

Juan Campos Avillar, M.D., Prof. Em.¹

TERAPIAS ANALITICAS DE FAMILIA A LA LUZ DEL GRUPO-ANALISIS DE S.H. FOULKES Y DE SU TEORIA RETICULAR DE LAS NEUROSIS

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 del trabajo social.... se acaba adoptando el nuevo enfoque gracias al cual resultan asequibles condiciones patológicas, problemas familiares y de pareja, y sectores de la población que hasta ahora no lo eran con las psicoterapias individuales o grupales centradas en el individuo enfermo.

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. No se sabe en estos momentos de transición y crecimiento si la expansión demostrada por las psicoterapias de orientación familiar representa una moda pasajera que genera entusiasmo terapéutico y resultados aparatosos que después amainan, y que con el tiempo está destinada a desaparecer; o bien, por el contrario, se trata de una seria aportación a la psiquiatría, con la cual, una vez dado el paso, ya no cabe vuelta atrás. Está por ver. A nivel conceptual, sin embargo, me atrevería a decir que el movimiento de la terapia familiar, es quizás todavía una práctica en busca de una teoría. Resulta obvio que funciona, de aquí su éxito y el entusiasmo que inspira. Pero también otras terapias lo tuvieron y al final se comprobó que su principal fuerza derivaba del efecto placebo. No creo que este sea el caso de las terapias de familia. Pero mientras la rica



ILLUSTRACIÓN: KARINE DAISAY

¹ Versión original castellana, leída en el VII International Congress of Group Psychotherapy, celebrada en Copenhague en Agosto 1980. Publicada en versión inglesa abreviada en Vol. 1, pp 11-127 de "The Individual and the Group: Boundaries and Interrelations", Pines, M & Rafelsen, Lise (Edit), Plenum Press, New York, 1982.

experiencia que se está recogiendo no sea metabolizada y se concrete en un coherente *corpus theoreticus*, las terapias de orientación familiar no lograrán alcanzar categoría científica y superar el nivel de movimiento ideológico en que se encuentran.

Anthony Gale recalca en una sesión plenaria de la Asociación Británica dedicada a la evaluación de terapias de familia que las consideraciones teóricas son el primer punto a comprobar a fin de proceder a una valoración adecuada. Entre las preguntas que sugiere figuran dos que me llaman la atención: ¿La práctica de las terapias de familia se desprende directamente de la teoría o bien la relación entre teoría y práctica es ilusoria? Y, ¿brotan históricamente de una tradición clínica, o están enraizadas dentro de la psicología científica?² La rama de psicología científica a la que yo me adhiero es la del psicoanálisis. A este propósito me viene en mente el comentario que Bion hace en su introducción a *Experiencias en Grupos*. Viene a decir que lo que se observa con un enfoque psicoanalítico a través del individuo o a través del grupo, son facetas distintas de unos mismos fenómenos. Los dos métodos usados conjuntamente dotan al observador con una especie de visión binocular rudimentaria y, añade, "las observaciones tienden a agruparse en dos categorías cuya afinidad viene demostrada por fenómenos que de ser examinados por un método, se centran en la situación Edípica relativa a la situación de apareamiento; cuando lo son por el otro, se centran en la Esfinge, e.d. relativas a problemas de conocimiento y método científico".³

Me pregunto qué sucedería con estos mismos fenómenos caso de ser examinados analíticamente a través del grupo familia. ¿Mejoraría ello aún más nuestra visión, la perfeccionaría, añadiría ello una tercera dimensión, o por el contrario, este tercer ojo en la frente, como fue el caso de los cíclopes, acabaría por atrofiar los otros dos y ya nunca más seríamos capaces de ver en profundidad? A juzgar por lo que está sucediendo hoy en terapia familiar, teniendo en cuenta como muchos terapeutas con una formación y experiencia analíticas, después de tratar algunos casos, se olvidan del psicoanálisis y son absorbidos por "las terapias sistémicas", uno se pregunta si esto último no será el caso.⁴ De tener en cuenta lo hasta aquí expuesto, y siguiendo el pensamiento de Bion, quizás con lo que nos estamos confrontando en terapia familiar es también con un problema de conocimiento y de método científico. Al fin y al cabo la terapia familiar es una terapia de grupo.

Resulta chocante, el pensar que tratándose de una modalidad de terapia grupal, hayan sido tan pocos los terapeutas de grupo que se hayan visto implicados activamente en el desarrollo de las terapias familiares.⁵ Existe, sin embargo, entre ellos una notable excepción, un precursor, un pionero, me refiero a S.H. Foulkes, el inventor del Grupo-Análisis. La experiencia a partir de la que construyó el grupoanálisis, fue mayormente con grupos psicoterapéuticos grupoanalíticos, grupos de transferencia, constituidos por extraños. Tan pronto como en 1940, cuando se iniciaba en su trabajo analítico en grupos, tuvo la osadía de considerar a la familia como una opción terapéutica. Esta proposición le vino desde la familia, sin que él fuera a buscarla. "*Supuso para mí un paso esencial tratar a la familia como una red de gente y tratarlos juntamente, en la misma habitación y al mismo tiempo. Fue un gran paso para mí la primera vez que afronté semejante situación a pesar de que ya estaba preparado para ello a través de mis*

² Glick Ira, D. & Haley J.: "Family Therapy and Research: An annotated Bibliography, Grune and Stratton, N.Y. & London, 1971.

