno la clave para entender la medida en que esta "familia" realmente no lo es, en la acepción sociodinámica del término, sino más bien resulta ser una simbiosis colectiva en la que los papeles de objeto parcial de los diversos participantes están cambiando constantemente. Es decir, reacciona uno menos, desde el punto de vista emocional, ante la rígida estructura exterior de la familia que a la subyacente fluidez de las fronteras del ego, la cual es de tal índole, que característicamente no hay nadie en la habitación con quien sienta uno mantener un contacto digno de confianza. Los patrones de transferencia, que cambian rápidamente, con los que me he tropezado en esta situación terapéutica, establecían un contraste notable con mi experiencia en terapia de grupo, con uno de pacientes externos constituido en gran parte por neuróticos, algunos individuos esquizoides o esquizofrénicos "fronterizos"; allí, fue relativamente fácil seguir el rastro a los patrones de transferencia a medida que se fuerotrñ poniendo de manifiesto, semana tras semana y mes tras mes. En la terapia familiar de la esquizofrenia, no sólo el sentido de relacionalidad emocional, sino también el del significado, están notablemente trastornados e incoordinados, hasta tal punto, que resulta difícil o imposible encontrar un hilo de significado que corra por toda una típica sesión.

Después de describir las primeras dificultades que los terapeutas y el personal de las salas encontraron, y que consistieron en verse enredados en los diferentes puntos de vista emocionales de los diversos miembros de la familia (Bowen, 1960), dice que:

... Cuando era posible alcanzar un nivel práctico de separación interesada, resultaba posible también comenzar a desenfocar al individuo y enfocar a toda la familia, inmediatamente... Una vez que se podía hacer esto, considerando al grupo como unidad, ocurría algo semejante al cambio en un microscopio desde la inmersión en aceite hasta lá lente de baja potencia, o pasar desde el terreno de juego hasta la grada más' alta del estadio para contemplar un partido de futbol. Amplias estructuras de forma y movimiento que habían quedado borradas al contemplar de cerca la escena, se hicieron claras. Luego, la visión de cerca- se volvía más significativa una vez que era posible también la visión a distancia.

Al parecer, tanto la visión de cerca como la visión a distancia son igualmente esenciales, y el terapeuta familiar tiene que ser capaz de pasar de un modo de participación a otro, según lo exijan las necesidades del momento. Es precisamente esta integración de los diferentes puntos de vista, esta comunicabilidad fácil entre ellos, lo que el paciente mismo (y, en grado significativo, los demás miembros de la familia también) no ha sido capaz de adquirir. Para él, la cercanía emocional (o participación) a los demás miembros de la familia ha significado: quedar enredado en una relacionalidad simbiótica cargada de conflictos, y el zafarse de este estado ha sido equivalente al aislamiento e irrelacionalidad.

Debería advertirse toda la intensidad y fundamental ambivalencia de la reacción de la familia (sin exceptuar al paciente) ante el terapeuta, como representantes de la realidad extrafamiliar amenazadora. Los miembros de la familia se esfuerzan inconscientemente por convertirlo en inexistente, psicológicamente, o bien por moldearlo en uno u otro papel de objeto parcial (constantemente cambiante), es decir, en la personificación de una u otra de sus imágenes de sí mismos reprimida. Si no pueden moldearlo de esta manera o "borrarlo del mapa", los miembros de la familia pierden colectivamente su omnipotencia fantástica. He descrito este moldeamiento como representación de una necesidad fundamentalmente sana de ingerir un objeto materno sano, de identificarse primitivamente con ella; pero en este caso, la necesidad sana está siendo expresada -hasta el momento en que una orientación predominantemente aborrecedora haya cedido su lugar a otra primordialmente amorosa- con el objeto de mantener la fantasía infantil de grandiosidad, de que no existe un mundo exterior duradero que no sea como plastilina en manos de las necesidades y deseos de uno. Sin embargo, por otra parte, los miembros de la familia necesitan desesperadamente que el terapeuta siga siendo sólido y entero, pues de otra manera no podrán sanar y madurar. De manera que éste está irremediabilmente expuesto a los embates de la ambivalencia que la familia siente respecto de él.

Aparte de las dificultades inherentes a la terapia familiar, existe un factor de verdadera contratransferencia en el hecho de que el terapeuta no ha resuelto adecuadamente, en su propio análisis, aquellos conflictos personales sobre los que incide específicamente esta clase de terapia. Como insinué al principio, nuestro análisis de entrenamiento, orientado diádicamente, nos deja característicamente con un reino de sentimiento orientado a la familia, comparativamente inexplorado (reprimido), que tiende a hacer su aparición en forma de reacciones de contratransferencia cuando tratamos de llevar a cabo la terapia familiar. Algunos artículos sobre este último concepto parecen haber sido escritos en un estado de ánimo de infantil regocijo, provocado porque el autor ha "descubierto algo" acerca de la familia del paciente; existe una estrecha semejanza entre este tono emocional y el del estudiante de psicoanálisis que, en fecha demasiado temprana de su

análisis como para ver cara a cara sus sentimientos de amor y pesar respecto de su madre y su padre con todo gusto presenta testimonios que prueban la culpa que les toca a aquéllos en su psicopatología personal. Me imagino que la no represión de nuestros sentimientos hacia nuestras familias, especialmente los de amor y pesar, se ha ido quedando rezagada respecto de nuestra captación de los sentimientos que se han formado dentro del contexto de dos personas, con nuestra madre o nuestro padre. La fachada de "armonía" simbióticamente defensiva que prevalece en la familia del paciente esquizofrénico, tiende a borrar tan poderosamente los sentimientos que tiene el participante, de fidelidad, tragedia y nobleza genuinamente humanos, así como otros básicamente positivos, que hace que sea extraordinariamente difícil también para el terapeuta percatarse de tales ingredientes emocionales en las interacciones familiares; así pues, le corresponde tanto más a él no contentarse con una catalogación de los aspectos negativos de la relacionalidad de la familia, es decir, con una catalogación de su psicopatología. Le incumbe el intento de darse cuenta de las luchas y tragedias familiares, fundamentalmente humanas, en contra de las cuales la propia psicopatología de estos miembros de la familia los está defendiendo.

Siente una tentación de burlarse de la lealtad tan cargada de hipocresía, por ejemplo, que encontramos en estas familias; pero esto sugiere que aún no hemos analizado bien nuestros propios sentimientos de pérdida temprana de los objetos buenos, con los cuales en otro tiempo estuvimos tan profunda y simbióticamente ligados. Como he tratado de demostrar en el primer tercio de este artículo, creo que, en general, tendemos a sobrestimar el grado de verdadera relacionalidad de objeto que se trasluce en la familia, a causa de nuestra necesidad de no darnos cuenta del grado en que la relacionalidad de objeto parcial (simbiótica) predominó en nuestra propia familia de origen durante nuestra infancia, y el grado en que ciertos introyectos de objeto parcial predominan aún dentro de nosotros mismos. Es decir, bajaría mucho nuestra moral advertir hasta qué punto los miembros de nuestra familia, en su conjunto, reaccionaron frente a nosotros, no como si hubiesen estado frente a personas por derecho propio, sino más bien ante la externalización de sus propios objetos buenos o malos, y en qué medida nuestras reacciones ante ellos han sido de naturaleza comparable-mente intrapsíquica. Hay tal grado de pérdida genuina vinculado a esta percepción, que tendemos inconscientemente a perpetuar nuestra familia de origen, simbiótica, en el reino de nuestros introyectos reprimidos. Hay que subrayar que no es tanto la pérdida de los miembros de nuestra familia de origen, tomados como objetos separados e íntegros, de lo que de tal manera nos estamos defendiendo, sino más bien de la pérdida de la simbiótica unicidad familiar, tan carente de límites y fronteras, que todos sus miembros se consideran, literalmente hablando, como si fuesen de un solo corazón, espíritu y alma.

