

I
CONGRESO
IBERO-AMERICANO
DE
PSICOLOGIA SOCIAL

PROGRAMA
E INFORMACION

BARCELONA, 18-22 DE SEPTIEMBRE DE 1978

Este I CONGRESO está organizado por:

- Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Barcelona.
(Prof. Dr. J. OBIOLS).
- Asociación Latino-Americana de Análisis Transaccional.
(Presidente Prof. Dr. A. KERTES).
- Asociación Interamericana de Estudios Sociales.
(Prof. Dr. PEDRO R. DAVID).
- Sociedad Argentina de Psicología.
(Presidente Prof. Dr. NURIA CORTADA DE KOHN).
- Sociedad Argentina de Psicología Social.
(Presidente Prof. Dr. MIGUEL HERRERA FIGUEROA).
- Universidad Argentina «JOHN KENNEDY».

Las actividades científicas se desarrollarán en la REAL ACADEMIA DE MEDICINA, y los temas a tratar son los siguientes:

MIEMBROS DE HONOR

- Honorable Sr. JOSEP TARRADELLAS
President de la Generalitat de Catalunya
- Ilm. Sr. PERE PI SUNYER
Conseller de Cultura
- Ilm. Sr. RAMON ESPASA OLIVER
Conseller de Sanitat
- Excmo. Sr. JOSE M.^a BELLOCH PUIG
Gobernador Civil de Barcelona
- Excm. Sr. J. M. SOCIAS HUMBERT
Batlle de la Ciutat de Barcelona
- Excmo. Sr. ANTONIO M. BADIA MARGARIT
Rector de la Universidad Central de Barcelona
- Excmo. Sr. JOSE LAPORTE SALAS
Rector de la Universidad Autónoma de Barcelona
- Ilmo. Sr. FELIX PUMAROLA BUSQUETS
Jefe Provincial de Sanidad
- Excmo. Sr. PEDRO DOMINGO SANJUAN
Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona
- Prof. BELARMINO RODRIGUEZ ARIAS
Secretario Perpetuo de la Real Academia de Medicina de Barcelona
- Prof. Dr. RAMON SARRO BURBANO
Catedrático Emérito de Psiquiatría y Psicología Médica
- Prof. Dr. FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ
Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica
de la Universidad Complutense de Madrid
- Prof. Dr. MIGUEL SIGUAN SOLER
Catedrático de Psicología de la Universidad de Barcelona
- Prof. Dr. MARIANO YELA
Catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid

PRESIDENTES DEL CONGRESO

Prof. Dr. M. Herrera Figueroa

Prof. Dr. J. Obiols Vié

COMISION ORGANIZADORA

Presidente:

Prof. Dr. Juan Cuatrecasas

Vicepresidente:

Dr. J. L. Martí Tusquets

Secretario General:

Prof. Dr. M. Carreras Roca

Vocales:

Prof. Dr. Julio León

Prof. Dr. Pedro R. David

Prof. Dr. H. Pacheco-Milesi

Prof. Dr. J. L. Premoli

Dr. J. Pujol Doménech

Dr. R. Roig

Dr. J. Llusá

**PROGRAMA
DE
ACTIVIDADES CIENTIFICAS**

Día 18 de septiembre

- 10-12 h. **Entrega documentación.**
- 12.00 h. **Apertura del Congreso:** Salutación Prof. J. Cuatrecasas. Discurso inaugural a cargo del Prof. J. Obiols Vié
- 16.30 h. PSICOLOGIA SOCIAL EDUCATIVA
- **Psicosociología Educativa**
Prof. Dr. M. Herrera Figueroa
 - **La clase como grupo**
Prof. Dr. Miguel Siguan
 - **Interacciones del grupo discente y el contenido del programa**
Prof. Dr. Enrique González Monclús
 - **Psicosociología y formación humana**
Dr. J. R. de Otaola
 - **Adolescente y su medio social**
Dr. N. Rafael Sajón

Día 19 de septiembre

- 10.00 h. **Conferencia Prof. Kertes**
Análisis Transaccional
- 11.00 h. PSICOLOGIA SOCIAL DE LA FRUSTRACION
- **Mecanismos psicológicos de la frustración**
Dr. Oswaldo Tieghi
 - **Repercusiones psicosomáticas de las situaciones de frustración**
Prof. Dr. A. Seva, Dr. F. Dourdil y Dr. J. J. Vázquez
 - **Revisión de la hipótesis de la relación entre frustración y agresión**
Dr. L. García Sevilla
 - **Frustración y factores psicosociales en las neurosis**
Dr. Leandro Herrero
- 16.30 h. LOS INSTINTOS Y POTENCIALES DE ACCION EN PSICOLOGIA SOCIAL
- **Los fenómenos psicosociales de la sexualidad en el momento actual**
Dra. Fernando Monasterio
 - **Agresividad y condicionamiento social**
Dr. Juan Corbella
 - **Sexualidad y condicionamiento social**
Dr. J. Masana Ronquillo y Dra. Aurora Otero
 - **Desarrollo psicosocial sano de la personalidad en la patología de los impulsos**
Dr. Enrique Grañen Raso

Día 20 de septiembre

- 10.00 h. **Conferencia Prof. Mauricio Knobel**
- 11.00 h. LA ACTIVIDAD LUDICA EN PSICOLOGIA Y PSICOTERAPIA
- **La actividad lúdica en la Sociedad humana**
Prof. Dr. Julio León
 - **Actividad lúdica en psicoterapia: Escenoterapia**
Dr. J. Font, Dr. J. M. Ibáñez, Dr. M. Martínez, Dr. A. Pérez-Sánchez, Dr. J. Suris

- Aspectos patológicos sociales de la conducta lúdica
Prof. Dr. Federico Munné
- Aspectos lúdicos del psicodrama
Dr. Leopoldo Caravedo

16.30 h. ACTUALIZACION DEL CONCEPTO DE CONCIENCIA COLECTIVA

- Aspectos neurobiológicos
Prof. Dr. Juan Cuatrecasas
- Aportaciones al concepto de conciencia colectiva
Prof. Dr. Pedro R. David
- Aspectos psicosociales
Dr. Delfín Abella

Día 21 de septiembre

- 10.00 h. Conferencia Prof. R. Sarro
La sociabilidad de la insociabilidad autista

PSICOLOGIA DE LA COMUNICACION SOCIAL

- Mecanismo y desarrollo de la comunicación social
Prof. Dr. Pedro R. David
- Aplicación de la teoría de la comunicación a la interacción familiar
Dr. Fernando Domínguez Inchaurredo
- Aspectos diagnósticos de la comunicación
Dr. M. Sánchez Cano
- Una experiencia de comunicación y cambio familiar
Dr. Luis Irazú
- Investigación psico-social sobre el ambiente del individuo con enfermedades de transmisión sexual
Dra. B. González-Gabaldón, Dr. Moreno González, Dr. Perea Pérez

TARDE LIBRE

Día 22 de septiembre

10.00 h. ENFOQUES CLINICOS Y TERAPEUTICOS DE LOS GRUPOS HUMANOS

- Psicosociología terapéutica en psiquiatría
Prof. Dr. C. Ruiz Ogara
- Fundamentos clínicos del grupo análisis
Dr. José L. Martí Tusquets
- Experiencia en grupos de sensibilización
Dr. José M.ª Sala Blanch
- Terapia del grupo familia desde el punto de vista grupo analítico y psicoanalítico
Dr. Juan Campos Avillar
- Actividad grupal en las instituciones psiquiátricas
Dr. Juan Fco. Sanllehi
- Técnicas dramáticas en psicoterapia de grupo
Dr. Leonardo Satne

17.00 h. **Sesión de clausura:**

HISTORIOGRAFIA PSICOSOCIAL. Prof. Dr. M. Carreras Roca
CONCLUSIONES GENERALES DEL CONGRESO

TERAPIAS DEL GRUPO FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA

GRUPOANALITICO O PSICOANALITICO DEL TERAPEUTA.

I Congreso Ibero-Americano de Psicología Social.
Barcelona, 18-22 de Septiembre 1978.

"Enfoques Clínicos y Terapéuticos en los
Grupos Humanos".

Prof. Dr. Juan Campos Avillar.

Psicoanalista (P.G.C.M.H.)
Analista Grupal (P.G.C.M.H.)
Miembro de la AGPA y de la
Group Analytic Society.

Barcelona (22),
Paseo de San Gervasio 30.

TERAPIAS DEL GRUPO FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA GRUPOANALITICO

O PSICOANALITICO DEL TERAPEUTA

Las terapias de orientación familiar constituyen una nueva modalidad terapéutica que se viene desarrollando rápidamente en el curso de los últimos veinte años. Terapeutas que parten de distintas orientaciones teóricas se dedican a ellas con entusiasmo en todas partes del mundo. Desde el campo de la psiquiatría infantil, desde el de las psicoterapias breves, desde el del tratamiento de la esquizofrenia, desde el de trabajo social ... se acaba adoptando el nuevo enfoque y gracias a él resultan asequibles condiciones patológicas, problemas familiares y de pareja, y sectores de la población que hasta ahora con las psicoterapias individuales o grupales centradas en el individuo enfermo no lo eran.

Dentro de este tipo de terapias caben los más distintos y hasta a veces, contrapuestos e irreconciliables enfoques teóricos. La multiplicidad, ingenio y aparatosidad de las técnicas empleadas, la racionalidad que las justifica y las actitudes de sus promotores asombran, a la vez que repelen en ocasiones o fascinan en otras, a psicoterapeutas habituados a terapias individuales o grupales. La literatura en este campo crece a ritmo acelerado, Glick y Haley (1), recogen más de 2000 títulos de libros y artículos entre el 1950 y el 1970, y desde entonces acá quizás este número se haya ya doblado.

No se sabe en estos momentos de transición y crecimiento si la expansión demostrada por las psicoterapias de orientación familiar representa una moda pasajera, acompañada por el clásico efecto placebo, que genera entusiasmo terapéutico y resultados aparatosos que después amainan, y que con el tiempo está destinado a desaparecer; o bien, por el contrario, se trata de una seria aportación psiquiátrica de la cual, una vez dado el

paso, ya no existe vuelta atrás. Rabkin, un teórico de la Psiquiatría Social más que terapeuta de familia, así lo afirma: "Una nueva medicina, una nueva enfermedad y un nuevo paciente aparecen..." cuando se observa lo que pasa entre los individuos en vez de mirar a lo que hay dentro de ellos; consecuentemente, considerará como radical y esencialmente incompatibles las terapias que él denomina genéricamente como Psicoanálisis - "el amplio ámbito de teoría y práctica orientado a tratar la unidad 'una-persona' mediante la cura hablada" - y lo que él llama Psiquiatría Social (2) - "las teorías y prácticas de tratamiento que se ocupan de grupos" - entre las cuales, naturalmente, incluye a las terapias de familia.