³ Rabkin, Richard (1970) "Inner and Outer Space: Introduction to a theory of Social Psychiatry", Norton, New York, 1970.

⁴ Citado por Malcolm Pines en "A Prospect of Group Analysis". Group Analysis X/1 1977, p. 49.

⁵ Koenig, Karl: "An Overview of Analytic Group Psychotherapy in Germany", Group Analysis X/1, April 1978, pag. 81-86.

experiencias en grupos".⁶ S.H. Foulkes acumuló una amplia experiencia en el uso de la entrevista como procedimiento diagnóstico psicopatológico y también en la consulta y supervisión de redes familiares en tratamiento. El tratamiento continuado de familias lo emprendió sólo en escasas ocasiones y sólo cuando la ocasión se le presentaba como tal. Sin embargo, atribuía gran valor a las terapias del grupo familiar, y estudió y operaba con redes familiares mucho antes de que la terapia familiar como tal existiera.⁷

El Grupoanálisis es un desarrollo postfreudiano del psicoanálisis que no contradice en absoluto la validez de éste cuando se aplica a la situación didáctica en la que se originó. El enfoque psicoanalítico cuando se intenta aplicar al grupo familia directamente sin pasar por el grupoanálisis, lleva a un callejón sin salida. La razón está en que el psicoanálisis opera dentro de un modelo de a dos, paciente y terapeuta solos, y por supuesto, a propósito intenta ignorar y aislarse de todo lo que suceda fuera de esta situación. Ello es posible hacerlo de una manera artificial y, materialmente, a nivel social pero no a nivel psicológico. El grupoanálisis, por el contrario, utiliza un modelo grupal como campo operativo -el modelo de a tres: el observador, el observado y el que observa la transacción entre ambos que al mismo tiempo se saben observados en ella.⁸

Contemplar los fenómenos grupales como hizo Bion, es decir, las transacciones entre analista y grupo cual si esta fuera una unidad indivisa, a lo máximo que puede aspirar es a una "visión binocular rudimentaria". Si queremos agudizarla y hacerla más sofisticada, lo que es preciso es incluir al terapeuta dentro del grupo. Esto es lo que el Grupoanálisis hizo con el grupo grupoanalítico de extraños -grupo de transferencia. Si nos movemos hacia grupos naturales de vida como lo es la familia, tendremos que empezar a pensar en términos de grupos de "familia con terapeuta", que es a mi parecer el caso con las familias en terapia indistintamente, que lo reconozcamos o no.

Empezar a pensar en términos del grupo "terapeuta con familia", implica sin embargo, una seria complicación para el terapeuta, sobre todo si es psicoanalista. La orientación individual que hasta entonces llevaba le permitía excluir de la situación terapéutica a la familia, por otra, excluir asimismo de ella a todo el plexus social que sobre él mismo pesa, me refiero por ejemplo, a colegas, colaboradores y a su propia familia. Es más, su propia especialización como psicoanalista le permitía desentenderse de las terapias que pudieran estar llevando a cabo con el paciente o con los demás miembros de la familia otros terapeutas, o de aplicar él mismo a su paciente otros tratamientos que el psicoanalítico. A este respecto me viene a la memoria una cita de Freud que dice así: *"Como método psicoterápico, el análisis no se contraponen a los demás métodos de ésta especialidad médica, no los desvaloriza ni los excluye. En teoría es perfectamente conciliable que un médico que aspira a llamarse psicoterapeuta emplee con sus enfermos el análisis al lado de otros métodos de curación, según la peculiaridad del caso y las circunstancias favorables o desfavorables externas. En realidad es la técnica la que impone la especialización de la actividad médica. Así han tenido que disociarse la Cirugía de la Ortopedia. La actividad psicoanalítica es muy ardua y exigente, y no puede usarse de ella como de unas gafas que nos ponemos para leer y nos quitamos para salir de paseo. Por lo regular, el psicoanálisis acapara enteramente al médico o le deja fuera de sus ámbitos. Los psicoterapeutas que se ocupan también ocasionalmente de análisis no poseen, que yo sepa, firme base analítica; no han aceptado todo el análisis, sino que lo han "aguado" o incluso le han quitado los colmillos, y no pueden ser contados entre*

⁶ Foulkes, S. H. Group-Analytic Psychotherapy- Method and Principles, Gordon Breach, London, 1975.

⁷ Foulkes, S. H. Group-Analytic Psychotherapy- Method and Principles, Gordon Breach, London, 1975, pp.11-24.