Así pues, la naturaleza del ambiente terapéutico familiar tiende a evocar en nosotros aquellos introyectos no integrados, que hasta ahora habían eludido su descubrimiento en nuestro análisis diádico de entre namiento. Pero no se puede exagerar la efectividad con que dicho ambiente tiende no sólo a evocar las reacciones de contratransferencia del terapeuta, sino también a mantener borrosa la naturaleza de contratransferencia de aquéllas, en vez de reacciones predominantemente de realidad. Los sentimientos inconscientes del terapeuta pueden encontrar con demasiada facilidad una expresión sustitutiva de parte de uno u otro miembro de la familia, ya que es de esta manera simbiótica como dichas personas ingresan a la relacionalidad "interpersonal" y la mantienen. Por ejemplo, el papel sutil de la hostilidad o los reproches inconscientes del terapeuta respecto de alguno de los participantes en el drama familiar, propende a quedar perfectamente borrado por la flagrante realidad de la hostilidad personificada por la madre o el padre, y por la actitud de reproche que el paciente está manifestando respecto de ellos.

Me pregunto si en un ambiente en el que no existiese un conjunto de "blancos" tan bien dispuestos, o aun ansiosos, para recibir los introyectos del terapeuta, no se sentiría él amenazado de perder sus introyectos y quedar, de tal manera, irremediabilmente al margen de lo que está ocurriendo en la sesión. Y, aunque los introyectos se experimentan subjetivamente como si estuviesen en oposición a la identidad del ego, en vez de contribuir a la misma, contienen incrementos significativos de identidad potencial o latente del ego; así pues, creo que esta sensación de amenaza puede ser experimentada como un temor a perder el propio yo, la propia identidad. Estos pensamientos, cuyo carácter altamente especulativo reconozco, parecen resultar plausibles cuando piensa uno en lo aguda que es la sensación de aislamiento y ansiedad que a veces experimenta en estos casos el terapeuta.

Es conveniente indagar cuáles son las causas personales del interés que pueda uno tener para efectuar terapia en este campo, pues cualesquiera necesidades personales no reconocidas y manifestadas mediante acting outs tienen que ejercer una gran influencia en nuestra "técnica". Por ejemplo, si el terapeuta no se percata de cuánto anhela participar en la vida de la familia de origen, le resultará difícil zafarse de un papel, de participación profunda y ocupar una posición de observador menos apasionado en los momentos en que esto es lo indicado. Y de igual manera, experimentará una resistencia inconsciente a que la familia desarrolle una relacionalidad cada vez más sana entre sus miembros, que él no puede compartir biológicamente, análoga a la resistencia del terapeuta individual a que el paciente sane y, de tal manera, lo pierda.

La bibliografía de este campo está abundantemente salpicada de ejemplos del terapeuta que se impone la tarea de rescatar o proteger al paciente de uno o de ambos padres, sobre la base de una evitación inconsciente del papel de transferencia frente al paciente, los padres, o ambos, de personificados de los "introyectos malos" de los miembros de esta familia. Una auténtica translaboración de las dificultades del paciente y de otros miembros de la familia, requeriría que el terapeuta fuese capaz de soportar, durante todo el tiempo requerido para tal proceso, que lo considerasen estas personas como encarnación de la malignidad de la madre o el padre. Pero es engañosamente fácil verse a uno mismo como salvador potencial, desprovisto por definición de hostilidad, y considerar al paciente como una víctima de la hostilidad de los padres, exenta igualmente de odio. Así también, las satisfacciones activas que produce el papel de buen padre (o buen hijo), si puede uno seguirlo desempeñando, son realmente grandes. Por ejemplo, cuando un padre paranoide, que comúnmente me consideraba en el grupo familiar como si fuese la personificación del mal, durante un tiempo me vio de manera contrastante por completo y me dijo, sonriendo benévolamente: "si usted es inocente, entonces es inocente"; yo me sentí simplemente invadido por un sentimiento de pureza y de bondad benditos, que debió haber sido una de las experiencias emocionales de una primera infancia cuyo recuerdo ahora se ha perdido para siempre.

Las dramáticas confrontaciones "interpersonales" a que da lugar la terapia familiar, propenden a borrar la visión del papel esencial que desempeñan tales introyectos. Burton (1961) nos dice, acerca de la terapia de una mujer esquizofrénica:

... su mejoría no estuvo aparejada al crecimiento de su familia, la cual había realizado una gran inversión emocional inconsciente en el mantenimiento de su enfermedad. En la terapia familiar, por primera vez pudo presentarles a su padre y su esposo sus necesidades de persona y señalar, lógicamente, la parte que les correspondía en su enfermedad. En este momento, el esposo habló de su ambivalencia en lo relativo a reanudar su vida con ella fuera del hospital, y empezó a beber de nuevo...

De manera semejante, Jackson (1961) observa que
... quizá el aspecto más importante de la psicoterapia familiar sea que el paciente tiene que ver a sus padres como personas reales...

Lo que quiero decir es que nos inclinamos demasiado a considerar tales confrontaciones como si fuesen sucesos genuina y exclusivamente interpersonales, sin percatarnos del papel etiológico esencial que desempeñan los propios introyectos patógenos del paciente, proyectados aquí sobre el cónyuge o los padres.

Parece evidente que, a fin de que el terapeuta trabaje eficazmente en la terapia familiar de la esquizofrenia, su identidad como padre debe ser aceptable para él y estar tan bien elaborada y establecida como su identidad de niño, pues de otra manera tenderá indebidamente a identificarse demasiado con el paciente como hijo e, inconscientemente, a vengarse (de los agravios de su propia infancia) en los padres del paciente. Aparentemente, para satisfacer las necesidades terapéuticas de la familia, como estas cambian momento tras momento, debe ser capaz de cambiar su identificación de manera fácil y fluida, y pasar del hijo al padre y viceversa. Entiende uno aquí que, por más limitada que llegue a demostrarse que resulta esta forma de terapia, como método terapéutico, uno de sus valores perdurables nacerá de la madurez que exige, y por consiguiente fomenta en el terapeuta, madurez que sólo podrá incrementar sus resultados terapéuticos en la psicoterapia individual también.

OBSERVACIONES FINALES

El entusiasmo que despierta en nosotros este nuevo y prometedor enfoque terapéutico de la esquizofrenia, no debería hacernos olvidar que el paciente es, de manera característica e independientemente de cuán grandes sean las contribuciones etiológicas de otros miembros de la familia, el miembro de la misma que está más profundamente enfermo.[■]

Esta aseveración constituye un resumen preciso de mi propia experiencia clínica, la cual, como reconocí al principio, se inclina considerablemente del lado de la terapia individual con pacientes crónicamente esquizofrénicos, como explicaré con más detalle. Cuando califico al paciente de ser el individuo característicamente más enfermo de la familia, hago referencia a los respectivos funcionamientos del ego de los diversos miembros de aquélla, considerados como individuos.

[■] *La validez de la anterior aseveración ha sido puesta en tela de juicio por personas que cuentan con muchísima más experiencia que yo en la terapia familiar.*

Así pues, aunque este nuevo campo pide a gritos una exploración vigorosa, no deberíamos ingresar en él a manera de huida de la tarea de encarar en toda su profundidad la propia psicopatología del paciente, de eludir, por ejemplo, la tremenda profundidad de su hostilidad, desesperación, pesar y necesidad de dar y recibir amor, y la profundidad no menor e impresionante en el mismo grado, por ejemplo, del amor y el odio ambivalentes de uno mismo y, por consiguiente, de la desesperación en lo concerniente a él. Es demasiado fácil llegar a convencerse, con él, de que su propia enfermedad está ahora resuelta efectivamente y que el único problema que le resta consiste en la aflicción que le produce su madre o padre maliciosos, de manera que, con sólo que se pueda arrastrar a éstos a la situación terapéutica y se revele ante todos la magnitud de sus contribuciones respectivas, este paciente fundamentalmente sano y amoroso podrá entonces funcionar de manera correcta.