No comparto, por supuesto, ni la definición de psicoanálisis dada por Rabkin, ni sus puntos de vista respecto a la fuente de posible incompatibilidad entre terapias analíticas o psicoanalíticas, y terapias de familia, aun cuando, sí tengo que reconocer, que el paso de unas a otras y en el camino de su transición, la tarea no es fácil, está llena de escollos y para el que lo intenta, será imposible evitar entrar a menudo en conflicto consigo mismo.

Las fuentes de este conflicto son distintas según se plantee el problema a nivel teórico o a nivel práctico y más concretamente en la forma cómo éste es vivido por el terapeuta, tanto conceptualmente, como en su aplicación concreta a la clínica y en el ejercicio de una psicoterapia. El divorcio entre teoría y práctica, por lo menos para los psicoterapeutas que participan de la cultura psicoanalítica, es una dicotomía artificial y abstracta. En otros campos de las ciencias de la salud cabe, perfectamente una clara y distinta diferenciación entre lo que es investigación y lo que es aplicación a la clínica y donde, por supuesto, lo que el clínico piensa y recomienda para otros no tiene por qué aplicárselo a sí mismo. El médico puede perfectamente intentar disuadir de fumar al paciente advirtiéndole del peligro que la ciencia ha demostrado representa, al mismo tiempo que enciende un cigarrillo y sabe, por experiencia, cuán inútil es el miedo y la conciencia del peligro para dejar de fumar. En psicoanálisis, en cambio, la investigación es terapia y la terapia investigación; el in-

investigador-terapeuta - el psicoanalista - para poder hacer ambas cosas primero tiene que ser investigado - tratado, psicoanalizado - con lo cual el análisis moldea la mente del analista, pasa a formar parte de su personalidad a la vez que le socializa dentro de una cultura, de un sistema, que constituye una sociedad aparte. Los problemas teóricos, para el analista, tienen consecuencias no solo clínicas, sino también personales a nivel de su filosofía de vida, a nivel de sus relaciones profesionales con los colegas y con los pacientes y a nivel de sus relaciones interpersonales, sociales y de familia.

El psicoanálisis es además de un sistema consistente de psicología y de psicoterapia, una filosofía y una organización social que funcionan dentro de una ideología. Los descubrimientos del psicoanálisis, los cambios en los psicoanalistas y la organización social del análisis, establecen un proceso dialéctico con la praxis de las psicoterapias y la organización social de las mismas. Como bien dice Jean Pouillon, antropólogo francés, "preguntar quién debe ser curado, por qué medios debe ser curado, quién puede curar y por qué, es preguntar acerca de los valores, de las creencias y de la estructura de la sociedad en cuyo marco de referencia éstas cuestiones se proponen"(3). No pretendo, ni con mucho, ser tan ambicioso como para atacar aquí tan vasto problema a nivel sociológico. Tampoco voy a dedicar demasiado tiempo a analizar la controversia entre enfoques teóricos en pugna ni a exponer soluciones eclécticas en terapias de familia. Lo que intento es sencillamente, desde el marco del psicoanálisis y del grupoanálisis en los que me siento y estoy englobado, compartir aquí la experiencia que ha supuesto para mí, primero, dar el paso que en nuestro ambiente supone ir desde la práctica de las psicoterapias individuales y grupales - orientadas hacia el individuo - a las terapias de familia y de pareja - orientadas hacia el grupo - y, segundo, una vez asegurado este paso, presentar las dificultades que a nivel de consulta y a nivel de terapias confronta el terapeuta que dispone dentro de su armamentarium terapéutico de una

amplia gama de posibilidades. Resulta a veces difícil distinguir dónde empieza y dónde acaba la terapia de familia, decidir en cada caso qué tipo de psicoterapia aplicar, pero sobre todo encontrar la manera de articular ésta con otras modalidades terapéuticas inspiradas en marcos conceptuales o niveles de intervención distintos y ajenos a ellas.

Contestar a la pregunta del cuestionario Pouillon "¿quién debe ser curado?" con la respuesta "la familia" supone poner en tela de juicio todo lo que hasta ahora fue costumbre en las profesiones de cura. Esto supone un cambio de objeto para las ciencias y las técnicas de cura. El psicoanalista es parte de un sistema terapéutico orientado hacia el cambio de la situación mental de un individuo, ahora tiene que pasar a hacerlo con un grupo especial que es el de la familia.

Los obstáculos a vencer para llegar a disponer de un sistema coherente de pensamiento, acción y actitud varían con el tipo de psicoterapia y con el tipo de psicoterapeuta concreto. Generalizar a partir de ello es posible o no según lo que signifique para uno. Las terapias de familia más que una cuestión de método y de enfoque teórico son una cuestión de orientación hacia la familia, una cuestión de óptica, una cuestión de prejuicio luego, y solo últimamente una cuestión de técnica. Estas cuestiones, previamente a plantearlas a nivel del terapeuta concreto, idealmente debieran ser estudiadas a nivel de los sistemas socio-profesionales, a nivel de la comunidad de profesionales-científicos en la que el terapeuta - sobre todo si psicoanalista - viene inscrito y de los que es parte (X). Considerar al individuo en función de su ambiente social, característica principal de las terapias de familia, debe ser aplicado con igual rigor al terapeuta que a las terapias que él practica.

(X) Kuhn, en "La Estructura de las Revoluciones Científicas", hace notar que en el campo de la medicina, de la tecnología y la abogacía - profesiones cuya raison d'être es una necesidad social externa - la adopción de un nuevo paradigma no tiene el efecto revolucionario que supone en el resto de las ciencias (4).

De acuerdo con esta filosofía, examinaré pues los marcos en que me veo incluido, primero el psicoanalítico, después el grupoanalítico, para pasar finalmente a discutir la problemática que a nivel de la clínica se presenta.

Quiero con todo, antes de ello, hacer explícito el prejuicio a partir del cual ataco este estudio. Existen básicamente dos tipos de terapias de familia, unas son las analíticas, otras las sistémicas. Las primeras están inspiradas por el Psicoanálisis, las segundas en la Teoría General de Sistemas (T.G.S.). Yo me muevo en mi conceptualización y en mi praxis dentro de las primeras. En su desarrollo el psicoanálisis se aplicó primero a individuos, después a grupos y ahora se intenta lo mismo con grupos de familia. A cada nivel de organización social y psicológica tendré que aplicar nuevos conceptos. Solamente a cada nivel de organización es aplicable aquello que ha sido descubierto para ella. El paso desde la situación clínica del psicoanálisis individual a la que se hace necesaria para el tratamiento conjunto de varios miembros de una misma familia, no es viable conceptualmente si se prescinde del desarrollo teórico intermedio que supuso hacerlo primero en grupos constituidos por extraños con fines terapéuticos. Las psicoterapias de familia constituyen una modalidad de terapia grupal, donde la única diferencia con las terapias analítico-grupales tradicionales está en la naturaleza del vínculo que une a todos sus miembros que en este caso deriva de su pertenencia a la misma familia. De entre los distintos enfoques teóricos derivados del psicoanálisis el que para mi resulta más satisfactorio para su aplicación al grupo de familia es el del Grupoanálisis y éste es el que adopto, por las razones que expondré después, en mis terapias grupales tanto analíticas - en grupo de extraños - como de familia.

TERAPIAS PSICOANALITICAS DE FAMILIA, UN NUEVO RETO AL PSICOANALISIS

El advenimiento de las terapias de familia pone de nuevo a prueba la adaptabilidad del psicoanálisis y la flexibilidad de su marco conceptual para abarcar, amoldarse y absorber nuevas modalidades terapéuticas distintas a aquella en que el psicoanálisis se originó y para las que es propiamente aplicable. Sucedió así con las análisis infantiles, con el análisis de psicóticos, con el de psicópatas, y se hizo con éxito. Más dificultad ha encontrado con las terapias analíticas de grupo, pero por fin ésta empieza a ser superada y cada día las terapias de grupo reciben mayor aceptación en los círculos psicoanalíticos, hasta el punto que hoy en algunos de sus institutos se empiezan ya a formar psicoterapeutas grupales (5).

La historia se repite. Cada vez que un psicoanalista se aventura en un campo fuera de lo pautado sus descubrimientos son contemplados con recelo y se pone en cuestión lo "analítico" de este nuevo tipo de terapias. Una vez que teórica y prácticamente se demuestra que con este tipo de terapia pueden alcanzarse total o parcialmente los mismos resultados que en psicoanálisis y que los principios básicos de éste no tienen por qué ser modificados, disminuye la resistencia oficial y la nueva modalidad terapéutica es aceptada. No sé si este será el caso con las terapias del grupo familia, ni es mi propósito analizarlo a fondo en este trabajo, más bien lo que en él me propongo es darle un enfoque clínico y recoger la experiencia que como terapeuta, formado originalmente como psicoanalista y como grupoanalista, y con más de quince años de dedicación a la terapia familiar, llevo recogida.

Las dificultades técnicas del analista, formado y experimentado en unas modalidades terapéuticas que van orientadas hacia el individuo, cuando empieza a trabajar con familias son varias y derivan de diversas fuentes. En terapia familiar es imprescindible operativamente substituir al individuo por la familia como unidad funcional de diagnóstico y tratamiento. El que el individuo se considere en función de su ambiente natural no implica que deje de tener su problema intrapsíquico, ni tampoco que la consideración de factores dinámicos en la familia elimine la dinámica intrapsíquica del mismo.

Lo que sí sucede en cambio es que ambos factores psicodinámicos y dinámico-familiares son observados y se manifiestan dentro de situaciones terapéuticas distintas que ponen en primer plano preferentemente uno u otro tipo de problema.

El primer problema que se le presenta al terapeuta ante esta situación es una cuestión de enfoque, de óptica. Al igual que el tuerto de nacimiento que recobra de golpe la vista del ojo perdido, se encontrará que la nueva fuente de visión más bien le confunde y oscurece la visión, le hace ver doble, y no le ayuda a ver el relieve de las cosas. La tendencia natural es a cerrar el ojo o a prescindir funcionalmente del mismo para ver, si no más claro por lo menos evitar ir dando trompicones. Una vez sin embargo que el viejo tuerto ha establecido sus esquemas mentales y se ha adaptado a la visión estereoscópica, cuando se le cierre el ojo la encontrará a faltar y de no recibirla es posible que la recree él en su mente aunque no sea más que a nivel imaginativo y desiderativo.

Este ejemplo, llevado burdamente al nivel del terapeuta de familia nos ayuda a comprender el doble problema que confronta. Por una parte tiene que desarrollar un nuevo ojo para contemplar la interacción familiar y aprender a acomodar ésta a su vieja visión. Es el clásico problema gestáltico de la figura y el fondo, con la dificultad añadida de que la información de la otra parte no desaparece del campo de visión cuando aparece la una y que ambas tienen que llegar a integrarse y a coordinarse en el tiempo. Ahora bien, una vez acostumbrado a la nueva visión, ¿cómo puede olvidar que existe y seguir operando tal y como si no existiera? El problema es muy difícil. El terapeuta de familia tiende, una vez que ha adquirido el hábito, a hacer terapia familiar, es decir, tiende a hacer una terapia orientada simultáneamente hacia el individuo y su ambiente. El peligro que corre el terapeuta en su período de acomodación es que aun cuando vea a todos los miembros de una familia reunidos lo que siga haciendo sea terapia de orientación individual, aunque en familia. Al revés, una vez habituado cabe no sea capaz de renunciar a la orientación familiar aun cuando^a lo que esté

dedicado es a la más ortodoxa de las Curas psicoanalíticas. Lo cual, dicho sea de paso, no es la mejor manera de practicar ni la una ni la otra de estas modalidades terapéuticas.