⁸ Watzlawick, Paul et al: "Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution", W.W. Norton & Co., 1974, New York.

los analistas. Lo cual es de lamentar, según pienso. Sería pues, muy conveniente la colaboración médica de un analista con un psicoterapeuta que se limitase a los demás métodos de la especialidad".⁹

De aplicar los criterios aquí sugeridos a la terapia de familia resulta que al terapeuta ¿de familia? le cabe utilizar el análisis al lado de este nuevo método de curación. Lo que ya no está tan claro es si el analista "poseído" por el análisis podrá quitarse estas gafas cuando opere con familias. Si lo hace se diluye la fuerza del análisis, le saca "garra" al mismo y como se descuide queda tachado como analítico. De no ser uno mismo el que practica ambas especialidades ¿quién es el cirujano y quien el ortopedista? Y ¿cuál es la colaboración posible? A la luz de este texto me pregunto: ¿es compatible el análisis de individuos con el de familias?, es más, ¿es posible tratar analíticamente al grupo familia?, y caso de que así se haga ¿qué aportaciones teóricas y prácticas tendrá ello para el psicoanálisis y para el análisis grupal? A todas y cada una de estas preguntas creo que estaremos más capacitados para contestar al final de este trabajo, pero antes valdría la pena que examinemos las dificultades que encuentra el analista individual para acercarse como terapeuta a la familia.

TERAPIAS ANALITICAS 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 se originó y para las que es propiamente aplicable. Sucedió así con los análisis infantiles, con el análisis de psicóticos, el de psicópatas, y se hizo con éxito. Más dificultad se 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. 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 objetivos que en psicoanálisis y que los principios básicos de éste no se ponen en tela de juicio, disminuye la resistencia oficial y la nueva modalidad terapéutica acaba siendo aceptada. No sé si este será el caso con las terapias del grupo familia, ni es mi propósito analizarlo a fondo en este trabajo.

Quisiera con todo 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.). La vieja controversia sugestión/análisis parece presentar aquí una nueva edición. 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 tendrá que aplicar nuevos conceptos. Solamente a cada nivel de organización es aplicable aquello que ha sido descubierto para él. El paso desde la situación clínica del psicoanálisis individual a la que se hace necesaria para el tratamiento conjunto de varios miembros de una 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, con excepción del terapeuta, deriva de su pertenencia a una misma familia. De entre los distintos enfoques teóricos derivados del psicoanálisis el que para mi resulta más satisfactorio para su aplicación

⁹ Haley, Jay: *Strategies of Psychotherapy*, Grune & Stratton, 1963, New York.

al grupo familia es el del Grupoanálisis y éste es el que adopto, por las razones que expondré después, en mis terapias grupales tanto analíticas -en grupos de extraños- como de familia.

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. 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, tal como nos recuerda Bion, es una cuestión de enfoque, de óptica. Al igual que el tuerto de nacimiento que recobra de golpe la vista en el ojo perdido, se encontrará que el nuevo ojo más bien le confunde y oscurece la visión, le hace ver doble, que no le ayuda a ver el relieve de las cosas. La tendencia natural es cerrar el ojo o prescindir funcionalmente del mismo para ver, si no más claro, por lo menos evitar el ir dando trompicones. Sin embargo, una vez 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, es posible incluso, que con un solo ojo la recree él en su mente aunque no sea más que a nivel imaginativo.

Este ejemplo, llevado burdamente al nivel del terapeuta de familia, nos ayuda a comprender el doble problema que afronta. Por una parte tiene que desarrollar un nuevo ojo para contemplar la interacción familiar y aprender a acomodar ésta a su vieja visión. Es la clásica forma gestáltica de la figura y el fondo, con la dificultad añadida de que la información que procede de una parte no desaparece del campo de visión cuando aparece la otra y que ambas tienen que llegar a integrarse y a coordinarse. Ahora bien, una vez acostumbrado a la nueva visión, ¿cómo puedes 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 periodo de acomodación es que aún 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 que no sea capaz de renunciar a la orientación familiar por más lo que crea estar haciendo sea 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.

La palabra diagnóstico viene del griego y etimológicamente significa dia -a través- y gignostein -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 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, aunque por ser social -ya que se trata de una familia- tiene vida propia y es afectada y afecta vitalmente a toda ella y a cada uno de los miembros por los que está constituida, y en él está incluido.

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. 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, quién se analiza y no es analizado, y quién, con la ayuda del analista, hace consciente y resuelve sus conflictos inconscientes, pero que éstos engloban a otras personas y no solo en su fantasía.

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. Aún cuando se trate de un niño pequeño y dependiente, para ello, lo aísla artificialmente de la familia y reusa 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. Con lo cual ésta queda fuera del campo de observación e interacción del analista y se ve limitado a hacer especulaciones teóricas respecto a la misma, basadas en reconstrucciones a partir de datos obtenidos en una situación individual y de transferencia. Vale la pena recordar aquí que los conceptos de mente y de individuo referidos al prejuicio biológico son de origen ideológico y no tienen nada de científico. Viejas dicotomías como alma-cuerpo, consciente-inconsciente, interno-externo, realidad-fantasía y sociedad-individuo son las que los sustentan. Freud asestó un duro golpe al narcisismo humano, basado en el mito de que el individuo no está dividido, al descubrir las raíces de la mente en el propio cuerpo a través de la pulsión. Dio un gran paso al descubrir que la represión la produce el sujeto a instancias de la presión social. Sin embargo, su afán por el inconsciente le llevó a descuidar la problemática de la conciencia –con-scire, conocer con otros, saber común, sentido común- que es donde radica la sede de la mente. Esto en psicoanálisis dio lugar a una serie de prejuicios.