Es especialmente importante que nos demos cuenta de que estos problemas orientados a la familia pueden ser translaborados en la relación terapéutica individual, y de que tiene que efectuarse dicho proceso para que el paciente alcance el nivel más profundo de integración personal que se pueda. Es perfectamente posible que lleguemos a ver la terapia familiar como el complemento más valioso de la terapia individual; pero dudo que pueda llegar a reemplazar, en valor integrativo, la resolución del paciente en la relación de transferencia con el terapeuta individual - independientemente de que esta relación sea ostensiblemente diádica de sus conflictos intrapsíquicos, con referencia no sólo a alguna otra persona, sino a todos los miembros de la familia simultáneamente. Es decir, tal como hemos visto que un paciente puede formar una transferencia maternal adecuada a un terapeuta de sexo masculino, y una transferencia paterna adecuada a un terapeuta femenino -es decir, sin que en esta etapa de la terapia se requiera una transferencia a otro terapeuta del sexo opuesto- como indica mi experiencia, la transferencia puede alcanzar la necesaria multiplicidad también, aunque dirigida hacia el terapeuta, aun cuando a nivel biológico no sea más que una sola persona. El paciente que puede encontrar a la madre, al padre y los hermanos en el terapeuta, simultáneamente, y que puede, mediante identidad esquizofrenia. Respeto su experiencia discrepante y a este respecto mucho mayor, y no me resulta difícil creer que si se contase con la oportunidad de trabajar con un número de familias que contuviesen al inicio del tratamiento a una persona joven, que en fecha reciente hubiese comenzado a manifestar una esquizofrenia aguda, en tanto que alguno de sus padres exhibiese, pongamos por caso, una esquizofrenia ambulatoria existente desde tiempo atrás, entonces podríamos llegar a la conclusión de que el padre, tan a menudo considerado como el "esquizofrénico", el hijo o la hija que en opinión del terapeuta individual lleva la etiqueta de paciente, es quien, en resumidas cuentas, está más gravemente afectado por la psicopatología, etc. Transformar estas imágenes internas proyectadas en partes verdaderamente integradas de sí mismo, se convierte por ello, creo yo, en un solo individuo profundamente más integrado que el

paciente cuya relación de transferencia se distrae y dispersa sobre los diversos miembros reales de la familia de origen, en un enfoque de terapia familiar exclusivamente.

El espacio de que dispongo me permitirá mencionar muy pocos de los ejemplos de "transferencia familiar" que he llegado a descubrir en las relaciones de tratamiento individual, y que me han convencido de que la terapia individual puede y debe extenderse hasta este reino, y que la familia en su totalidad es la que se presenta en la escena de la terapia individual y no se la debería traer a la misma como algo más que un adjunto para nuestro enfoque sobre el individuo. Una mujer paranoide que se quejaba de mí con una enfermera, le dijo: "¿quién demonios se cree que es? ino es mi padre ni mi madre!" Más tarde, en el transcurso de una sesión, dijo: "usted, Edgardo, papá y Luisa...". Edgardo y Luisa eran los nombres de dos de sus hermanos; en esta etapa de la terapia veía a todas las demás personas, a mí, como personas múltiples, y en innumerables ocasiones representé para ella, simultáneamente, a varios de los miembros de su familia de origen. Durante años no había sido visitada por ninguno de sus tres hijos y negaba firmemente que los tuviese. Me sentí desconcertado y desesperanzado en lo que respecta a la manera de salvar este abismo tan grande en la vida real; pero mi preocupación se redujo a medida que comencé a darme cuenta del grado en que lograba apreciarme en la transferencia, como si fuese alguno de sus hijos, y al translaborar en este ambiente su ansiedad, hostilidad, pesar, etc., respecto de su hijo de cinco años, su hija de siete y su hijo de tres, que en la actualidad tienen varios años más. Estos acontecimientos en su transferencia ayudaron enormemente a preparar el camino para la reanudación de las relaciones con sus hijos en la vida real.

Un hombre hebefrénico vivió durante años en un mundo predominantemente alucinatorio. Poco a poco, la calidad caótica, incoordinada, de este mundo "interpersonal" en el que vivía, fue cobrando, con consistencia cada vez mayor, la identidad de su familia de origen; pero todavía reaccionaba ante mí como si poseyese yo mucha menos sustancialidad de carne y hueso que los miembros familiares de sus alucinaciones. A medida que el tratamiento avanzó todavía más, sentí que ya no era simplemente un espectador en esta escena familiar; estaba ahora ya la par de estas figuras alucinatorias, respecto "de las cuales", más de una vez, había sentido celos a causa de la vivacidad de las interacciones del paciente con ellas y las escasas migajas de reacción emocional que a mí me habían tocado. Más tarde, me hizo saber que ahora yo era más importante para él que estas alucinaciones, cuyo surgimiento en su mundo ya podía rastrearse más fácilmente a las vicisitudes de la relación real e identificable entre él y yo. En cierta ocasión en que estaba yo tratando de comprender qué opinión se formaba de mí, me explicó en tono compasivo: "para mí, usted es un padre. Todos se han ido. Martín (el nombre del paciente) se ha ido, Leonardo (un hermano muerto en Corea) también, y Esther (una hermana que hacía tiempo se había ido a vivir a un país extranjero) ha hecho

lo mismo; usted es el único que queda". No puedo expresar con propiedad lo profundo y vivaz del sentimiento de familia que contenían sus palabras, su transferencia a mí como la personificación de su padre anciano y solitario, de quien esta visión era realmente verdadera.

Una mujer hebrefrénica con la que actualmente estoy trabajando, se experimenta a sí misma y a mí como sendas multitudes, y espero que habrá de pasar todavía mucho tiempo antes de que la integración de su ego avance lo suficiente, como para que aparezca la transferencia familiar comparativamente simple e identificable que presente alguna consistencia, como ocurrió en el trabajo con el hombre del que hablé en el párrafo anterior. Por supuesto, estas transferencias múltiples representan un gran esfuerzo para el terapeuta, porque lo amenazan con la fragmentación de su ego (Searles, 1959b).

La exploración de la terapia familiar de la esquizofrenia enriquece y hace más vívido el concepto que uno se forma también de la familia saludable. Supongo que, tal como en el desarrollo individual del ego existe normalmente una fase simbiótica que cede su lugar más tarde a la individualización, existe una fase simbiótica para la familia saludable, que, para que la familia cumpla su destino sano y alcance éxito psicológicamente como familia, tiene que dar lugar a la individualización efectiva de sus diversos participantes (o, en el caso de los adultos, al ahondamiento de la misma). Es decir, los conspicuos fenómenos simbióticos de objeto parcial y proyectado que uno descubre en la familia del paciente esquizofrénico, tienen equivalentes menos cargados de conflictos en el desarrollo de la familia sana. Cuando se le contempla en un determinado momento, la familia es un grupo de personas; pero a lo largo de los años de su evolución, aquélla se nos presenta como un proceso de individualización a partir de la simbiosis.