Revisando la literatura y reflexionando acerca de mis propias experiencias, a veces me pregunto si esto de la terapia familiar no será como la fruta prohibida del Paraíso. Una vez mordida la fruta del árbol de la sabiduría ya no cabe marcha atrás, se da uno cuenta de estar desnudo, que hay que ganar el pan con el sudor de la frente, y que parir se para con dolor y que hay muerte. Lo que muere aquí es la fantasía que se tenía anteriormente, y la fantasía era que con solo psicoanálisis, a base exclusivamente de insight y sin tocar al ambiente es posible curar y para siempre los problemas, no solo del individuo sino también de su propia familia. Lo que se aprende sin embargo, por estar basado en la realidad, resuelve muchos problemas y ayuda a prevenir otros que de otra manera nos caen encima como si fueran cosas del destino.

La palabra diagnóstico viene del griego y etimológicamente significa dia = a través y gignoskein = conocer. El diagnóstico es la base de todo el proceso analítico. Ver más y más profundamente a través de los síntomas, a través de la resistencia, a través de la transferencia, las relaciones entre las distintas partes y fuerzas de la mente es lo que conduce a la curación del sistema mente.

En medicina sucede lo mismo. Para llegar al diagnóstico hay que superar barreras e inventar tecnologías para meterse más y más adentro del organismo biológico, para alcanzar a ver estructuras cada vez más profundas y más pequeñas del organismo. Con el microscopio óptico se llega hasta la célula, con el electrónico se ve más adentro, pero para llegar a la molécula y al interjuego de elementos hay que llegar a la bioquímica. En la clínica y en la terapia sin embargo estos conocimientos no sirven al médico sino tiene éste en cuenta al intervenir sobre el enfermo todo el organismo vivo. En medicina humana haría falta tener presente también toda la persona y la

relación que establece con el médico que le trata y con todo su ambiente social al que va íntimamente unido la familia del enfermo. En medicina de familia y en terapias analíticas de familia hay que diagnosticar a la familia, y analizando ésta se descubre al individuo y yendo más dentro de él allí está lo intrapsíquico. Pero, al intervenir sobre la familia el terapeuta tiene que tener en cuenta cómo ello afecta al individuo y cuando lo hace solo sobre éste tener en cuenta también que es parte de un organismo vivo, que aunque por ser social - ya que se trata de una familia - tiene vida propia y es afectada y afecta vitalmente a todo ella y a cada uno de los miembros por los que está constituida.

Aunque en terapia familiar el diagnosticar a la familia y a la interacción dentro de ella de todos sus miembros en sus dinámicas intrapsíquicas parece ser el ideal, resulta utópico e irrealizable habidas en cuenta las condiciones del campo en que se realizan las terapias y que obligan a que forzosamente se destaquen unos y otros elementos. Pero aquí nos topamos con el prejuicio biológico, primer y mayor obstáculo que tendrá que superar el terapeuta en su estado de transición desde su orientación individual para poder llegar a ver y a operar con la familia. Este prejuicio, heredado por el psicoanálisis de la medicina, se concreta en tres aspectos:

Primero, en contemplar la mente como encerrada dentro de un cráneo y al individuo contenido en un pellejo, con lo que se tiende a olvidar que toda patología mental es fruto de una interacción social y se mantiene con el apoyo que encuentra en sus interacciones sociales, y si es posible curarla es gracias a la situación social ad hoc que se crea entre paciente y terapeuta dentro de la situación terapéutica.

Segundo, en contemplar al paciente como objeto, olvidando que éste es el sujeto que está y se mantiene enfermo, quien se analiza y no es analizado, y quien, con la ayuda del analista, hace consciente y resuelve sus conflictos inconscientes.

Tercero, en tender hacia la especialización. El analista acepta solo a aquellos pacientes que considera analizables, e impone las condiciones bajo las que la terapia debe ser realizada. Aun cuando se trate de un niño pequeño y dependiente, para ello, artificialmente, lo aísla de la familia y rehúsa tener trato con ella. Cuando se trata de adultos los problemas de familia del paciente son cosa del propio paciente, el analista se limita a examinar y a intervenir sobre el material que aparece en sesiones analíticas. Los pacientes que no son analizables o no pueden cumplir con las condiciones del contrato son sencillamente descartados y, por supuesto, los pacientes no pueden ser tratados más que de uno en uno y no en grupo, y por tanto nunca conjuntamente con su familia. De la misma manera que una familia que ha sufrido un accidente de coche cada uno de ellos debe ser explorado y tratado individualmente.

EL PSICOANÁLISIS ORGANIZADO Y LAS TRIBUS DE TERAPEUTAS DE FAMILIA

La mayoría de los psicoanalistas están incardinados dentro de alguna de las múltiples sociedades de psicoanálisis organizado. Pertenecer a una sociedad analítica - organizaciones científicas a la par que profesionales - significa comulgar con una serie de principios teóricos y adherirse a unas pautas de comportamiento dentro de las cuales al analista se le socializa durante su período de formación, y a las que no puede desafiar después en su práctica como psicoanalista. Atreverse a desafiar las normas, sobre todo disentir públicamente de los principios teóricos sustentados por la mayoría en Psicoanálisis conduce ineludiblemente al ostracismo del grupo o a la expulsión del mismo.

Las escisiones en psicoanálisis por lo general se hacen en grupo, y aun cuando disientan teóricamente de la sociedad madre, adoptan en su organización social el mismo modelo que existía en la sociedad de donde se apartaron. No parece ser este el caso con las terapias de familia.

Según Ackerman (6), pionero de las terapias de familia, su desarrollo ha transcurrido en tres fases. En la primera se limitaban a dar consejo sobre problemas reales de la familia; en la segunda se introdujeron técnicas de inspiración analítica, y en la tercera y actual, el substrato conceptual que se utiliza es mayormente el de la Teoría General de Sistemas.

Si la Teoría General de Sistemas es compatible o no con el psicoanálisis es discutible, lo que resulta obvio es que las terapias estructurales de familia, basadas en la Teoría del Cambio preconizado por el grupo de Palo Alto (7) y en estrategias y técnicas interaccionales van por caminos completamente distintos a los del psicoanálisis que se centra en la Teoría Psicoanalítica de la Transferencia. Las terapias sistémicas pueden ser explicadas desde el marco psicoanalítico pero no aceptadas nunca como psicoanálisis. De la misma forma que cuando Haley (8) explica en su libro las estrategias del psicoanálisis, lo hace de acuerdo con sus teorías pero de él no incorpora nada a las técnicas que practica.

La aparente incompatibilidad entre terapias analíticas del grupo familia y terapias sistémicas de familia confronta al psicoanalista que se adhiere a estas últimas con una crisis de identidad profesional en la que se juega su vinculación al psicoanálisis en la que tanto ha investido. Según Haley (9), este fenómeno sucede más o menos en el momento en que el terapeuta supera sus doscientos tratamientos de familia. Tanto a nivel teórico como práctico, el terapeuta analítico experimenta entonces un marcado cambio de perspectiva que le coloca dentro de un marco conceptual distinto a aquél en que fue formado. Tal como lo describe Haley más bien parece un fenómeno de "conversión religiosa" que no de maduración científica y experiencia clínica. Naturalmente que para comprender esta experiencia hay que tener en cuenta el ambiente que se da en las tribus de terapeutas de familia desde las que él habla. Acostumbran a ser terapeutas agrupados alrededor de un líder carismático, donde la interacción entre sus miembros es estrecha a la par que vital y divertida, donde no existen secretos, en que todo se habla a gritos y el afecto se expresa libre y generosamente. La verdad es, cuando uno acude a uno de sus "revivals" - como por ejemplo cualquiera de sus workshops o alguna de sus masivas conferencias (a la última de California

asistieron entre 5000 y 6000 personas) - el ambiente es tal que dan ganas de convertirse. El "sano ambiente" del grupo de terapeutas de familia cabe tenga mucho que ver con el "marcado cambio de perspectiva" tanto o más como la experiencia que el terapeuta tiene trabajando con familias y más, si se tiene en cuenta, que en estos ambientes, la propia familia del terapeuta, muchos de ellos están casados entre sí o forman pareja, acostumbra a incorporarse entusiásticamente al "movimiento de familia" sin necesidad de acostarse en divanes separados durante años como sucede en psicoanálisis.

La realidad vivida de los terapeutas se concreta en la forma como se organizan. Según Ferber (10), existen ya tres generaciones de terapeutas familiares; ahora quizás haya ya cuatro o cinco. Iniciadas por unos cuantos pioneros - Ackerman, Bell, Don Jackson, etc. - en base a unos servicios de familia - El Jewish Family Service de Nueva York, el Mental Research Institute de Palo Alto, la Family Treatment Unit de Denver, etc. - fueron creciendo el número de terapeutas. La organización tribal de estos grupos les da un aire de familia, hablan el mismo argot, se adhieren a los mismos ritos y se comunican ⁿintensamente y se observan en directo las terapias de familia. Cada tribu tiene sus características propias que las diferencian unas de otras y se transmiten de padres a hijos. Después, los nuevos terapeutas formados emigran a otras partes del país o al territorio de otra tribu generalmente en núcleos urbanos. Allí se entremezclan unos con otros, crean institutos de formación y servicios de terapia familiar y dado que no son nada xenofóbicos se adaptan muy bien y se entremezclan. De esta fertilización cruzada nacen nuevos estilos de tratamiento y nuevas familias de terapeutas. De alguna manera hay siempre una consonancia entre la vida tribal de los terapeutas y las terapias de familia que practican.

Considerados como grupos, se ve tienen una cultura común, gran cohesión interna y alto nivel de consenso entre ellos, sin que por ello nadie se pase e imponga una ortodoxia. El ambiente que se crea es de ayuda mutua. La aventura en grupo que representa disminuye el riesgo y la inseguridad de caminar por mundos nuevos. Haber partido de muchas fuentes, la tolerancia que existe y el respeto que de unas tribus por otras demuestran ha impedido el que ninguna llegara a ser la dominante. Esta interacción social, este espíritu de grupo, esta falta de institucionalización, ha hecho posible que teoría y técnica en este contexto también sean tan heterogéneos que, a menudo, el resultado más que fruto de una integración dé la impresión de un "collage", hasta el punto que Bowen (11), uno de los pioneros, describe el panorama actual de las terapias de familia como "un sano estado de caos no estructurado". Esta organización social es una de sistemas abiertos, sin que su grado de institucionalización llegue a niveles tales en que la creatividad se ahogue en los que la interacción, la comunicación y el intercambio de personas que cambian con la experiencia, quede totalmente neutralizado.