Los Prejuicios Psicoanalíticos 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 en que queda más explícita es en el que citamos a continuación y que corresponde al final de sus Lecciones Introdutorias.¹⁰

¹⁰ Freud, S. "Nuevas Lecciones Introdutorias al Psicoanálisis", Obras Completas, Biblioteca Nueva p 3188,

"En los tratamientos psicoanalíticos la interferencia de los familiares es un grave peligro y un peligro que uno no sabe cómo afrontar. Uno está 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, quien- con sobrada razón, empero- espera que la persona en quién él deposita su confianza esté de su lado. Nadie que tenga experiencia en las discordias que a menudo desgarran la familia, si es un analista, se sorprenderá al descubrir que los más cercanos se traicionan al mostrar menos interés en la recuperación del enfermo que no en que permanezca 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 por que extrañarse, si un marido no contempla con buenos ojos un tratamiento en el que puede, con razón, sospechar que 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."

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- con la condición de que el equilibrio en su relación y el propio marido no se toquen. Los "pecados" de la "parte sana" (la no tratada) son del mismo género que los "pecados" -síntomas- de la "parte enferma". La diferencia está en que 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, por medio de la enferma, es una relación transferencia-contratransferencia de carácter negativo, donde cada uno de ellos la actúa, en el sentido de "acting out", a su manera. El analista en vez de entender lo inconsciente de la comunicación del marido, impone un silencio; el marido en un intento de comunicarse con el terapeuta que desequilibra -a través del cambio de 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" -ambos artefactos del psicoanálisis y de su intento de hacer consciente lo inconsciente- está en que la primera por quedar dentro de la situación analítica y gracias a la transferencia, resulta tratable y resoluble, mientras que la segunda, al 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 que de tener medios económicos y paciencia suficiente para ello puede que acaben todos ellos, padres e hijos, y a veces a través de generaciones, siendo analizados. Glover, en su famoso cuestionario, encontraría que solo con "gran reserva" entrevistaba un analista a la familia del paciente.¹¹ Thomä y Thomä van más lejos y califican esta actitud como "repugnancia histórica" y la interpretan como una "contratransferencia profesional supra-individual que cabe desencadene resistencias de la familia a los tratamientos de los parientes."¹²

Desde entonces para acá, las cosas han variado bastante, muchos son los psicoanalistas que han superado la "repugnancia histórica" heredada de Freud y 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 aún 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 terapéutico en la que se incluye al 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 gracias a la terapia, aclarar los conflictos inconscientes individuales, inter-personales y supra-individuales 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, y 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 una misma familia. El tema del Congreso Internacional de Psicoanálisis de Nyon, 1936, fue "*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.

¹¹ Glover, E.: „The Technique of Psychoanalysis“, London, 1955

¹² Thomä, H. and Thomä, B.: “Die Rolle der Angehörigen in der Psychoanalytischen Technik“, *Psyche* 22 (1968), . 802.

El convencimiento, no probado, de que solo mediante el psicoanálisis se puede curar la neurosis original y por tanto inmunizar al paciente de toda posible recaída o de 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.¹³ En vez de ello les refuerza en su fe y este principio se convierte en algo fundamental de su ideología.

Un sistema de psicoterapia avanza científicamente en la medida que con igual cuidado evalúa sus éxitos que evalúa 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 Introductorias**", Freud atribuye la mayoría de los fracasos, no tanto a la 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, aquellas 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 e Interminable**"¹⁴ revisa las causas por las cuales un análisis pueda fracasar, las menciona todas -la fuerza del instinto, sobre todo la persistencia y el ensañamiento del instinto de muerte, las debilidades congénitas del Yo, el que el conflicto instintual no es 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 en Terapia" que exponemos en el apartado 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 sino 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 aquellos miembros que pretendan 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 dependan entre sí mutuamente de 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, que el objeto del análisis no es curar enfermos, pero esto también es cuestión de ideología.

En resumen, de lo dicho hasta aquí se desprende que el prejuicio psicoanalítico de excluir a la familia es lo que impide que el analista pueda 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

¹³ Armstrong, R.: "Two concepts: Systems and Psychodynamics - paradigms in collision?" in Brat, J.O. and Moynihan, C.J. (Eds.), in *Systems Therapy*, Groome Child Guidance Center, Washington (1971).