Tal vez la forma más madura de interrelacionalidad entre los introyectos de la persona sana pueda designarse idealmente con los términos "familia de introyectos", o relacionalidad de familia entre sus introyectos. Es notable que la familia esquizofrénica en su conjunto queda privada, en comparación con otras familias, por su aislamiento y tal como le sucede al paciente esquizofrénico, del conocimiento de relaciones familiares más sanas; y no parece ser adecuado emplear a una familia sana para satisfacer las necesidades de identificación de otra familia trastornada. Pero en los casos afortunados en que el terapeuta familiar ha madurado suficientemente, de manera que se ha alcanzado una interrelacionalidad entre sus introyectos, la familia puede encontrar en él a la familia saludable con la que anhela identificarse. En este sentido, puede constituir un puente que ellos podrán atravesar para salir de su aislamiento, como familia, y penetrar en el mundo de las familias más sanas que la rodean.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arieti, S. (1961). Introductory notes on the psychoanalytic therapy of schizophrenics. En A. Burton (dir.) *Psychotherapy of the psychoses*. Nueva York: Basic Books, págs. 69-89.
- Bak, R. C. (1954). The schizophrenic defence against aggression. *Int. J. Psychoanal*, 35, 129-134.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 7, 389-417. Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. L. (1962). Family concept of hospital treatment of schizophrenia. En J. Masserman (dir.) *Current psychiatric therapies*, vol. II. Nueva York: Grune & Stratton, págs. 159-166.
- Bowen, M. (1960). A family concept of schizophrenia. En D. D. Jackson (dir.) *Etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, págs. 346-372.
- Brodey, W. M. (1959). Some family operations and schizophrenia: a study of five hospitalized families each with a schizophrenic member. *A.M.A. Arch. gen. Psychiat.* 1, 379-402.
- Brodey, W. M. (1961). The family as the unit of study and treatment workshop, 1959; 3, image, object and narcissistic relationships. *Amer. J. Orthopsychiat.* 31, 69-73.
- Burton, A. (1961). The quest for the golden mean: a study in schizophrenia. En A. Burton (dir.) *Psychotherapy of the psychoses*. Nueva York: Basic Books, págs. 172-207.
- Havens, L. L. (1962). The placement and movement of hallucinations in space: phenomenology and theory. *Int. J. Psychoanal*, 18, 426-435.
- Hendrick, I. (1931). Ego defense and the mechanism of oral ejection in schizophrenia. *Int. J. Psychoanal*, 12, 298-331.
- Jackson, D. D. (1961). The monad, the dyad, and the family therapy of schizophrenics. En A. Burton (dir.) *Psychotherapy of the psychoses*. Nueva York: Basic Books, págs. 318-328.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. Londres: Hogarth Press and Inst. of Psychoanal.
- Klein, M., Heimman, P. y Money-Kyrle, R. (dir.) (1955). *New directions in psycho-analysis*. Nueva York: Basic Books.
- 558 Cap. 12 Tratamiento familiar a la psicoterapia de la esquizofrenia
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S. y Terry, D. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. marital schisms and marital skew. *Amer. J. Psychiat.* 114, 241-248.
- Lidz, T. y Fleck, S. (1960). Schizophrenia, human integration, and the role of the family. En D. D. Jackson (dir.) *Etiology of schizophrenia*. Nueva York: Basic Books, págs. 323-345.
- Schwartz, M. S. y Will, G. T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 16, 337-353.
- Searles, H. F. (1951). Data concerning certain manifestations of incorporation. *Psychiatry*, 14, 397-413.
- Searles, H. F. (1958). Positive feelings in the relationship between the schizophrenic and his mother. *Int. J. Psychoanal*, 39, 569-586 (Reim Abraham, K., 79, 101)
- Bowen, M., 30, 31, 32, 41, 43, 141, 185,
presos con el título de "Positive Gefühle in der Beziehung zwischen dem Abrahams,
J., 27, 220, 257-290, 510, 535, 539, 548
Schizophrenen und seiner Mutter", en *Psyche*, 1960, 14, 165-203).

Ackerman, N. W., 45, 185, 291-337, 419
 Bowlby, J., 79
 Searles, H. F. (1959a). The effort to drive the other person crazy-an ele Albee, E., 495

 Bowman, C. C., 467
 Arieti, S., 535
 Boyd, I., 487399, 534,
 ment in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. Brit. J. med. Arrington, R.
 E., 501
 Bray, D., 26
 Psychol. 32, 1-18.
 Asch, S. E., 476
 Brodey, W. M., 33, 73, 348,
 Searles, H. F. (1959b). Integration and differentiation in schizophrenia: Auerbach, A.
 H., 377 535
 an over-all view. Brit. J. med. Psychol. 32, 261-281.
 Brody, M. W., 125, 257
 Searles, H. F. (1961a). Evolution of the mother transference in psychothe Bach, G., 66
 Buber, M., 75, 82, 83, 87
 Buhler, C., 66, 179
 rapy with the schizophrenic patient. En A. Burton (dir.) Psychotherapy Bachove, C.,
 485
 Burgess, E., 465
 of the psychoses. Nueva York: Basic Books, págs. 256-284.
 Back, K. W., 474 Burrige, K. O. L., 445
 Searles, H. F. (1961b). Sexual processes in schizophrenia. Psychiatry, 24,
 Bak, R. C., 544
 Burton, A., 552
 87-95.
 Baldwin, A. L., 479
 Bychowski, G., 28
 Towne, R. D., Sampon, H. y Messinger, S. L. (1961). Schizophrenia and Bales, R. F., 47,
 348, 356, 360, 468, 469,
 Cantril, H., 476
 473, 482, 484, 485, 488, 496, 498,
 the marital family: identification crises. J. nerv. ment. Dis. 133, 423 499, 500, 501,
 503
 Caputo, D. V., 484
 Balint, M., 57
 Carrol, E. J., 44, 229
 Wynne, L. C., Rickoff, I. M., Day, J. y Hirsch, S. I. (1958). Pseudomu Balis, N., 419

Blake, R. R., 457
Bishop, B. M., 480
Birdwhistell, R. L., 472, 510
Bion, W., 348, 380
Berne, E., 161
Berlin, I. N., 28
Bentley, A. F., 510
Bennett, L., 477
Benedek, T., 543
Bell, J. E., 25, 29, 45, 46, 185, 439
Beckett, P. G. S., 27
Bavelas, A., 477
Bauman, G., 505
Bauer, I. L., 27
Bateson, G., 39, 88, 89, 407, 439, 478
Basamania, B., 257
 118, 179, 194, 419, 421, 448
Day, J., 36, 37, 38, 153, 168 208, 233,
Davidson, R. S., 463
Davideit, C., 419
Dager, E. Z., 465
Dicks, H. V., 227
Dixon, J., 419
Dollard, J., 450
Dow, Mrs. H. P., 419
Drechsler, R. J., 480
Dunham, H. W., 47
Dunham, R. M., 484
Dysinger, R. H., 257
D'Zmura, T., 44, 488
Eaton, J. W., 47
Ehrmann, W., 465
Eisenstein, V. W., 28, 29
Eissler, K. R., 162
Elles, G., 44
Ellison, E. A., 26, 34
Emerson, R., 44, 448
English, A. C., 122
English, H. B., 122
Epstein, N. B., 477, 518
Erikson, E. H., 24, 59, 96, 102, 195, 346,
Esterson, A., 397, 407, 408, 440, 472, 477, 478, 480
Fairbairn, W. R., 47, 61, 98, 118, 196,