La mayoría de los terapeutas de familia de las primeras generaciones procedían del campo de las terapias individuales y habían estado formados como psicoanalistas. Eran rebeldes al sistema que los encarcelaba, pero en vez de luchar la institución y seguir, bajo otros parámetros sociales, haciendo psicoanálisis individual se decidieron por aplicarles a la resolución de problemas sociales y adoptaron como terreno de lucha la familia y la asistencia sanitaria. Qué duda cabe que la interacción dentro de estos grupos profesionales, el acuerdo consensual dentro del mismo y el apoyo emocional que mutuamente se prestaban, les ayudó a aventurarse en caminos no trillados, a la par que les prestó comunalmente un refuerzo para hacer frente al modelo de identificación profesional que desafiaban. Solamente así pudieron superar la "resistencia institucional" a la que el psicoanálisis organizado les forzaba.

Creo con holgura haber depasado el fatídico número de familias que marca Haley como cota, sin que por ello haya experimentado del todo la transformación que él pronostica ni vaya ésta en la dirección que él apunta. No sé en estos momentos si esto se debe a un prejuicio por mi parte que me inmuniza frente a una verdad que no veo, o, sencillamente que, dada mi previa experiencia en integrar conceptos psicodinámicos con dinámicas de grupo - a la que gracias a mi vinculación personal con Foulkes y con la ayuda de su Teoría Grupo-Analítica estoy habituado - para mi ahora el salto desde el marco psico-grupo-analítico en que me muevo hasta la Teoría de Sistemas y las dinámicas de familia no representa un paso tan grande como el que supone hacerlo desde el marco exclusivamente psicoanalítico. Creo encontrarme dentro de una coyuntura social que me ha facilitado esta libertad de pensamiento y ... acción, al mismo tiempo que ha hecho mi tarea más penosa por no contar con un grupo de referencia inmediato que me apoyara con su consenso y con su crítica en las dudas que aparecían en el camino. Formado como psicoanalista y como anlista de grupos en el Postgraduate Center for Mental Health de Nueva York, a mi llegada a Barcelona no me incorporo en la Asociación Española de Psicoanálisis, con lo cual la presión de la cultura psicoanalítica pesa solo sobre mi mente y no en mis relaciones profesionales. Tampoco había en el país en aquel entonces una masa de psicoanalistas no institucionalizados suficiente para constituir un grupo social de referencia en el que apoyarse para nuevas exploraciones. Mi caso es excepcional entre terapeutas de familia, ya que como me llaman mis colegas ingleses, soy el lobo solitario de la tribu. Es el inconveniente de "hacer de profeta en su tierra...".

Para la mayoría, sin embargo, el caso es diferente. Armstrong (12) cuando describe las actitudes de las terapeutas de orientación individual y psicoanalítica frente a las aportaciones del enfoque de sistemas dice que reaccionan de tres maneras: Unos sencillamente los ignoran, dicen no aportar nada nuevo y siguen con su enfoque analítico psicodinámico como si los fenómenos aportados no existieran - paragonando a los que adoptan la misma actitud en grupo- podríamos decir son los que hacen "psicoanálisis en familia". Otros, intentan amoldar las terapias analíticas al marco psicoanalítico aun

cuando para ello haya que ponerle a la familia una camisa de fuerza y tratarla metafóricamente cual se tratara de un individuo - siguiendo el simil anterior - son los partidarios del "psicoanálisis de la familia". Finalmente, hay quienes considerando el enfoque de sistemas irreconciliables con el marco psicoanalítico y temerosos de alear el "puro oro" del análisis con el "vil metal" de los sistemas se abstienen de intentarlo.

Lo que Armstrong no dice es lo que sucede con estos últimos que creo son mayoría. Unos renuncian a la práctica de las terapias de familia y salen de la experiencia reforzados en su fe de que la única psicoterapia válida que existe es el psicoanálisis. Otros se convierten a la nueva religión y abjurando desde sus errores pasados y usualmente constituyen la rama más fervorosa y proselitista del enfoque sistémico. Pero tercero, la mayor parte intentan compaginar dentro de si mismos el doble marco conceptual, niegan el conflicto interno que esto representa, y, cual el señor de los muchos sombreros escinden su yo profesional y cuando estan con individuos usan psicodinámias cuando con familia sistemas.

Los criterios de Armstrong, complementados por los míos, bien pudieran servir de base para una taxonomía de terapeutas de familia que tan magistralmente fue iniciada por Bels y Farber (13). Esta publicación junto con el libro de Ferber, Mendelsohn y Napier (14), dan una viva panorámica de las terapias de familia en el norte del continente americano a finales de los setenta.

Los que hacen "psicoanálisis en familia" son los que conservan como esencial en su enfoque terapéutico el concepto de transferencia. Su visión es la de neurosis complementarias, de transferencias cruzadas en la dinámica de las relaciones interpersonales, sean de pareja, sean de familia. Acostumbran a conservar la palabra Psicoanálisis o el calificativo de psicoanalítico en la forma como describen sus terapias.

Los dedicados a "psicoanálisis de la familia" tratan metafóricamente a ésta como si se tratara de un individuo, se le atribuye un yo, un sistema de defensas y la transferencia es de la familia al analista y ésta es por tanto la que se interpreta. Se interpreta en el aquí y en el ahora la familia como un todo y sus terapias exigen que la familia o la parte de ella que se trata acuda a las sesiones con la misma frecuencia y la misma duración que las terapias de individuos.

A los conversos lo del vil metal no les convence, puesto que la nueva doctrina es mejor que la que abandonaron. Escandalizar a sus antiguos correligionarios es un divertimento, y hoy luchan por "los sistemas" con el mismo fervor que antes lo hicieron por el psicoanálisis.

Los que lo pasan peor son los escindidos, puesto que en tanto sigan empeñados en utilizar el concepto de transferencia les causará problemas en sus terapias de familia y si lo ignoran les será imposible trabajar con individuos. El concepto de transferencia es la piedra clave del edificio teórico del Psicoanálisis, además, es la herramienta que básicamente se utiliza en la clínica psicoanalítica y por si ello fuera poco, aunque negado o ignorado, constituye la base de la organización social del psicoanálisis. Esta "transferencia" a nivel institucional por tener una base social toma forma de prejuicio y por estar basada en raíces inconscientes deforma la realidad y la reduce vivencialmente a lo que de ella se espera. En el capítulo siguiente examinaré los orígenes de la "transferencia institucional" y el papel funcional que juega dentro de la clínica psicoanalítica.

LOS PREJUICIOS PSICODANALITICOS A LA TERAPIA DE FAMILIA

Dos ideas de Freud respecto a la familia del paciente se repiten una y otra vez en sus escritos, una es que aquella ofrece una resistencia, "una oposición natural" al tratamiento y a la recuperación del enfermo; la otra es que frente a esta oposición, el analista, no puede hacer otra cosa por evitarla que intentar evitar la familia del enfermo.

Esta reiteración, quizás en el párrafo que quede más explícita es en el que citamos a continuación y que corresponde al final de sus Lecciones Introductorias (15):

"En los tratamientos psicoanalíticos la interferencia de los familiares es un grave peligro y un peligro que uno no sabe como afrontar. Uno esta bien armado para hacer frente a las resistencias internas del paciente, que uno sabe son inevitables, pero ¿cómo puede uno impedir estas resistencias externas? Ninguna clase de explicaciones hace mella en los parientes del paciente; no hay manera de inducirles a que se mantengan fuera del asunto, y no hay manera de hacer causa común con ellos debido al riesgo que ello implica de perder la confianza del paciente, quién - con sobrada razón, empero - espera que la persona en quién el deposita su confianza esté de su lado. Nadie que tenga experiencia en los abismos que a menudo separan la familia podrá, si es un analista, sorprenderse al descubrir que los más cercanos se traicionan al mostrar menos interés en la recuperación del enfermo que no en que pertenezcan tal y como está.. Cuando, como sucede a menudo, la neurosis está relacionada con conflictos entre miembros de la familia, la parte más sana no dudará mucho en escoger entre sus propios intereses y los de la recuperación del enfermo. No hay pues porqué extrañarse si un marido no contempla con buenos ojos un tratamiento en el que puede con razón sospechar, todo el catálogo de sus pecados será expuesto a la luz. Ni tampoco podemos culparnos a nosotros mismos si nuestros esfuerzos fracasan y se rompe el tratamiento prematuramente dado que la resistencia del marido se ha añadido a la resistencia de la esposa enferma. Habíamos de hecho emprendido algo que dadas las circunstancias prevalentes resultaba irrealizable."

Esta cita, que corresponde a 1916, la he copiado en toda su extensión puesto que amerita un análisis de contenido. El resultado de este análisis ilustra el punto de partida para llegar a la proposición que finalmente concluyo y que ya a este nivel se avanza: es decir, si el psicoanálisis no ha accedido por sí solo al tratamiento analítico de la familia, no es porque le falten herramientas intelectuales para hacerlo, sino por que surge de la situación de análisis y del intento de acceder a

una cuestión ideológica y de prejuicio que le lleva a aplicar el concepto de transferencia en una modalidad terapéutica que está fuera de contexto (X).

En psicoanálisis, la resistencia del paciente al tratamiento es algo natural ya que surge de la situación de análisis y del intento de acceder a aquello que es inconsciente por estar reprimido. Con la misma fuerza que la represión y el yo del analizado se opone a la emergencia de lo inconsciente, y por las mismas razones, lo hace ahora con el tratamiento encaminado a desenmascarar el conflicto. Dentro del análisis, el análisis de la resistencia y el de esta forma particular de ella que es la que hace posible el psicoanálisis - la transferencia - son resolubles mediante la interpretación en el aquí y el ahora de la situación analítica.

De lo que Freud comenta respecto a la familia del paciente se deduce claramente que cara al tratamiento del enfermo, ésta también tiene conflicto, se muestra ambivalente y de ello no es consciente. De no ser así, en el caso del marido citado o no pagaría el tratamiento o no permitiría que su esposa fuera tratada. Lo que conscientemente quiere es que ésta se cure - que cambie ella, que deje de sufrir y de hacer sufrir - pero que el equilibrio de su relación y el propio marido no sean tocados. Los "pecados" de la "parte sana" (= a no tratada) son del mismo género que los "pecados" - síntomas - de la "parte enferma". La diferencia está en que a aquellos ni marido ni analista los consideran como neuróticos, y no los tratan como comprensibles y aceptables, llenos de significado. Total, que lo que se establece entre marido y analista es una relación transferencia-contratransferencia de carácter

negativo, donde cada uno de ellos actúa, en el sentido de "acting out", a su manera. El analista en vez de entender la naturaleza de la comunicación

(X) Pirie advierte del peligro que existe en ciencia de reemplazar conceptos que pertenecen a un campo por otros que proceden de otro con estas palabras: "... este particular tipo de error consiste en transferir un concepto a un campo en el que queda fuera de contexto; cuanto más útil el concepto en su propio campo, mayor el peligro ... el valor de un concepto en su propio contexto se mide por la cantidad de daño que produce cuando se asume que puede aplicarse a otro" (16).

negativo, donde cada uno de ellos actúa, en el sentido de "acting out", a su manera. El analista en vez de entender lo inconsciente de la comunicación impone un silencio, el marido en un intento de comunicarse con el terapeuta que desequilibra - a través del cambio en la esposa - su equilibrio intrapsíquico además de interpersonal, se opone a la causa que lo determina, o sea el tratamiento de ella.