¹⁴ Freud, S. "Analysis Terminable and Interminable" S.E.Vol.XXIII pag. -209-253,

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. Donde la salud mental de ésta última está en función de la enfermedad del paciente, deberá hacerse dentro de una situación terapéutica donde esta interacción quepa 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 grupoanalíticas que se expondrá más adelante. De hecho el propio Freud, en uno de sus párrafos más desalentadores por el camino de la negación, nos da una pista para ello: *"En lo que hace al tratamiento de los parientes (del paciente), he de confesar que me encuentro totalmente perdido, y en general bien poca fe tengo en ningún tratamiento individual de los mismos"*.¹⁵

Queda claro pues, que si ni hay modo de convencer racionalmente a la familia para que deje de incordiar, ni es posible tratarlos individualmente, ¿por qué no intentar hacerlo 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 didácticos. 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.

EL TRATAMIENTO DEL GRUPO FAMILIA CONTEMPLADO A LA LUZ DE LA PROPIA FAMILIA Y... DEL MEDICO

Desde que existe la familia, desde que existe el médico, la familia ha tenido tratos con el médico. El vínculo que les une, la base de esta relación, radica en el enfermo. Para la familia, el médico es el que trata a aquel de sus miembros que está enfermo, o a quien acuden habitualmente para que cuide de su salud, de ahí su concepto de médico de familia. Para el médico, en cambio, el enfermo es su paciente y los demás son los parientes del paciente. Con el advenimiento de las terapias de familia, la naturaleza de la relación médico-enfermo, médico-familia, cambia radicalmente: el paciente individual se esfuma y la familia, como un todo, pasa a ser el paciente, convirtiéndose así en la unidad básica de diagnóstico y tratamiento para el médico.

Este movimiento que va desde una concepción de tratamiento, de terapia centrada en el individuo, a otra centrada en el grupo familia, representa un cambio que va a ser resistido por ambas partes implicadas, puesto que representa una amenaza tanto para el viejo médico, como para el nuevo paciente. En lo que concierne al médico, este movimiento va en dirección opuesta a lo que hasta ahora fue el desarrollo normal de la medicina, de la psiquiatría, del psicoanálisis y de lo que en su sentido más amplio se conoce hoy como profesiones de ayuda. La tendencia fue irse polarizando, especializando progresivamente en sectores cada vez más reducidos de su campo de actividad, y en técnicas cada vez más concretas. Ahora dedicarse a la familia supone una des-especialización, una re-generalización para la cual, de entrada, el profesional no está ni conceptual ni técnicamente preparado, y que además, pone a prueba su propia identidad profesional. Para la familia, este nuevo enfoque supone también un gran cambio; se encuentra de golpe y de lleno bajo el foco de la atención médica y al perder al paciente que

¹⁵ Freud, S. (1912) "Recommendations to Physicians Practising Psychoanalysis", S.E. Vol. XVI, p. 120.

había identificado como su problema, se siente ella misma enferma cuando así la trata el médico; al propio tiempo que se ve obligada a asumir la función terapéutica que antes había delegado en el médico a través del pariente enfermo y a re-tomar parte activa en su propio tratamiento.

Obligadamente este cambio de orientación conlleva serias implicaciones en la organización y funcionamiento de los profesionales y los servicios de asistencia médica de un futuro. De momento los primeros afectados han sido los servicios de asistencia psicológica, psiquiátrica y social. Vale la pena recordar aquí una observación pertinente de Balint¹⁶ en sus estudios de psicoterapia en la práctica de médicos generales en el sentido que el factor más importante cara a la futura organización de la enfermedad para el paciente es la respuesta del médico ante la oferta de síntoma del paciente. La misma exploración física, la etiquetación de la enfermedad o la prescripción de un medicamento, determinan desde entonces la relación del médico con el enfermo y la de éste con su propia enfermedad. Pari pasu, a nivel de la familia el examen, el diagnóstico y el tratamiento del paciente que ofrece la familia, determina la carrera de enfermo de aquel y la posición que adopta la familia respecto a problemas de relación, de comunicación y de entendimiento, o de falta de entendimiento, que afecta a toda ella, y de los cuales el síntoma del paciente y el paciente como síntoma, no son más que, un intento fallido de solución y de expresión. Dependiendo pues, de la orientación del terapeuta y del modo como entienda y actué frente al problema que le presenta la familia, así será como ésta intente solucionar su propio problema.

Al terapeuta este cambio de orientación le obliga a re-examinar todas sus concepciones previas de salud y enfermedad, a reorganizar el estilo y la rutina de sus procedimientos terapéuticos y a establecer nuevos parámetros en la situación terapéutica donde opera y en las relaciones que establece con otros profesionales y colaboradores. Estos aspectos concretos los examinaremos al final de este trabajo, pero antes será preciso que hagamos una pequeña excursión para dilucidar la base teórica en que se apoya este enfoque. Al fin y al cabo para un profesional que presume de dedicarse a una tarea científica, teoría y práctica no son más que aspectos complementarios de una misma realidad, la realidad que la clínica liberalmente le ofrece cuando él no está ofuscado por el prejuicio.