Farber, L. H., 167, 355
Farina, A., 483, 484
Federn, P., 102
Felder, R. E., 24, 42, 236, 376-396
Fenichel, O., 58, 61, 73, 76, 93
Ferreira, A. J., 486, 487
Festinger, L., 436, 474
Fichte, J. G., 61
Findlay, J. N., 61
Fisher, S. A., 9, 487, 513
Fitzgerald, F. S., 448, 449
Fleck, S., 34, 35, 232, 405, 535
Fogelson, R. D., 419-462, 511
Fouriezios, N. T., 474, 496
Frakes, J. R., 463
Framo, J. L., 42, 43, 49, 61, 66, 119,
Franklin, P. F., 291-337
Franz, J. D., 338
Frazee, H. E., 34
Freedman, M. B., 496
French, J. R. P., 475, 510, 536
Freud, S., 56, 61, 70, 74, 79, 93, 101,
Friedman, A. S., 43, 75, 82, 83, 87, 118,
Fromm, E., 24
Fromm-Reichmann, F., 26
Frosch, J., 123
Frost, R., 475
Galvin, J., 26
Garnezy, N., 483, 484 440, 510, 553
Gerard, D. L., 26
Gerbrands, H., 503
Goffman, E., 47, 208, 250, 434, 491
Golden, M., 44, 488, 489
Goodenough, W. H., 443
Goodrich, D. W., 489
Goolishian, H. A., 44
Greenson, R. R., 123
Griffin, M. E., 27
Gross, N., 474
Grotjahn, M., 45, 46
Guetzkow, H., 474, 496, 501
Guiness, A., 449
Guntrip, H., 47, 61, 98, 101, 169, 196

Gurevitch, S., 27
Gyarfas, K., 118
Hadley, E. E., 527
Haeberle, A., 501
Hajdu-Gimes, L., 34
Haley, J., 24, 25, 39, 40, 41, 42, 188, 225,
Hallowitz, D., 44
Halperin, A., 38, 338, 341
Hamilton, D. M., 26, 34
Handel, G., 47
Handlon, J. H., 30, 217
Hanson, D. A., 465
Hare, A. P., 468
Harlow, H. F., 79
Harris, F. G., 338
Hartmann, H., 61
Havens, L. L., 538
Hayward, M. L., 46
Hegel, G., 61
Heidegger, M., 60
Hemingway, E., 449
Hemphill, J., K., 469
Hendrick, I., 538
Henry, J., 447
Hermann, L, 79
Hess, R. D., 47
Heyns, R. W., 501
Hill, L. B., 29, 32, 194, 465, 510
Hill, R., 465
Hirsch, S. L, 36, 37, 338, 353, 360, 406,
Hoedemaker, E., 371
Hoffman, D. K., 481
Hollender, M. H., 118
Hollingshead, A. B., 47
Hoover, C., 338
Horney, K., 24
Howells, J. G., 44
Hutt, M. L., 474
Jackson, D. D., 25, 40, 185, 200, 407,
Jackson, J., 44
Jansen, L. T., 474
Joel, W., 473 107, 123, 170, 512
Johnson, A. M., 27,

Johnson, N., 389
Jones, M., 119
Joselyn, I. M., 30
Jungreis, J. E., 43, 184, 219
Kaden, S., 507
Kanner, L., 28
Kasanin, J., 26
Kelley, H. H., 477
Kenkel, W. F., 481
Killian, L. M., 475
Klein, M., 61, 74, 98, 348, 531
Kluckhohn, F., 47
Knight, E., 26
Kohn, M., 27, 46
Kubie, L. S., 224, 225
Kvarnes, M. J., 275
Laing, R. D., 47, 397-418, 511
Leary, T. F., 485, 486, 496
Leavitt, H. J., 477
Lee, A. R., 398
Levinger, G., 485
Levy, D., 25
Lidz, R. W., 26, 34, 42
Lidz, T., 34, 35, 41, 232, 406, 533
Limentani, D., 28
Lincoln, G., 463
Lindemann, E., 497
Lippitt, R., 501, 503
Lomas, P., 398
Lorenz, K., 80
Loveland, N. T., 506
Lyketos, G. E., 44
MacGregor, R., 43
Mahler, M. S., 28
Mahoney, V. P., 125
Main, T. F., 44
Malone, T. P., 24, 42, 164, 377, 389
Mangus, A. B., 488
Marcel, G., 60
March, J. G., 481
Martin, W. E., 474
Mead, G. H., 67
Meissner, M. W., 44

Mendell, D., 32, 281, 513
Menninger, K., 221
Messinger, S. L., 43, 55, 536
Meyer, H. J., 469, 234, 338, 341, 351, 352, 360, 405,
Midelfort, C. F., 30, 31, 48, 183, 498, 510, 536
Mills, C. W., 472, 473
Mitchell, H. E., 486
Mittelman, B., 28
Moreno, J. L., 24, 28
Moustakas, C. E., 480
Mouton, J. S., 457
Myers, J. K., 47
Neubeck, G., 28
Newcomb, T. M., 475
Nimkoff, M. F., 465
Nizer, L., 230, 494, 496
Nye, F. L., 465
Oberndorf, C. P., 28
O'Hara, J., 449
Opler, M. K., 47
Orne, M. T., 470
Osgood, C. E., 484
Parloff, M. B., 24, 30, 217, 507
Parsons, T., 47, 348, 356, 360, 471
Pepitone, A., 475
Pfuetze, P., 67, 75
Phillips, L., 507, 508
Pollak, O., 46, 520
Prout, C. T., 231
Radin, P., 461
Rank, O., 164
Rapaport, D., 64, 79, 170
Rapaport, R. N., 47
Rapaport, R. V., 47
Redl, F., 216
Redlich, F. C., 47
Reidy, J. J., 44
Reithard, S., 26
Richardson, H. B., 30'
Richman, J., 380
Roberts, B., 47
Rodnick, E. H., 482
Rogers, C. R., 434, 436

Roman, M., 505
Rose, J., 98
Roseborough, M. E., 468
Rosen, J. N., 47, 381, 382
Rosenbaum, C. P., 44
Rosenthal, D., 471
Rosenzweig, S., 26, 164, 165, 236, 252, 338, 511
Ross, W. D., 27
Ryckoff, I. M., 36, 38, 152, 178, 233,
Rubinstein, D., 23-55, 121, 179, 240, 463,486
Ruesch, J., 477
Sage, P., 26
Sampson, H., 43, 55, 536
Sanua, V., 27
Sartre, J. P., 74, 82, 404
Satir, V., 25
Schaffer, L., 38, 168, 208, 338, 341, 351,
Schalock, H. D., 480
Scheff, T. J., 47
Scheflen, A. E., 463, 472, 511
Schindler, R., 44
Schmideberg, M., 152, 471
Schwartz, M. S., 41, 545
Searles, H. F., 47, 165, 194, 200, 221,
Sehachter, S., 474
Shaffer, P., 250
Shapiro, D., 473
Shapiro, M. 1., 480
Shapiro, R., 346
Sheer, D., 487 485, 515
Siegel, J., 26
Sigel, I. E., 180
Simmel, G., 472 342, 451, 470,
Singer, M. T., 351, 355, 506
Sivadon, P., 32
Slater, P. E., 469
Slavson, S., 24 222, 225, 236, 238, 376-396, 346, 347
Sohler, D., 505
Sonne, J. C., 43, 184, 219, 263
Speck, R. V., 43, 184, 219, 263
Spiegel, J. P., 25, 29, 45, 46, 47, 157,
Spiegelberg, H., 60
Steinzor, B., 496

Strodtbeck, F. L., 468, 472, 473, 479,
Sullivan, H. S., 24, 25, 33, 485-338-375, 406, 472, 482, 498, 506
Swanson, G. E., 501, 510, 536, 539, 541, 546, 548
Szasz, T. S., 118, 194
Szurek, S. A., 27, 28, 170, 512
Terry, D., 34, 35, 405
Thelan, H. A., 473
Thomas, B. C., 26
Tietze, T., 26
Tillman, C., 26
Titchener, J. L., 44, 488, 489
Tovey, V., 419
Towne, R. D., 45, 536
Varon, E., 27, 216
Vidich, A. J., 481, 493
Waelder, R., 74
Wahl, C. W., 27
Waldman, M., 507
Walker, D., 487
Wallace, A. F. C., 419-462, 511
Walters, J., 465
Warkentin, J., 24, 42, 236, 376-396
Warson, C., 477
Watson, E. J., 27, 143, 146, 153, 156, 157, 197, 203,
Watzlawick, P., 467, 478, 489, 204, 221, 227, 230, 250, 261, 274,
Weakland, J. H., 39, 40, 41, 407, 440, 359
Weil, R. J., 47
Weinberg, S. K., 47
Weiner, O. R., 121, 179, 231, 240, 463 144, 145, 192, 204,
Westie, C. M., 469, 487
Westley, W. A., 477
Whitaker, C. A., 24, 28, 48, 164, 210,
White, M. A., 231
Wilde, O., 231
Will, G. T., 545
Will, O. A., 47
Winnicott, D. H., 387
Withall, J., 473
Wolf, A., 28
Wynne, L. C., 36, 37, 38, 39, 40, 41,
Yi-chuang Lu, 231
Zander, A., 468, 470, 474, 503
Zubaly, B. M., 485
Zuk, G. H., 23-55