El distinto tratamiento que para Freud merecen la resistencia de la enferma y la resistencia del marido "sano" - ambas artefactos del psicoanálisis y de su intento de hacer consciente lo inconsciente - está en que la primera por estar dentro de la situación analítica es tratable y resoluble, mientras que la segunda, por haber sido excluida aleatoriamente de la situación analítica queda fuera de ella y no es tratable analíticamente por nadie, ni marido, ni esposa, ni analista.

Caso de contemplar la situación como un todo, o sea un grupo analítico constituido por terapeuta, paciente y familia, la cosa cambia y lo que está indicado es un tratamiento analítico de este grupo y no del formado solamente entre terapeuta y paciente. De no ser así, se establece una competencia inconsciente entre terapeuta y familia, en la que el paciente que se encuentra en medio es el que recibe las bofetadas, y entre los dos quien gana es quien tiene más fuerza. Por el comentario final que en la cita hemos subrayado, resulta claro que el caso -dadas las circunstancias- es una clara contraindicación para el psicoanálisis. La cuestión que queda abierta es si lo que es una contraindicación de análisis no será precisamente una indicación de terapia analítica de familia o de pareja.

La solución que tradicionalmente los analistas toman en casos como el comentado es o bien abstenerse del análisis o bien interpretar la oposición como una demanda oculta de análisis y -a través del paciente- mandar al conyugue a otro analista. Esta costumbre está tan generalizada, incluso en las familias de los propios analistas, que es raro la familia en que

no se analice más que uno y de tener medios económicos y paciencia suficiente pueden todos ellos, padres e hijos, y a veces a través de generaciones, terminar siendo analizados.

En otra ocasión Freud (17), 1912, en "Recomendaciones a los médicos que practican psicoanálisis" como párrafo final les dice:

"En lo que hace al tratamiento de los parientes (del paciente) he de confesar me encuentro totalmente perdido, y en general bien poca fe tengo en ningún tratamiento individual de los mismos."

Queda claro pues que si ni hay modo de convencer racionalmente a la familia para que deje de incordiar, ni de tratarlos individualmente, ¿por qué no intentarlo colectivamente?

Lo racional del argumento está claro, ver colectivamente a la familia o tener entrevistas con ella enturbia tanto la situación de transferencia como lo haría el que el analista trajera a la sesión su propia familia. La transferencia, constituye la pieza clave del análisis, y hay que conservarla limpia, de la misma manera como para ello y para evitar deformarla con su propia contratransferencia, el analista previamente se analiza y toma controles didácticas.

Lo irracional, lo inconsciente de impedir el acceso de la familia, por inconsciente que es y porque no se analiza queda sin resolver y se actúa.

Thomä (18) califica esta actitud de los analistas respecto a la familia del paciente como de "repugnancia histórica" y la interpreta como una "contratransferencia profesional supraindividual" que puede desencadenar la "resistencia" de la familia a los tratamientos. Esta acusación es grave pues al mismo tiempo que pone la responsabilidad en el analista en vez de proyectarla como es costumbre en la familia, al mismo tiempo señala el origen y el camino para resolverla: hay que ir a la ideología -lo no científico- del análisis organizado, y esto es peligroso.

La relación transferencial-contratransferencial del psicoanalista se manifiesta en Freud en muchas ocasiones. En el caso que presenta a continuación del párrafo citado, Freud comete una indiscreción que es casi de juzgado de guardia:

Después de ser calumniado durante años de haber causado serio daño con su tratamiento psicoanalítico a una pobre víctima inocente, ante el "todo Viena" explica la verdad de la historia. Brevemente se trata de una madre neurótica, que estaba compensada gracias al affaire amoroso que se llevaba con una persona notable, amigo de la familia. Por no sacrificar sus amoríos, que eran secreto a voces en toda la ciudad y en los que hasta el marido graciosamente consentía, sacrifica a su pobre hija cuando se da cuenta de lo que ésta está hablando con Freud en su "repugnante tratamiento" y del sentido que tiene la enfermedad de la niña: sencillamente impedirle la libertad de movimientos que exigía su doble vida y mantener callado su "secreto familiar". La madre interrumpe el tratamiento de la hija. Esta termina en un sanatorio mental y es considerada como "una víctima del psicoanálisis" de cuyo daño calumniosamente se le acusa a Freud, quien "atado por el secreto profesional" durante años no puede defenderse ... hasta dar esta conferencia. Esta flagrante indiscreción de Freud no se explica más que por contratransferencia.

Las experiencias que Freud tuvo con familias de enfermos le llevaron al extremo que cuando lo pudo evitar, por tener suficientes enfermos del extranjero, de no aceptar en tratamiento a un vienés a no ser que sui juris no dependiera de nadie más en las relaciones esenciales de su vida.

Cuando en los años cincuenta Glover (19) pregunta a sus colegas ingleses en qué condiciones están dispuestos a mantener entrevistas con los pacientes de un analizado la respuesta unánime es: "solo con gran reserva". Lo que permite deducir que ningún analista inglés aceptaría de buen grado en aquellos años a tratar conjuntamente a los miembros de una misma familia.

Desde entonces para acá las cosas han variado bastante, muchos son los psicoanalistas que tratan conjuntamente a parejas o incluso a varios o todos los miembros de una familia. El tabú parece haberse roto, pero en realidad no es así. En las familias de neuróticos o en las neurosis de familia, la visión del analista sigue aun centrada en la transferencia y en lo intrapsíquico de cada uno, del de ellos entre sí y en relación al terapeuta.

La orientación hacia el individuo y hacia el conflicto interior impide ver a la familia como un grupo y a la terapia de familia como un grupo terapéutico en la que se incluye el terapeuta por unas horas y que sigue funcionando sin él la mayor parte del tiempo.

Lo importante no es el medio -psicoanálisis individual o psicoterapia grupal de familia- sino los resultados, es decir, que para el paciente, y en este sentido pacientes son todos los miembros de la familia, puedan mediante el uso de formas de expresión básicamente verbales aclarar los conflictos inconscientes -individuales, interpersonales y supraindividuales de la familia- sin tener necesidad de actuarlos o de convertirlos en síntomas y conflictos, que por ser inconscientes y desplazados resultan irreducibles. El prejuicio del psicoanálisis es que sin transferencia analizada en su estado más puro no hay curación posible y para facilitar este proceso se crea una situación analítica de la que la familia del paciente debe ser excluida. La paradoja, en cambio, está en que los condicionamientos que esta situación analítica impone a uno de los miembros de la familia hace que el resto de ella reaccione de tal manera que hace imposible el tratamiento analítico del enfermo. Mantener impoluta la situación de transferencia impide entrar en contacto con la familia del paciente. Hay situaciones clínicas, sin embargo en que ello no es posible, el concepto de neurosis complementarias nacería como consecuencia de las observaciones que se hacen en estas situaciones clínicas. El esquizofrénico y su familia, la relación

madre-hijo, ciertas parejas en tratamiento lo ponen en evidencia. Algunos analistas se atreven a llevar simultáneamente los análisis de varios miembros de una misma familia. El tema del Congreso Internacional de Psicoanálisis de Nyon, 1936, es "Neurosis Familiar y Familias Neuróticas. La comunicación entre analistas que tratan distintos miembros de una misma familia se hace cada vez más corriente. Poco a poco, en la cultura psicoanalítica, la fuerza del tabú que impide entrar en contacto con la familia se va perdiendo, pero, mientras todo el edificio de la técnica psicoanalítica descansa sobre la transferencia, es imposible tratar analíticamente en grupo a la familia.

El convencimiento, no probado, de que solo mediante el psicoanálisis se puede curar la neurosis original y por tanto inmunizar al paciente frente a toda posible recaída o la aparición de una nueva neurosis, da fuerza al argumento de que los pacientes deben tratarse solamente con una orientación individual y un enfoque intrapsíquico. El hecho de que Freud al final de sus días se muestre más que pesimista, escéptico respecto al valor preventivo del psicoanálisis no desanima a sus seguidores (20). En vez de ello les refuerza en su fe y este principio se convierte en algo fundamental de su ideología.

Precisamente para mí la primera duda respecto al valor curativo del psicoanálisis para una familia me entró con ocasión de una investigación de resultados. Se trataba de un estudio de seguimiento hecho a pacientes tratados en psicoanálisis a los 10 años de haberlo terminado. Mi papel en el proyecto era hacer entrevistas de control. Entre los entrevistados, me impresionó la cantidad de ellos que si bien desde el punto de vista sintomático y psicodiagnóstico mantenían o aún habían mejorado el estado en que dejaron el tratamiento habían en cambio arruinado su vida de familia. Separaciones, divorcios son comprensibles en un matrimonio neurótico cuando uno de los conyuges cambia y el otro no le sigue. Pero entre las familias conservadas lo más aparatoso era la cantidad de ellas en que la mejora de

un miembro , aunque fuera solo el hijo, había ido acompañada con el enfermar de otro. Tal deba la impresión como si en ciertas familias para mantener su equilibrio mental y conservarse íntegras debieran mantener siempre en guardia a un miembro enfermo o en tratamiento analítico.

Un sistema de psicoterapia avanza científicamente en la medida que con igual cuidado evalua sus éxitos que evalua sus fracasos. Los primeros confirman la teoría que lo sostiene, mientras que los fracasos obligan a nuevos planteamientos o fuerzan a desarrollar teorías con el fin de comprenderlos y evitarlos. En "Lecciones Introdutorias" Freud atribuye la mayoría de los fracasos no tanto a falta de experiencia del analista o a una inadecuada elección de los enfermos como a lo desfavorable de las circunstancias externas. "Aquí (en el análisis) nos ocupamos con resistencias internas, que aparte de ser inevitables, podemos superar. Las resistencias externas, aquéllas que derivan de las circunstancias del paciente, de su ambiente (familiar) son de escaso interés teórico pero de gran importancia práctica". Le da tan poca importancia que cuando en 1939 en Análisis Terminable (20) revisa las causas por las cuales un análisis puede fracasar las menciona todas - la fuerza del instinto, sobre todo la persistencia y enraizamiento del instinto de muerte, las debilidades congénitas del Yo, el que el conflicto instintual no este activo en el momento actual y la imposibilidad de resolverlo con el análisis ni de activarlo, las limitaciones del analista y la bisexualidad - ; todas menos, naturalmente, el papel que en ello pueda jugar la familia.