Mi propósito en este trabajo es examinar cuál es la naturaleza de la relación del terapeuta con la familia del paciente independientemente de si es solo uno de sus miembros quien está en contacto directamente con el terapeuta -caso de las psicoterapias individuales o en grupos de extraños- o bien si es toda la familia que conjunta o concurrentemente está siendo tratada. El punto de partida es que la "red-familia" es un grupo natural de vida y funciona como un grupo; por tanto, cuando sobre este grupo incide un agente de cambio tan poderoso como es el terapeuta, forzosamente como un grupo va a tener que reaccionar.

La terapia de familia entendida en el amplio sentido que yo propongo, tiene por función resolver con la ayuda de un experto un problema que ha sido previamente definido en términos de salud-enfermedad por la familia y que afecta a toda ella. La problemática, sin embargo, es bien distinta según se contemple desde el ángulo de la familia o bien desde el del terapeuta.

La familia cuando acude a un terapeuta raramente si nunca cree que sea ella la que está enferma. Más bien piensa que quien lo está es alguno de sus miembros, éste es el que no funciona, el que está malo, el que es malo o el que les pone malos a todos ellos. El que sufre y hace sufrir es obviamente el enfermo, los demás son los parientes del enfermo, los relacionados son the relatives como dicen los ingleses. En

¹⁶ Balint, M. 1957: "The doctor, the patient and the illness", Pitman Medical, New York.

medicina biológica, y siempre que se trate de enfermedades del cuerpo, sin demasiados componentes funcionales ello es cierto o casi cierto.

Cuando el concepto de enfermedad se hace extensivo a los trastornos mentales, la cosa sin embargo, se complica. El enfermo -diagnosticado de entrada como tal por la familia- lo que presenta es un problema de comportamiento. Ni él sabe lo que le pasa, ni lo sabe la familia. Se ha perdido el entendimiento mutuo y el "sentido común". O es un loco o es un raro, o tiene manías o es un perverso. Siente lo que no tendría que sentir, o piensa lo que no tendría que pensar o dice o hace lo que no tendría que hacer.

A diferencia de lo que pasa con el enfermo "honesto" -el que sufre a causa del cuerpo-, el enfermo mental no inspira demasiada simpatía. Lo que la familia espera, lo que le pide al médico, es que lo cambien, que se comporte como es debido, y caso de no tener éxito en ello, dar debida autorización para deshacerse de él o para encerrarlo en un lugar desde donde, por lo menos, no moleste. En psiquiatría tradicional el terapeuta se pliega a la demanda de la familia, se alía con ella y le aplica el tratamiento al enfermo; o a veces por el contrario, con quien se alía es con el enfermo a quien se propone liberar de familia tan perversa.

Si por suerte o por desgracia, la familia va a topar con un terapeuta de familia, de entrada no hay trato, ni por supuesto consenso. El concepto medicalizado, psiquiatrizado, con que opera la familia para designar a su enfermo resulta que ya ha sido más o menos abandonado por el terapeuta. Los hay de más y de menos radicales en eso de los enfermos. Lo que tienen en común las modalidades de terapia familiar hoy en existencia, es haber trascendido el modelo individual y haber adoptado "un modelo psicosocial" en el que al grupo familia se le considere como un todo y en el que se acepta este sistema familia como unidad básica de diagnóstico, de tratamiento y de asistencia. En lo que se diferencian es en la manera como la familia y sus problemas son entendidos por el terapeuta y en consecuencia van a ser tratados. Para algunos terapeutas su misión es tratar al paciente "enfermo" con la ayuda de los miembros "sanos" de la familia, como asistentes. Para otros, su visión es tratar a la familia como si fuera un solo paciente, de los cuales el enfermo no es más que un síntoma. Finalmente, hay quienes utilizan la terapia familiar como una psicoterapia de grupo, donde tratándose al grupo, se trata a cada uno de ellos.

Los primeros, aún vecinos al modelo médico, son los más discretos. A la corta o a la larga empero, descubren que, contrariamente a lo que cabía esperar, los parientes del enfermo lo que hacen es obstaculizar el tratamiento, en vez de colaborar con el médico. Sigmund Freud, por ejemplo, tuvo tan amarga experiencia con ello que le llevaría a formular el mentado epitafio con el que se ahuyentarían de la familia generaciones y generaciones de psicoanalistas. El hermético encuadre psicoanalítico es el que protegería al paciente y médico de los ataques de los parientes. La fuerza de la transferencia permite al paciente contrarrestar la fuerza de la resistencia a su tratamiento que la familia ofrece. Muchos casos sucumbieron, y muchos tratamientos analíticos quedaron sin terminar por causa de la familia. La cooperación de esta, en los casos que hay suerte, se limita a pagar los honorarios del terapeuta, cobijar al paciente y a no inmiscuirse, si es que pueden con el tratamiento del enfermo.