ÍNDICE TEMÁTICO

- Acusador**, 271, 272
- Acting out**, 98, 124, 125, 126, 134, 137,
- Adolescencia y adolescentes**, 33, 43, 110,
- Alineación**, definición de, 38
- Alteración**, 511
- Ambivalencia**, 99, 109, 147, 228, 544,
- American Academy of Psychoanalysis**, 119, 122-126
- Amor romántico**, 225
- Amor, sentir**, 225, 226
- "Como si", concepto de, 57, 123
- Animales favoritos**, 263
- en el matrimonio, 223, 231, 249, 477
- Ansiedad**, introducción de la, 33
- esquizofrénica, 478
- Antisemitismo**, 453
- falta de claridad en la, 488
- Antropología**, 419-462
 - niveles de, 504
 - Appointment in Samarra, 449
 - patrones familiares de, 477
- Asignación de papel**, 124, 125, 138, 233
 - teóricos y teoría de la, 24, 40
 - de bondad, 95-99
 - Atlanta Psychiatric Clinic, 48, 210, 238
- "Ausencia de pesar"**, 94
- Autismo infantil**, 28
 - relación autista madre-hijo, 103
 - Autista, fase, 102, 105, 163
 - Autista, relación madre-hijo, 103
- Autoacusador**, 269, 271
- Bales, sistema., 497-500
- Brief Encounter (película)***, 225
- Budapest, escuela psicoanalítica de**, 79
- Buen hijo**, 552
- Buena madre**, 534, 537
- Buen padre**, 552
- y trastornos de los impulsos, 123
- Caos cognoscitivo colectivo**, 350
- Ceguera observacional**, 259
- Cisma y desviación conyugal**, 35
- Coaliciones en las familias**, 472

Cohesividad del grupo, 471

Conceptos de patología individual en comparación con la basada en sistemas, 271, 510

Concepto primitivo de "nosotros", 87
maduro, como diálogo, 83

Colusivos, complementaridades y compartir, 89, 126, 145

Comunicación amorfa, 354

Conflicto de papeles, 46
de maldad, 95-99

Continuo intersubjetivo, 86

Contraindicaciones e indicaciones de la terapia familiar, 182, 185, 338-375

Contrato terapéutico, 127-128

Contratransferencia, 164, 238-239, 367-370, -372, 376-396, 547-553
patrones de la, 381-390
resolución de la, 239, 372, 390-394, 395
véase también Terapia familiar, contratransferencia

Crecimiento, 33
resistencia al, 159
como amenaza., 108
véase también Individualización Cronógrafo de interacción, 496, 497, 503
"Cuestión", 400

Cuestionario familiar, 480

"Cultura terapéutica", 339

Chestnut Lodge Research Institute, 194, 524, 541

Chivo expiatorio, acción o fenómeno del, 86, 97, 145, 189, 204, 213, 219, 232, 294, 296, 472

"Darle por su lado" al paciente, 202 Defensa interpersonal, 511

Delineación bilateral de la identidad, 99

Delirio y la familia, 335

Desarrollo de la personalidad, 103, 104

Deserción, tasa de, 184

Desindividualización, 141, 475
familiar, 141

Despersonalización, 62
psicopática, 70

Deterioro de los padres, transmisión del, 26, 510

Disputas entre los padres, 78, 121, 133, 145, 148, 198

Distanciamiento errático, 350-352 fijo, 352-355

Distorsiones de la transferencia, 72, 236, 240;
véase también Terapia familiar, transferencia en la,

Divorcio, 229, 509, 528
emocional, 31, 42, 191, 266

Doble ligadura, situación de, 39-40, 48, 88, 89, 145, 158, 211, 212, 238, 354, 407, 423, 478

del terapeuta, 387

Dominio

pasivo receptivo, concepto de, 76

"Dozens" (juego), 451

Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, 118, 419, 421, 463

Elección de pareja, 224-225, 508

Ego

familiar, 199

fusión del, 262

integración del, 546

lagunas en el, 124

límites del, 141, 534

psicología del, 64

teoría de la autonomía del, 64

teóricos del, 24

y fenomenología existencial, 58-60

Egos, masa de, 141, 263, 284, 511

Emocional,

divorcio, 31-42, 191, 266

enfermedad, teoría familiar de la, 263

fusión, 262, 265, 266

madurez, prueba de la, 227

unicidad, 262, 264

Enamorado, estar, 225-226

Enfermedad, concepto de, 274-281, 288

Enfoque de cuestionarios, 466, 480

Enfoques psicoterapéuticos diádico y de conjunto, 174-175

Enmascaramiento, 406

"Ensalada de personas", 378, 382, 393

Entrevista textual, 306-333

Envolvimiento,

véase también Hipótesis de las tres de la familia y psicosis, 129-161

generaciones psicótico, 165

Diada, como diálogo, 73

EPPI véase Eastern Pennsylvania Psychia
como protección mutua, 73

Episodios y amenazas eruptivas, 352-355

Diálogo, 81-84, 106, 109, 158

Equilibrio de papeles, 511

interno, 70-74

Equipo de coterapia familiar, 40, 42,

Diferencial semántico, 484
Diferenciación de papeles, 485
Disociacionesintercambio 348-350, 374, 378, 392, 393
escisión entre los coterapeutas, 146, 242
Equipo, enfoque de; véase Equipo de coterapia; Equipo terapéutico
Equipo terapéutico, intentos de escindir el, 146, 265
papeles en el, 98,
véase también Equipo de coterapia,
relaciones entre el, 121, 169-171, 184, 204, 238, 240-242, 343, 372-374, 378,
392, 393
Escalas Fels de conducta de los padres, 479
Esquizofrenia,
como fenómeno familiar, 129-161, 190
como fenómeno emocional, 289
etiología familiar de la, 192, 291-293, 545-547
e interacción de los padres, 487
proceso de proyección familiar en la;
véase Proceso de proyección familiar psicoterapia de la, 193-195, 524-558
Esquizofrenia, terapia familiar en la psicoterapia de la, 129-161, 524-558
Esquizogénesis, 26, 44, 406
Estabilidad en el escenario terapéutico, 361
Estrategia paranoide esquizofrénica, 461
Estudio de caso, el curso de la terapia familiar, 298-306
Estudios sobre interacción familiar, problemas metodológicos de los, 493
revisión de los, 479-490
Estudios sobre investigación de la interacción, 479-490
"Experimental studies of small groups", 468
"Falta básica", 57
Familia
ajuste de la, 284-288
coaliciones en la, 472
como institución, 249-250
como introyección, 195,
como paciente, 122-126,
como proceso, 100, 111,
comprometimiento de la,
defensividad de la, 199
desindividualización de la, 142
diagnóstico de la, 341
dinámica de la, investigaciones sobre, 463-523
"inconsciente", 537
juegos de la, 188
límites de la, 360