La importancia teórica de este factor familia es tal, y las consecuencias prácticas de tal gravedad, tanto para las terapias de familia como para el propio psicoanálisis, que cuando se contemple a la luz del concepto de "Familia Terapeutizada" que exponemos en el capítulo siguiente, el mismo criterio de analizabilidad del enfermo cambia. De seguir los criterios que se derivan de la teoría que en este trabajo expongo no bastaría para aceptar un enfermo en psicoanálisis que sui juris, si no de facto no dependiera de nadie más en las relaciones esenciales de la vida, lo cual

supondría del futuro analizado no solo estar sano antes de ello sino además proceder^{de} o haber formado una familia muy sana. Si la familia está tan enferma necesitará ser tratada para que por lo menos no impida el tratamiento de aquéllos de ella que pretenden curarse.

En la realidad social de la clínica nos encontramos con que raramente, si nunca, el paciente que solicita tratamiento no esté enfermo, o sin que alguien le considere estarlo. Nos encontramos también que pocas familias si alguna, están lo suficientemente "sanas" como para que el miembro enfermo y ellas no dependen entre sí mutuamente en un modo patológico y como para que no dejen de reaccionar psicodinámicamente todos y en la dinámica de la familia globalmente con el tratamiento del enfermo. Se me puede objetar, como dicen muchos psicoanalistas, el objeto del análisis no es curar enfermos sino como lo pone K. Menninger es "mejorar a los mejores" y "curar a los sanos".

En resumen, de lo dicho hasta aquí se desprende que el prejuicio psicoanalítico de excluir a la familia es lo que impide al analista crear la situación necesaria para que la familia de la cual el paciente es un miembro pueda ser analizada en vivo en su transacción con el terapeuta. Mientras esto sigue así, las reconstrucciones que se hacen en análisis individuales del papel de la familia en la génesis y mantenimiento de la patología del enfermo tienen valor teórico desde el punto de vista del análisis pero poco valor práctico en su aplicación clínica; lo mismo sucede con lo que aportan los terapeutas que contemplan la dinámica de la pareja o la familia exclusivamente como resultado de la interacción de proyecciones e introyecciones en la interacción de dos sistemas intrapsíquicos. El tratamiento de la problemática mental de la familia y el de aquellos enfermos que en su funcionamiento mental su enfermedad depende de la dinámica global de la familia, o donde la salud mental de ésta está en función de la enfermedad del paciente, deberá hacerse dentro de una situación terapéutica donde esta interacción pueda ser observada y tratada.

Para acometer esta tarea y hacerlo científica- y eficazmente hace falta

contar con el desarrollo conceptual que nos aportan las terapias grupo-analíticas que se exponen a continuación.

GRUPO-ANÁLISIS Y EL TRATAMIENTO GRUPAL DE LA FAMILIA.

El camino que va desde el tratamiento psicoanalítico de individuos hasta el tratamiento analítico de familias esta lleno de obstáculos. Esta dificultad más que técnica es de orden conceptual y a mi modo de ver deriva de empeñarse en superar un abismo sin utilizar el puente que un poco más allá le brinda generosamente el Grupo-Análisis. Este enfoque conceptualmente ya dió el paso que supone tratar simultáneamente a varios individuos por la vía del análisis en grupo.

La familia, más que un conjunto de individuos, es un grupo natural y como él funciona. El Grupo-Análisis constituye a la vez: 1) un modo especial de enfoque, 2) una modalidad de psicoterapia y 3) un instrumento de investigación. Según frase de su propio autor, Foulkes, "constituye el instrumento de preferencia para el estudio de las dinámicas de grupo, nueva ciencia en la que la psicología y la sociología se encuentran" (23). Las leyes de los grupos se aplican a la familia tanto si ésta esta sana, como si, dentro de ella existen problemas mentales. Los conocimientos, avanzados por Foulkes y sus seguidores del Institute of Group-Analysis de Londres, el conjunto de principios teóricos y clínicos que se acogen bajo la denominación común de Grupo-Análisis, quizás resulten más aplicables al estudio de la problemática del grupo familia que no los que proceden directamente del Psico-análisis.

El convencimiento de que las neurosis y otros trastornos mentales son, en verdad, fenómenos de naturaleza multipersonal y el de que la red de comunicación y de trastorno que integran constituye el objeto de tratamiento, es lo que sirve como fundamento a las psicoterapias grupales grupoanalíticas. El grupo de gente que se conjunta y participa en el

tratamiento es lo que constituye el agente de cambio terapéutico y el terapeuta, que es parte del grupo, se limita a crear la situación donde mediante el uso de formas de expresión básicamente verbal se establece una red de comunicaciones y de interacciones que permiten, a cada uno de los participantes en el grupo, poner de manifiesto sus conflictos inconscientes y tener la oportunidad de resolverlos.

La tarea de aclaración y resolución de conflictos inconscientes - de inconsciente individual, intrapsíquico y de inconsciente social, grupo-dinámico - en grupoanálisis se puede hacer en dos tipos de grupo terapéutico: uno, en el grupo raíz, el grupo primario o sea aquél en que la red global de trastorno tiene su origen y se mantiene; otro, en el grupo grupoanalítico, grupo de extraños, en donde por delegación, como por poderes, by proxy, el individuo afectado, en situación de transferencia, puede alcanzar los mismos efectos que se buscan en el grupo raíz.

En la clínica, sin embargo, y en el curso del desarrollo del grupoanálisis éste centró su interés y acumuló experiencia básicamente a expensas del grupo grupoanalítico de extraños. Sólo recientemente Skynner y otros miembros de la Group Analytic Society se vienen dedicando sistemáticamente a la aplicación de principios grupoanalíticos, a la terapia de familia y de pareja, experiencias que Skynner recoge en su libro "One Flesh: Separate Persons" (24). Anteriormente a ello, Foulkes solo esporádicamente exploraba el grupo raíz con propósitos diagnósticos, aún cuando a menudo con sorprendentes resultados terapéuticos. (25).

Por grupo raíz se entiende aquél constituido por personas muy estrecha- e íntimamente ligadas y cuya red interaccional ocupa el área central de sus vidas. La familia es el prototipo de esta clase de grupos, aún cuando en dicha red se incluyen a personas que en el estricto sentido no son miembros de la familia.

Las psicoterápias del grupo raíz las organiza el terapeuta a base ir conjuntando alrededor del paciente un relativamente escaso número de personas, entre las que incluye la familia y que se van agrupando dinámicamente a medida que progresa el tratamiento alrededor de la persona central y se constata están especialmente conectadas con el trastorno por el cual el paciente hizo la consulta. (X) (26).

Las psicoterápias grupoanalíticas grupales se constituyen a base de pacientes entre sí desconocidos y que no tienen otro contacto entre sí que el psicoterapéutico y éste solo dentro de las sesiones que conduce el terapeuta. Las "sesiones alternadas", es decir aquellas que planificadamente el grupo de pacientes tienen por si solos alternándolas con las que asiste el terapeuta, Foulkes dice haberlas probado durante cierto tiempo y que, por experiencia, desaconseja su empleo. Yo personalmente ~~no~~ comparto su criterio y sigo usándolas en mis grupos cuando lo considero oportuno y creo con mucho fruto.

Si contemplamos los dos tipos de terapias grupales ambas siguen reuniendo las condiciones mínimas que Foulkes exige para que una psicoterapia de grupo pueda seguir llamándose analítica, e.d.: 1) la utilización por parte del grupo de medios de expresión básicamente verbales y no de actividad; 2) que el miembro individual del grupo es el principal objeto de tratamiento, y 3) que el propio grupo por sí mismo constituye el principal agente terapéutico.

En este punto es preciso hacer una distinción importante para seguir la argumentación de este trabajo y es la diferencia que hay entre psicoterápias

(X) Este tipo de psicoterapia es parecida por lo menos en su organización externa con la que hacen Speck & Attneave y que describen como terapia de Redes Familiares (27) con la diferencia que aquí su enfoque es analítico, e.d. dirigido a la aclaración de conflictos y por utilización de métodos verbales, mientras que la de Speck & Attneave es sistémica.

grupales y grupoterápias. En estas últimas el objeto de tratamiento es el grupo - se trate de un grupo de directivos de una empresa o de una familia - resolver los conflictos grupodinámicos e interpersonales tiene por fin que funcione el grupo y que éste cumpla su tarea, de ahí, el nombre grupoterapia. Las psicoterapias grupales grupoanalíticas, las que en situación de transferencia se hacen con un grupo de extraños siguen fielmente el modelo de psicoterapias grupales: el objeto del tratamiento es el individuo, el agente terapéutico el grupo, su finalidad - la resolución de los conflictos inconscientes de los miembros - una vez cumplida, hace que el grupo no tenga razón de ser y por tanto desaparece. En cambio en las terapias de la red familiar, las del grupo raíz, este grupo tiene vida propia en la vida real y es más, incluso durante el curso del tratamiento, el contacto que entre sus miembros existe fuera de las sesiones terapéuticas es mucho más intenso, íntimo y duradero que el que existe en presencia del terapeuta. El terapeuta constituye pues el elemento foráneo que se incorpora por un tiempo dentro del ciclo vital de un grupo natural por encontrarse éste en un impasse del que no puede salir por sus propios medios, cumplida su misión el terapeuta tendrá que desaparecer y el grupo continua su vida. Pero mientras dure su intervención qué es lo que el terapeuta está haciendo ¿una psicoterapia?, ¿una grupoterapia? o ambas cosas a la vez. Para comprender esto hará falta que primero veamos a la familia como un grupo.

Desde el punto de vista grupal, tal como yo lo elaboro, cada vez que un miembro de una familia consulta a un terapeuta, y más si esto se traduce en un intento de tratamiento, el statu quo, que por patológico que fuera la familia había conseguido, queda desequilibrado. Si pensamos en términos de red de comunicaciones y de trastorno existe una fuga de comunicación a la par que una brutal introducción de significado a través de la frontera de la familia con el ambiente - boundary - que altera el sistema. El sabio dicho popular, "la ropa sucia se lava en casa" era ya consciente a su manera de este principio. Para mí y para otros muchos (29) cualquier trastorno manifiesto dentro de un sistema bio-psico-social, a la par que

es expresión de padecimiento y patología, representa un grito de salud que merece ser oído y debe estar social- y profesionalmente atendido. Según cómo el ambiente social responda a esta llamada de la familia, y hay que tener en cuenta que en cuestiones de salud mental el psicoterapeuta es su cabeza de lanza, se ayudará al individuo, a la familia o a la comunidad a resolver el problema y su conflicto o por el contrario iatrogénicamente perpetuarlo o agravarlo. Esta consideración nos llevará al concepto de familia enferma - familia terapéutica que a continuación expongo y que sirve de base para mi filosofía de tratamiento psicoterapéutico.