A la segunda posición los terapeutas llegan por distintas vías y con distinto racional dependiendo del marco teórico del que partan. Hay varios fenómenos clínicos que llevan al terapeuta a pensar que la familia funciona como un todo, y a considerar los trastornos mentales del paciente como expresión y síntoma de un trastorno social, grupal, de fondo. En primer lugar el tratamiento exitoso y la cura del paciente, conlleva a menudo que, una de dos, o la familia se desbarata o bien otro miembro es el que enferma. La economía que supone poder resolver de una vez y con un solo terapeuta el problema del tratamiento de la familia neurótica, en vez de hacerlo uno a uno con cada uno de sus miembros y por terapeutas desconectados entre sí, representó un gran estímulo. No en vano los pioneros en terapia familiar, rompieron sus primeras lanzas en ambientes solidarios de instituciones psiquiátricas o en clínicas, y no en práctica privada donde al parecer la escasez de recursos no pesa.

La sorpresa que se lleva una familia con un terapeuta de este tipo, es que lo primero que se les esfuma es el enfermo, y encima tiene que empezar a plantearse y clarificar cuál es su problema. Curiosamente, a pesar de esta frustración inicial y del papel defensivo que juega el enfermo en el equilibrio del grupo familiar, pocas son las familias que reúsan ser tratadas como un todo, con tal que el terapeuta esté convencido de ello. De todas formas, la familia presenta a este tratamiento tanta o más resistencia que la que presentó antes al tratamiento del pariente en tratamiento.

La tercera opción, la que yo propongo y que está inspirada en el Grupoanálisis de S.H.Foulkes, parte de un enfoque y orientación distintos. Ni se piensa que hay que aislar al paciente del resto de la familia para que quepa ser tratado, ni tampoco que necesariamente la familia entera deba verse incluida en el tratamiento por haber "creado un enfermo". A la familia se la toma tal como se presenta. Se escucha a aquel que habla y no se hace hablar a aquel que no quiere. Sea un individuo solo, sea todo el grupo de familia quien solicita tratamiento, se intentará aclarar la trama de trastorno y los recursos de cambio allí presentes, y procurar se sumen en su resolución todos aquellos que sean capaces de contribuir a ello y a ello se avengan. Esta actitud abierta por parte del terapeuta facilita el que la familia se sume y coopere. El planteamiento se hace no en términos de enfermedad-tratamiento, sino basado en las posibilidades de cambio que ofrece todo el grupo y cada uno de ellos. La libre y franca discusión del problema a todos los niveles -abiertos y latentes- es lo que permite traducir la comunicación autística que supone el sintoma psicopatológico en una comunicación articulada, consciente y compartible.

Resulta obvio que el lugar por donde se trazan las barreras de la situación terapéutica, así como el grado de permeabilidad de las mismas es lo que distingue las tres orientaciones de terapia familiar tipo, ya apuntadas. En la primera, terapeuta cum parientes tratan al enfermo o enfermos; en la segunda, es el terapeuta o equipo terapéutico, coterapeutas, quienes tratan al enfermo-familia; en el tercero, es el grupo terapeuta cum familia quien se trata a sí mismo, o mejor dicho trata de entender y resolver su problema.

LA APERTURA GRUPO-ANALITICA AL TRATAMIENTO DE LA FAMILIA

La familia, no es tan sólo un conjunto de individuos, es un grupo natural y como tal 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*".¹⁷ Las leyes de los grupos se aplican a la familia tanto si ésta está sana, como si, dentro de ella existen problemas mentales. Los conocimientos, avanzados por Foulkes y sus seguidores del *Institute of Group-Analysis* de Londres, 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 Psicoanálisis.¹⁸

El convencimiento de que las neurosis y otros trastornos mentales son, en verdad, fenómenos de naturaleza multipersonal y, que la red de comunicación y de trastorno que integra la situación terapéutica es lo que constituye el objeto de tratamiento, 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

¹⁷ Foulkes, S.H. (1948) "How can sociology and psychology meet?"

¹⁸ Foulkes, S. H. *Group-Analytic Psychotherapy- Method and Principles*, Gordon Breach, London, 1975, pp.11-24.

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 así oportunidad de resolverlos.

La tarea de aclaración y resolución de conflictos inconscientes -del inconsciente individual intrapsíquico y del inconsciente social, grupo-dinámico- en grupo análisis cabe hacerse 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 psicoterapéutico, un **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 primero centró su interés y acumuló experiencia básicamente a partir del grupo grupoanalítico de extraños. Sólo recientemente Skynner y otros miembros de la *Group Analytic Society* empezaron a dedicarse experimentar sistemáticamente con la aplicación de principios grupoanalíticos, a la terapia de familia y de pareja, experiencias que Skynner recoge en su libro "**One Flesh, Separate Persons**"¹⁹. Anteriormente a ello, Foulkes solo esporádicamente exploraba el grupo raíz con propósitos diagnósticos, por más que a menudo, como dice él, con sorprendentes resultados terapéuticos²⁰.

Por **grupo raíz** se entiende aquél constituido por personas muy estrecha e íntimamente ligadas entre sí y cuya red interaccional ocupa el área central de sus vidas. La familia es el prototipo de esta clase de grupos, si bien en dicha red vengan incluidas personas que en el sentido estricto no son de la familia.