patógena, 29-47
toma de decisiones en la, 486, 487
"unicidad emocional" de la, 262
Familia, definición de la, 183, 356-361, 380
generadora de neurosis, 335
generadora de psicosis, 335 poder en la, 482
Familia, patrones de comunicación en la, 477
cuestiones de la investigación de la dinámica familiar, 466-467, 504
estudios de interacción familiar, 479-490
futuro de la, 514 grupo pequeño, 468-479
problemas metodológicos de la, 490-504
puntos de vista acerca de la, 504-505
sobre dinámica familiar, 463-523
Familiar, homeostasis, 48, 64, 292, 510
mejoramiento, 248-249
Familias caóticas, 351
"Family Concept of Hospital Treatment of Schizophrenia, 532 y sigtes.
Family Process (publicación), 43, 44, 465
"Family Therapy as a Research Arena", 515
"Family Treatment of Schizophrenia in the Home" (Proyecta USPH), 118
Fase de individualización, 102, 109-110, 163
de reenvolvimiento, 102, 111
Fenomenología existencial y psicología del yo, 58-60
Fidelidad familiar, 108, 209, 380, 475, 511, 542, 550
Five Finger Exercise (obra de teatro), 250
Foundation's Fund for Research in Psychiatry, 398 y sigtes.
Fragmentación, institucionalización de la, 350
Freud-Abraham, esquema de desarrollo de los instintos de, 79, 101
531
Fronteras intrasujeto, 70-71, 155
Frustración controlada, 165
en los terapeutas, 219-239, 234
Fundación Ford, 524 y sigtes.
Fusión y compartir intersubjetivos, 89, 90, 262, 265, 266
Ganacias secundarias, 193
Gestalt, teoría de la, 65
Grabadoras de cinta magnética, 503
Group Dynamics, 468
"Hacerse el tonto", 208
Handbook of Small Group Research, 468-469
Hermano, muerte del, 27
"Hermano sano", 131, 188, 214
en la terapia familiar, 231-235

Hermanos, mundo de los, 233, 234
Hijos y matrimonio perturbados, 191
Hospitalización, 184, 193, 259, 273-281, 532
Identidad autónoma, 117
 concepto de, 99
 negativa, 438
 problemas de, 452
 reforzamiento de la, 439
Identidad, lucha por la, 419-462, 511
 como juego o negociación, 440-441.
 en la terapia familiar, 454
 en los Estados Unidos, 447-454
 latente, 455, 456
 manifiesta, 455
Identidad,
 material de caso, 421-430
 observaciones transculturales, 442-447
Identificación, 66
 con el terapeuta, 530
 modelos, 168
 primaria, 63, 74
 proyectiva, 73, 348
Impulsos orales dependientes, 80
Incesto, 192
Inconsciente transpersonal, 512-513
 Indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar, 182, 185, 338-375
 Indiferenciación, 151
Individualización, 63, 117, 124, 162, 167, 249, 479, 528, 529
"Integración y diferenciación en la esquizofrenia", 532
 Intercambio de disociaciones, 347-350, 511, 507, 530,
 de síntomas, 513
Introyectos, 196, 205, 225-227,
 533, 551, 553
 Introyectos de los padres, 125, 193, 195,
 201, 203, 205, 229, 233, 236, 241
 decatexisación de, 214
Inventario de relaciones familiares, 488
 para la investigación de las actitudes de los padres, 483, 484
Inversión de papeles, 145, 151, 160, 161, 471
 véase también Paternalización del hijo Investigación, 515
 grupos y familias ad hoc, comparación de, 470, 472
 con grupo pequeño, 468, 513
 sobre interacción familiar, problemas metodológicos de la, 490-504

Investigación transaccional, 510-512
Irrelacionalidad, 151
Jewish Family Service of New York City, 292

Juego o estrategia, teóricos del, 24

La lucha por la identidad, 421, 434

La situación de la enfermedad, 293-294

Lapsus verbales, 125, 138, 139, 141, 142, 145, 155, 156

Liderato, 470-472

Lista de cotejo interpersonal, 485, 486
de cotejo interpersonal de Leary, 467, 485, 486

Lucha de los padres en pro de la fuerza del ego, 213

Madre,
buena, 534, 537
dominante, 25-28, 42, 211, 212
esquizofrenogénica, 26
identificación con el hijo, 211
paciente, simbiosis, 262
patógena, 25-29
sobreprotectora, 25-26

Mal padre, 334-552 **Mala madre**, 552

Maniobra del miembro ausente, 43, 183, 220

Marty (obra teatral), 225

Masa familiar indiferenciada de egos, 125, 141, 263, 511

Matrimonio
acting out en el, 230
comunicación en el, 228, 229-230, 249, 478
colusión interconectada en el, 224-228
en grupos, 47
interacción neurótica en el, 28, 224
objetos internos en el, 225-228
patología, 35
perturbado, 191
y el trabajo de consejero, 341
y relación matrimonial, 195, 266-267
factores inconscientes en el, 224-227

Mecanismos reguladores de la familia, 187

Membrecía en la familia, pérdida de, 545-547

Menninger, Clínica, 258 y sigtes.

Metas de la terapia, 336-337

Midle of the Night (obra teatral), 225

Miembros del personal, como padres sustitutos, 33

Mistificación
descripción de casos, 405-417 concepto de, 398-405 función de, 405-408

Mitos familiares, 134, 138, 148, 157, 203, 207
 My Life in Court, 494
National Institute of Mental Health, 259, 338, 341, 342, 355, 373, 398 y sigtes., 524, 530
Negros, 450, 453, 513
Necesidades familiares de relación, 476
 infantiles, renuncia a las, 221
 posesivas, inconscientes, 108
Neurosis de transferencia familiar regresiva, 369
Neurosis psicótica, 460
 Neurotic Interaction Marriage, 224
 New York State University (Syracuse), Departamento de Psiquiatría, 118
 NIMH, véase National Institute of Mental Health
No parientes como participantes, 264
 "No yo", 265, 267
 "Nosotros", experiencia de, 87, 90, 156
 Novatada, 450
Observaciones transculturales, 442-447
 Omnipotencia esquizofrénica, 478-479
Otredad autónoma, 144
Paciente
 como síntoma de la patología familiar, 30, 186
 como víctima, 38, 48, 192
 en el matrimonio, 192
 dentificación con el, 387
 omnipotencia del, 478
 papel en la familia, 189-190
 síntomas del, 193-195, 202-203, 213
 y proceso de proyección familiar, 271
Padre inadecuado, 25-28, 43, 211, 212, 251
Padres, 34, 35
 como equipo, véase también
 Mal padre, Buen padre, Padre inadecuado Papel amo-esclavo, 202
 de sujeto, 77-81, 149, 157-158
Papel de objeto, 74-76, 124, 149, 156157
 asignación del, 88, 90, 97, 99, 139
 Papel estereotipado, 405
 los teóricos del, 24
 véase también Papel de objeto; Papel de sujeto
 "Parenthood as a Development Phase", 543
 PARI, véase Inventario para la Investigación de las Actitudes de los padres
 Pasividad como defensa, 213