La idea básica por la que me oriento es como sigue. La familia es un grupo natural que se mantiene en un estado de equilibrio en unas condiciones dadas. En un momento determinado de su ciclo vital o por un suceso inesperado en la vida esta familia puede empezar a dar signos de sufrimiento. Alguien de entre sus miembros empieza a mostrar síntomas psíquicos, de comportamiento o incluso físicos, o bien se desencadena una situación abierta de conflicto interpersonal entre algunos o todos los miembros. Puede ser de una situación de crisis pasajera, o bien por el contrario, que el síntoma o el conflicto tienda a institucionalizarse dentro de la familia y pase a formar parte de sus interacciones normales. Cuando la familia agota sus posibilidades de absorber síntomas o alguno de sus miembros no puede personalmente tolerar a nivel intrapsíquico el problema, la familia empieza a consultar su problema con alguna fuente exterior a la misma. Este consultor, sea profesional o laico, psicologiza el problema y el miembro vector - el paciente - consulta o es enviado a la consulta de un terapeuta. A partir de este momento la familia cambia según la respuesta del terapeuta, la homeóstasis familiar tomará uno u otro destino. La familia no solo tiene la función de generar, mantener y transmitir patología sino una función morfogenética, de generar cambio, maduración, y crecimiento. (30). Un mero diagnóstico puede hacer a la familia abdicar de esta función o en cambio estimularla no solo para uno sino para todos sus miembros. La opinión del terapeuta, que no tiene por qué ser verbal,

basta con aceptar a uno de ellos como paciente o excluir a otros de la consulta, servirá para confirmar estructuras o dinámicas preestablecidas, o bien para iniciar un cambio positivo o negativo en el sistema.

Una vez que se haya iniciado el tratamiento, (tanto de si sólo de uno de los miembros como si lo es de toda la familia o de una parte de ella) mientras esté en tratamiento, la familia con el terapeuta forma un grupo que interacciona dinámicamente. En el sentido de transferencia y resistencia de la familia del que ya hemos hablado en el marco del psicoanálisis o en el sentido del grupoanálisis en que la red de comunicaciones, interacciones y transacciones de este grupo psíquico y social cambia en la medida que se hace consciente lo inconsciente del conflicto gracias a la intervención del terapeuta y de la terapia.

Si se trata de un tratamiento conjunto de familia, en el momento de las sesiones, la dinámica de este grupo está a la vista. Entre sesiones en cambio la familia funciona como un grupo alternado sin terapeuta. La función del terapeuta es la de constituirse en una especie de catalizador que ayuda a crear la atmósfera, la cultura, en que comprender a nivel simbólico verbal, lo que de otra manera se transmite a nivel de comunicaciones sintomáticas intraducibles, constituye un valor. La familia se cura en la medida en que adquiere autonomía prescindiendo de recursos terapéuticos externos y pone en juego su capacidad autoreglativa y de autodirección reanudando sus funciones biológicas, psicológicas y sociales tanto cara a si mismo - y para todos y cada uno de sus miembros - como cara a la comunidad donde esta incardinada. Con esta comunidad interacciona también simbólica, emocional y materialmente, intercambia demandas y recursos entre los que se cuentan los del potencial asistencial sanitario del que el terapeuta es un elemento.

A este concepto ecológico-social de familia enferma - familia tratada o terapéutica no se puede llegar sin contar con algunos de los elementos conceptuales básicos que el Grupo-Análisis ha aportado y que haré a continua-

ción explícitos. El primero es el de red grupal ya mencionado y al que Foulkes denomina plexus y del cual el individuo no es más que un punto nodal por el que pasan todas las tensiones comunicacionales y de trastorno y los procesos que los estabilizan o cambian. El segundo, que desgraciadamente Foulkes no tuvo la oportunidad de desarrollar tal como había prometido (31) era la teoría de procesos interactuantes y de comunicaciones inconscientes en interacción que él pensaba desarrollar con el fin de superar las limitaciones que la Teoría de Relaciones Objetales había demostrado en su aplicación a los grupos terapéuticos - de los cuales toda psicoterapia en el sentido aquí expuesto es uno - y en la explicación de los procesos terapéuticos. Y, el tercero, el cambio de énfasis respecto a la importancia de la transferencia dentro del proceso analítico, que si bien dentro del psicoanálisis y en las terapias individuales sigue manteniendo toda su validez, en terapias grupales y del grupo familia pierde su papel central y pasa a ocuparlo en éstas la red global de comunicación (32) a la que Foulkes describe como la madre del grupo (en el sentido de "la madre del vino"), el matrix.

Las aportaciones teóricas del grupoanálisis ofrecen para el psicoanalista la posibilidad de escapar del baluarte del forzado tratamiento individual donde el prejuicio biológico le tenía encarcelado, a la par que el énfasis en la interacción comunicativa, sin anular el peso de la transferencia, le brinda la posibilidad de traspasar los límites de la situación psicoanalítica y continuar siendo eficaz terapéuticamente sin necesidad de tener que renunciar a hacer psicoterapias analíticas. El siguiente comentario de Foulkes resulta muy esclarecedor a este respecto:

"Estoy cada vez más y más convencido que el paciente que nosotros vemos es solo un síntoma de un trastorno que concierne a todo un círculo de circunstancias y personas. Es esta red de circunstancias y de personas en interacción lo que constituye el campo operativo real para una psicoterapia eficaz y radical. Quizás sea más correcto decir: esto es lo que será en un futuro. Esta sería la terapia de un grupo natural en la que se incluirían como miembros del grupo terapéutico las personas primariamente implicadas ellas mismas en el conflicto.

En las circunstancias presentes todavía resulta muy difícil poner en marcha este tipo de terapias multipersonales. Hará falta para que este tipo de trabajo sea posible que primero un equipo de terapeutas se haya formado a la vez en grupoanálisis y en psicoanálisis." (33)

Estas actitudes de Foulkes respecto al futuro de las terapias de familia resultan mucho más positivas y esperanzadoras que no las que ya hemos mentado de Freud y que son las que todavía mayoritariamente sostienen los terapeutas inspirados en el psicoanálisis. De momento y hasta ahora los terapeutas grupales nos hemos visto obligados a contentarnos en tratar a pacientes en un grupo pero como pacientes individuales. El tratar psicoterapéuticamente a pacientes por poderes - by proxy - en un grupo artificial nos ha dado la experiencia suficiente y las herramientas conceptuales que nos permitirán un día hacerlo eficazmente allí donde se encuentra esta red multipersonal de trastorno que es lo que debe ser objeto de tratamiento.

En el estado actual de desarrollo en que nos encontramos todavía no se cuenta con suficiente experiencia como para, primero, distinguir con claridad qué pacientes deben ser tratados en psicoanálisis individual o en psicoterapias grupales y para quienes dentro de éstas resulta más conveniente hacerlo en un grupo de extraños y para quienes en su grupo natural; y, segundo, cuando nos decidimos a hacer una terapia de grupo natural multipersonal tampoco hemos llegado todavía a definir los límites en que se debe enmarcar la situación terapéutica.

La familia, para el terapeuta familiar, se convierte como ya decíamos anteriormente, en la unidad funcional de diagnóstico y tratamiento. Mi experiencia clínica, que coincide con la de la mayoría de los terapeutas grupoanalíticos, es mucho más amplia en el campo de entrevistas diagnósticas con la familia que no en el tratamiento continuado de familias enteras. No existe demasiada dificultad en convertir una consulta individual en una consulta del grupo familiar, la mayoría

de las veces esto se consigue en el primer contacto con quien plantea la demanda y hasta se hace sobre el teléfono. Mucho más difícil es embarcar a toda una familia y no digamos a toda la red de personas relevantes para un tratamiento prolongado, continuado y multipersonal de tipo grupoanalítico. Las complicaciones que conlleva el haber tratado en familia al miembro de la misma que después se decide siga una psicoterapia analítica o grupoanalítica de carácter individual es otro de los temas que pienso exponer en un futuro trabajo.

Lo que quiero recalcar en esta comunicación es la importancia que tiene para el terapeuta el darse cuenta que aún cuando está operando con un solo individuo en una terapia individual o grupal convencionales, es que ambos - terapeuta y paciente - forman parte de un grupo terapéutico, de un grupo psíquico y real, que es afectado en su equilibrio interno y a nivel de la red de interacciones comunicativas y de trastorno por la terapia que se está haciendo. Aparte de las dificultades que ignorarlo pueda tener para la marcha del tratamiento emprendido, hay que tener en cuenta, también, cómo el resto de la familia es afectada por este tratamiento. Es mi convencimiento que muchos de los tratamientos analíticos individuales o grupales que se tornan en interminables y en los que no se consigue un cambio significativo en el comportamiento patológico son consecuencia de no haber tenido en cuenta el factor familiar, asimismo, pienso que el tratamiento secuencial o simultáneo de varios miembros de una familia implica un error diagnóstico a nivel familiar donde la indicación terapéutica no ha escogido aquél de los miembros de la familia que tiene más posibilidades de cambio y que es más rentable, en términos de salud, para que la familia cambie, o bien lo que estaba indicado era tratar a la familia como un grupo.

Volviendo otra vez al tema cuya importancia teórica Freud trata tan despreciativamente (28), las resistencias externas del paciente analítico vistas desde el marco grupoanalítico de red de comunicaciones y de trastornos patológicos - que no son en el fondo más que formas de comunicación que, por lo inconsciente de su mensaje, ni emisor ni

receptor entienden - se convierten en resistencias internas de la red familiar o, mejor dicho, defensas interpersonales a la par que transpersonales del modo patológico y patogénico de funcionar dinámicamente una estructura familiar concreta cuando ésta se somete al factor desequilibrador que supone el intento de cambio de uno de sus miembros.

La elaboración teórica que aquí expongo es de importancia no solo para el tratamiento individual de pacientes en psicoanálisis o en grupo sino también para el tratamiento conjunto de familias. En este tipo de terapias uno se encuentra a menudo con que aún cuando idealmente parezca que el tratamiento conjunto de las personas más relevantes implicadas dentro de un conflicto sea la forma más eficaz y expeditiva de hacerlo, en la práctica nos encontramos que ello es imposible. La razón es que las condiciones internas entre los miembros no permiten el tipo de comunicación franca, abierta, completa y profunda que se exige para todos ellos. En estas ocasiones no queda más remedio que excluir a aquella parte de la familia que resulta incapaz en aquel momento de sumarse al proceso analítico descubridor del grupo terapéutico familiar o concentrarse en aquellos que entendiéndose y entendiendo a la familia pueden mayormente facilitar que la familia funcione por otros derroteros. Hay que tener en cuenta sin embargo que no toda familia está en condiciones de utilizar la clase de insight que proporciona una terapia analítica, cuanto más alejados culturalmente del sistema social y mental en el que se encuentra el terapeuta mayor es la dificultad, este es el caso por ejemplo que se da en la mayoría de las familias que acuden a las clínicas gratuitas o de bajo costo donde se han ido hasta ahora desarrollando las terapias de familia. La cultura de la marginación, de la pobreza y del hambre no lleva al pensamiento como modo de comprensión sino más bien a la acción, a través de la experiencia, de ahí quizás el énfasis en la manipulación interactiva que se hace en las terapias sistémicas de familia. El día que estemos en condiciones para tratar conjuntamente a familias que pertenezcan al mismo grupo cultural del que proceden los neuróticos que hoy son tratados psicoanalíticamente individualmente o en grupos, y

en que además estas terapias de familia se conduzcan con la misma intensidad, dedicación y duración que hoy día se presta a las terapias orientadas hacia el individuo, entonces se podrá hablar de terapias grupoanalíticas de familia y de la realidad clínica que en estas condiciones de ellas surja saldrán las elaboraciones teóricas que sin duda facilitarán la creación de nuevas técnicas para el ataque a la problemática de los conflictos del grupo familia. Mientras no lleguere este momento lo que no cabe duda es que el uso de entrevistas de familia, con la visión grupoanalítica que aquí apuntamos, ahorra mucho tiempo y evita muchas horas de tratamiento penoso e inútil a individuos y a familias enteras, a la par que permite reorientar el tratamiento cuando en el curso del mismo se descubre que la modalidad terapéutica adoptada o bien no fué la correcta inicialmente o ha dejado de serlo puesto que como consecuencia de la eficacia del tratamiento el equilibrio dinámico de la familia ha resultado alterado y exige un cambio o un refuerzo en la orientación terapéutica.

Con todo esto no pretendo decir que las psicoterapias grupoanalíticas sean mejores o curen más y mejor que cualquier otra; la cuestión de curar tiene que ser demostrada estadísticamente y no utilizando unos criterios, que como dice Pouillon son ideológicos y relativos a la sociedad o al grupo profesional que los adopta. Lo único que afirmo aquí es que, para mí, el Grupoanálisis es el sistema que más me satisface en comprender las terapias analíticas de familia que yo hago y el marco conceptual que más me sirve para orientar un tratamiento e indicar una determinada estrategia o modalidad terapéutica. Si no fuera porque hoy en Europa el Grupoanalítico es el sistema conceptual que más rápidamente se extiende y adopta entre los institutos de formación de terapeutas de grupo, tendería a pensar que no soy objetivo. Mi vinculación personal con Foulkes, que fué el maestro que me enseñó a dar los primeros pasos en el campo de las psicoterapias, en los años cincuenta, bien pudiera haberme marcado, y cual "early imprinting", como a los patos de Lorenz, obligarme ahora a seguir su estilo de pensamiento. De ser así, sé no tener remedio pues dos forme-

ciones psicoanalíticas completas, una en grupo la otra en psicoanálisis, con sus correspondientes análisis personales no lo han logrado.

Terminaré con un comentario sobre algo que me preocupa. Como nos decía Haley, a medida que un terapeuta se va convirtiendo en experto en el tratamiento conjunto de familias experimenta un cambio en su marco conceptual de referencia, se pasa a sistemas y se olvida de las terapias de insight. La incompatibilidad entre unas y otras a mi modo de ver está relacionada con el hecho que la mayoría de las terapias familiares acaban transformándose en psicoterapias breves, es decir que incluso un psicoanalista, tiende a hacer ingeniería psicodinámica o grupodinámica, e.d. emplear el insight del terapeuta en función de la manipulación del sistema, y no esperar a que sean los propios miembros de la familia quienes cambian sus relaciones en la medida que se comprenden y las comprenden y que sean ellos mismos quienes determinan las consecuencias del tratamiento.

Esta filosofía, el que debe ser el propio grupo familiar y los propios miembros de la familia quienes libremente decidan el camino y en la medida que se liberan de condicionamientos patológicos deciden su destino, es la que me lleva a formular el grupo familiar en la manera que lo hago. Naturalmente esta filosofía entra en contradicción aparentemente con la ética del psicoanálisis que, según Szasz (34), preocupado por asegurar la autonomía individual se olvida que los individuos, para asegurar su autonomía, deben ser solidarios y que hay maneras solidarias de crecer y vivir autónomamente y que la cuna de todas ellas se encuentra en la familia. La familia está enferma, es socialmente patológica y patogénica de enfermedades personales, en tanto en cuanto que no favorece la autonomía - individuación, separación de sus miembros - y está sana, en la medida que además de asegurar esto para cada uno de ellos les hace solidarios con otras personas tanto dentro como fuera de la familia.

Reflexionando respecto a mi experiencia como terapeuta familiar y pensando en términos de la clasificación de Armstrong (35) creo que en mi deambular por este campo primero figuré con gran inseguridad entre los

que hacen "Terapia en Familia". Nunca fui un esceptico ni un converso, por mucho que las terapias sistémicas me tientes, de los que hacen "Terapias de Familia". Creo estar en el camino de algún día poder llegar a hacer tratamientos grupo-analíticos del grupo familiar lo que me colocaría en la situación de pertenecer a aquellos que llegarán un día a hacer terapia de la familia, con la familia y por el grupo terapéutico familiar que viene constituido por todos los miembros activos de ella entre los cuales profesionalmente y mientras alguien de ellos esté en tratamiento se incluyen el terapeuta o los terapeutas. Sé el objetivo que persigo es ambicioso y el camino para llegar es largo, sé que no lo puedo hacer solo sinó que somos todo un grupo, las distintas familias de terapeutas quienes unidos debemos intentarlo, pero me sé en esta dirección y hacia este objetivo me esfuerzo.

- - - - -

R E S U M E N.

En este trabajo se plantea la problemática que para el terapeuta de orientación individual y más si este parte desde el marco del psicoanálisis le suponen los tratamientos psicoterapéuticos orientados hacia la familia. Las dificultades teóricas que confronta el psicoanalista son contempladas primero en función de su vinculación orgánica con el análisis organizado y de su participación socialmente activa e inconsciente en la cultura profesional de su grupo de referencia. A continuación se examina el origen del prejuicio del Psicoanálisis en contra del tratamiento individual y colectivo de los familiares de un paciente y su fundamento en los conceptos de transferencia y de cura analítica que dentro del sistema analítico "ideológicamente" se mantienen. Basándose en conceptos derivados del Grupo-Análisis, finalmente, el autor presenta su concepto de Familia - Enferma - Familia Terapéutizada que es de importancia práctica para entender y operar con los siguientes hallazgos clínicos:

- 1) la resistencia natural de la familia al tratamiento del enfermo;
- 2) la prevención de análisis interminables determinados por el papel del enfermo dentro de su dinámica familiar e igualmente evitar efectos iatrogénicos nocivos para la familia con el exitoso tratamiento de uno de sus miembros; y 3) contrarrestar la tendencia que para el psicoanalista existe a tener que renunciar a su actitud de analítico y a la comprensión psicoanalítica de la familia como grupo en la medida que se adentra y adquiere experiencia como terapeuta en el campo de las terapias de familia.

- - - - -

BIBLIOGRAFIA

=====

- (1) Glick Ira D. & Haley J.: Family Therapy and Research: An annotated Bibliography. Grune and Stratton, N.Y. & London, 1971.
- (2) Rabkin, Richard (1970) "Inner and Outer Space: Introduction to a Theory of Social Psychiatry". Norton & Co., New York, 1970.
- (3) Citado por Malcon Pines en "A Prospect of Group Analysis". Group Analysis X/1 1977, p. 49.
- (4) Kuhn, Thomas S.: "The Structure of Scientific Revolutions", The Univ. Chicago Press, Chicago & London, 1-68, pag. 19.
- (5) Koenig, Karl: "An Overview of Analytic Group Psychotherapy in Germany", Groupanalysis X/1, April 1978, pag. 81-86.
- (6) Ackerman, Nathan W.: "The Growing Edge of Family Therapy", en Seger, C.J. & Kaplan H.S. Eds.: "Progress in Group and Family Therapy", Brunner/Mazel, Inc. New York, 1972, pag. 444-456.
- (7) Watzlewick, Paul et al: "Change-Principles of Problem Formation and Problem Resolution", W.W. Norton & Co., 1974, New York.
- (8) Haley, Jay: "Strategies of Psychotherapy", Grune & Stratton, 1963, New York.
- (9) Haley, Jay, (1972): "Beginning and Experienced Family Therapists", in the Book of Family Therapy (Ferber, A.; Mendelson, M., y Napier, A. Eds.) Science House Inc., 1972, pag. 156.
- (10) Ferber, A.: "Editorial Comments in op.c. en 9", pag. 389-400.
- (11) Bowen, M.: "The Use of Family Theory in Clinical Practice", in Haley, J. (ed.) 1971: "Changing Families", Grune & Stratton, N.Y. 1971.
- (12) Armstrong, R.: "Two concepts: Systems and Psychodynamics - paradigms in collision?" in Brat, J.O. and Moynihan, C.J. (Eds.), Systems Therapy, Groome Child Guidance Center, Washington (1971).

- Bibliografía -

- (13) C. Beels & A. Ferber: "Family Therapy: A View", Family Process, Vol. 8, nº 2, Sept. 1969.
- (14) Ferber et al, op. c en 9.
- (15) Freud, S. (1916): "Introduction Lectures on Psychoanalysis", S.E. Vol. XVI, pag. 459.
- (16) Pirie, N.W.: "Concepts out of Context: The Pied Pipers of Science." Brit. J. Phil. Sci. 2:269-280, 1952.
- (17) Freud, S. (1912) "Recommendations to Physicians Practising Psychoanalysis", S.E. Vol. XVI, pag. 120.
- (18) Thomä, H., and Thomä, B.: "Die Rolle der Angehörigen in der Psychoanalytischen Technik" Psyche 22 (1968) pag. 802.
- (19) Glover, E.: "The Technique of Psychoanalysis", Londres 1955.
- (20) Freud, S.: "Analysis Terminable and Interminable" S.E. Vol. XXIII, pag. 209-253.
- (21) Freud, S. Op. c. en 15, pag. 458-459.
- (22) Foulkes, S.H. "Group-Analytic Psychotherapy-Method and Principles". Gordon & Breach, London, 1975, pag. 4.
- (23) Foulkes, S.H. & Anthony E.J.: "Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo" - traducción de la 1ª Edición de Group Psychotherapy - The Psychoanalytic Approach, 1957, por Paidós, Buenos Aires, 1964.
- (24) Skynner, A.C. Robin: "One Flesh: Separate Reasons - Principles of Family and Marital Psychotherapy", Constable, Londres, 1976.
- (25) Foulkes, S.H., Op.c. en nº (22).
- (26) Foulkes, S.H., Op.c. en nº (22).
- (27) Speck, A. & Attneave, C.: "Redes Familiares", Amorotu Ed., Buenos Aires, 1974.

- Bibliografia -

- (28) Este trabajo pag. 24.
- (29) Congrés Cultura Catalana.
- (30) Speer, D.C.: "Family Systems: morphostasis and morpho genesis or "Is homeostasis enough?". Family Process, vol. 9, nº , 1970.
- (31) Op.c. en (25) pag. 16.
- (32) de Maré, P.B. & Kreeger, L.C. "Introduction to Group Treatments in Psychiatry"; Butterworths & Co., Londres, 1974. pag. 36.
- (33) Foulkes, S.H.: "Therapeutic Group Analysis", Int. Univ. Press, N.Y. 1965, pag. 171-172.
- (34) Szasz, S.: "The Ethics of Psycho-analysis - The Theory and Method of authonomous Psychotherapy-", Routledge & Kegan Paul, London, 1965.
- (35) Armstrong, R.: op.c. en nº (12).