"Paternalización" del hijo, 41, 161, 231, 471, 476
"Patient (The) las the Farnily", 276
Patología familiar, 117, 186
inconsciente compartida, 47
Patrón transaccional, 135
 Patrones de necesidades, 70, 71, 77, 79, 86, 97, 110, 125, 151
 de necesidades relacionales, véase Patrones de necesidades
Pérdida,
 de membrecía en la familia, 545-547
 Pérdida de objeto, 123, 550-551
 de padres, 153
Philadelphia Psychiatric Center, 118
Poder, 443
Posesividad de los padres, 144 necesidades posesivas inconscientes, 108
Potlatch, 443
Praxis y proceso, 398
Prejuicio racial, 453
Presentation of Self in Everyday Life, 491
Presión
 del grupo, 476
 familiar, 476
Prevención, 253
Principio del placer colectivo, 93-94
Privacidad e intimidad, 127-128, 198, 251
Problemas familiares típicos, 198, 211
metodológicos de la investigación familiar, 490-504
Proceso
 concepto de, 101-102
 dinámica del, 380-381
 la terapia familiar como, 116-118
 Proceso de grupo, 56
 entre el personal, 241
 Procesos interpersonales, 526-541
 intrapersonales e interpersonales, 526-541
Programa para el estudio de la comunicación esquizofrénica, 478
Pronosticabilidad, 86-87, 89
Protección, fenómeno de, 199
Proyección familiar, proceso de, 268-270
 esfuerzos clínicos para modificar el, 273
 pasos en el, 273-286
Proyección,
 proceso de, 370-272;
 véase también Proceso de proyección familiar

sobre un grupo, 452
Proyecciones negativas, 452-453
Pseudohostilidad, 36, 37, 40, 41, 48, 88, 108, 353, 406, 407, 482, 510, 539
Pseudoyoes, 265, 266
Psicopatología, transmisión de la, 27;
véase también Hipótesis de las tres generaciones
Psicosis terapéutica, 165
Psicoterapia, experiencial, 42, 377
familiar, véase Terapia familiar Psicoterapia de grupo y psicoterapia familiar,
116, 216-218, 356, 358
Psicoterapéutico, fase particular del, 164-165, 362-364
transaccional, 57
Regresión, 99, 236
esquizofrénica, 544
Relación padre-hija, 34-35
padres-hijo patógena, 26
Relacionalidad con el objeto y narcisista, 534-539
Relacionalidad interna, 71, 155
teorías de la, 64
Relacionarse y relaciones, confusión de la identificación, 125, 140
experiencia y transacción, 56-115
modos de, 65-70, 126, 155-161
narcisista, 195
óptica vs. funcional, 60-64
parcial, 90
proceso, 101-106, 163
teoría de, 57, 65
teoría dialéctica, 57, 58-64
Relaciones externas, 267
Renuncia al objeto, 166
Resistencias, 43, 44, 197, 199, 220, 246
familiares, 198, 216-222, 234
fuentes de las, 222
Reversibilidad de la formación delirante, 291-337
Risa, conducta de, 43
Romance familiar, 225
Room at the Top (película), 225
Rorschach, registro de desarrollo de, 507
Rorschach, test de, 505, 507
Secretos familiares, 203
Selección para la terapia, criterios de, 182, 343-347
Sentimiento familiar, 526, 550
Sentimientos positivos, 542-544

"Separación", 167, 529

ansiedad de, 215

fase de, 102, 110, 163

Ser el sujeto, 76-81, 157

Sesiones del personal, 239

Silencios, 206

Simbiosis y simbiótico, 510

en oposición a concenso, 474

familiar, 545, 551

fase de, 107-108, 163

fusión, 117

Psicoterapia de grupo, Simbiótico, Terapeuta, Terapia familiar

y psicoterapia individual, 393

lazo, 28

problemas de contratransferencia del, y psicoanálisis, 45, 196-246

madre-paciente, 262

resistencia en la, 216

patrones de la, 43, 238-239, 366, 372

y psicoterapia individual, 121, 159-160,

Realidad problemas, 347

pruebas (que se le ponen) al, 160, 166, 174-175, 193-194, 247, 364

reemplazo del, 209

relación, 539

deterioro de la, 189

cíclica, 258-260

relación con el paciente psicótico, 194

y terapia de grupo, 116, 216-217, 355

problemas de la, 196

Síndrome de "no puede vivir contigo, ni sin ti", 227

Terapia de grupo, véase Psicoterapia de 358

pruebas de la, 305

social, concepto de, 59

grupo Terapia individual, como preparación

Terapia familiar 365

Síndrome de yoyo, 189

Síntomas, cambio de, 234

Sistema de papeles, fijación del, 153

Sistema familiar

introyección del, 196-197, 542

patología del, 152

Sistemas

de categorías para el observador, 501

de reglas familiares, 187, 510

Sistemas familiares, 85-100, 186-187, 516

amorfos, 92, 93, 94

patológicos, 30

patrones de los, 44

simbióticos, 86

Small Groups: Studies in Social Interaction, 468

Sobrepotección materna, 25

Solidaridad familiar, 482

Subsistemas familiares, 210-211, 233, 360-361

Superego y lagunas del superego, 95, 107

Supervisión, 392

Tarjetas IBM, 503

TAT, 487

Tavistock Clinic (Londres), 398

Técnica de las referencias reveladas, 472, 480, 482, 492

Técnicas de no involucramiento, 242

Tender las the Night, 448

Teoría de la personalidad, 57, 195

dialéctica de la relacionalidad, 57, 58-64

familiar en comparación con la teoría individual, 260-263, 273

Terapeuta

capacidad de control del, 371

como consultor transitorio, 239

entrenamiento del, 372

véase también Equipo de coterapia; Equipo terapéutico

función del terapeuta de establecer límites, 371

identificación con el paciente, 171, 387-388

interés sostenido del, 370 papel del, 46, 48, 305

características de la, 339, 341

cambio en la familia, 128, 150, 215, 221-222, 244, 247-248

clases de terapeutas disponibles, 336, 369

como influencia perturbadora, 251-252

como proceso, 116-178

connotaciones más amplias de la, 253

constelación familiar en, 356-361 contratransferencia en la, 236-239, 376-396

resolución de la, 239, 271, 394

con un miembro, 264

dependencia de la, 245

etapas en el desarrollo de la, 224

evaluación de la, 246-254

exploratoria; véase

Terapia familiar fase de conexión, 382-384

fase de desprendimiento, 389-390

fase de envolvimientos, 384-389
 fase del proceso psicoterapéutico, 163-167, 362-366
 fases iniciales de la, 197-204
 fases intermedias, 205-216
 fases terminales, 234-246
 fundamentos de la, 162-168, 185-197
 "hermano sano" en, 231-235
 hijos en la, 245
 indicaciones y contraindicaciones, 175-176, 338-375
 lucha por la identidad en la, 454, 460
 metas de la, 162-168, 248
 presencia de los hijos en la, 219, 220
 principios y técnicas, 48-49, 245-256, 282-288
 resistencias en la, 162-168, 186-197
 riesgos de la, 373
 técnicas, véase Terapia familiar, principios y técnicas,
 técnicas activas, 208
 transferencia en la, 42, 66, 236-239, 555
 y manifestaciones esquizofrénicas secundarias, 292
 en el hogar del paciente, 43

Terapia múltiple, 393;
 véase también Equipo de coterapia

Terminación, 215, 234, 253
 amenaza de, 234, 235

Tests de interacción, 505
 proyectivos, 505, 508
 Psicológicos, 281, 505-508
 Tiempo, muestreo de, 501-503

Transferencia, 43, 164-165, 167, 236-239, 456
 en la terapia familiar, 42, 66, 238, 455
 véase también Terapia familiar, Transferencia en la

Transpersonal, patología, 403, 512-513

Trastorno del pensamiento transaccional, 350

Trastornos egosintónicos del carácter, 350
 sintónicos familiares, 371

Trastornos de los impulsos, 64
 y acting out, 123

Tres generaciones, hipótesis y proceso de las, 32, 41, 47, 48, 135, 146, 189,
 Tres personas, grupo de, 472

Tríada interdependiente, 282

Triádico, 268, 269, 270, 271, 272

Tunes of Glory (película), 449

Unidad interaccional de dos generaciones, 379

"Valla de hule", 540-541

Wechsler-Bellevue, tests de, 505

Yo

diferenciación del, 264, 266, 282-284 y otro, 59, 112, 141

Yo de los niños, imágenes del, 75