Las **psicoterapias del grupo raíz**²¹ las organiza el terapeuta a base de 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.²² 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 psicoterapias grupales y **grupoterapias**. 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 que tiene por fin que funcione el grupo y que éste cumpla su tarea, de ahí, el nombre de grupoterapia. Las **psicoterapias grupales grupoanalíticas**, las que se hacen

¹⁹ Skynner, A. C. Robin: "One Flesh, Separate Persons: Principles of Family and Marital Psychotherapy" Constable, Londres, 1976.

²⁰ Foulkes, S.H. "Group Analytic Psychotherapy, Method and Principle" Gordon & Breach, London, 1975, pag. 4.

²¹ 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.

²² Este tipo de psicoterapia, parecida por lo menos en su organización externa con la que hace Speck & Attneave y que describen como terapia de **Redes Familiares** con la diferencia que aquí su enfoque es analítico, e.d. dirigido a la aclaración de conflictos y limitado a la utilización de métodos verbales, mientras que la de Speck & Attneave es sistémica. Speck, A. & Attneave, C. : "Redes Familiares" , Amorotu Ed., Buenos Aires, 1974.

con un grupo de extraños en situación de transferencia 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 su misión, el grupo no tiene razón de ser y por tanto desaparece. En cambio en las terapias de la red familiar, las del grupo raíz, el 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.

Ver a la familia como un grupo es algo que para Freud quedaba vedado a pesar de que no le faltaban elementos conceptuales en su sistema de pensamiento para poder haberlo hecho. Él bien sabía, como ya había dicho

"Debemos llegar a la conclusión de que la psicología de grupo es la más antigua de las psicologías humanas; desde entonces, a base de eliminar cualquier trazo del grupo y a partir de la vieja psicología grupal, hemos conseguido aislar como psicología individual lo que ha sido solo a través de un proceso gradual, que aún cabe, quizás, ser descrito como incompleto". (2)

Dar esa vuelta atrás, suponía investigar el propio grupo. Esto es lo que hizo S.H. Foulkes en su búsqueda de "raíces". He aquí lo que encontró:

"Psicoterapia tiene siempre por objeto el total de la persona. El ser humano es un animal social, no puede vivir en aislamiento. A fin de verle como un todo, uno tiene que verle en un grupo, ya sea aquel en el que vive y en el cual brotan los conflictos, o por el contrario, en un grupo de extraños donde puede restablecer sus conflictos en un "cultivo" puro. El grupo es el fondo, el horizonte, el marco de referencia de la situación total".

Y sigue más adelante en el mismo artículo..... :

"Cuando nosotros contemplamos seriamente al grupo, como el marco inicial de referencia en psicología, entonces entendemos que el individuo, inevitablemente, es un fragmento moldeado dinámicamente por el grupo en el que primero ha crecido..."

"Cuando se saca a este elemento aislado de su contexto, está moldeado y formado, o deformado, de acuerdo con el lugar que ha ocupado y con las experiencias que ha recibido en este grupo. El primer grupo es normalmente la familia. Esta familia, quiéralo o no refleja la cultura a la cual pertenece y la que a la vez transmite las normas y valores culturales."

"Estas normas y valores quedan enmarcadas en el individuo; forman su yo y su super-yo desde el principio y tienen una fuerza increíble..."

"Cuando sea posible, el examen de las más relevantes personas implicadas en un conflicto, es extremadamente valiosa y constituye un paso diagnóstico que ahorra tiempo, incluso y a consecuencia de ello, se decide el tratar los individuos por sí mismos o en un grupo analítico. La terapia familiar como tal, tiene grandes posibilidades. A menudo, sin embargo, me he encontrado con que las condiciones internas entre los miembros de la familia no permiten un enfoque franco y completo, profundo y descubridor que sea aplicable a todos ellos. Estoy más impresionado por el valor diagnóstico de ver a las familias en conjunto pero, sin embargo, prefiero la situación del grupo analítico para llevar a cabo el tratamiento".

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."*²³

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 quiénes dentro de éstas resulta más conveniente hacerlo en un grupo de extraños y para quiénes 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.

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

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.

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, 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, una demanda de ayuda que merecen ser oídos y atendidos. Según cómo el ambiente social y profesional responda a esta llamada de la familia, 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.

FAMILIAS EN TRATAMIENTO

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 se trate 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. Un mero diagnóstico puede hacer a la familia abdicar de esta función o en cambio alentarla en esta última dirección. La opinión del terapeuta, 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 uno solo de los miembros como si los de toda la familia o de una parte de ella), y 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, 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 inmersa. 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 terapeutizada no se puede llegar sin contar con algunos elementos conceptuales básicos que el Grupo-Análisis ha aportado y que haré a continuación 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 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 a la que Foulkes describe como la madre del grupo (en el sentido de "la madre del vino"), el matrix.

Volviendo otra vez al tema cuya importancia teórica Freud trata tan despreciativamente, 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.

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 que 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.

La elaboración teórica que aquí expongo es de importancia no sólo 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, éste 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 familiar. Mientras no llegue 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 fue 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 nos 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.

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 cambien sus relaciones en la medida que se comprenden y las comprenden y que sean ellos mismos quienes determinan las consecuencias del tratamiento.

Dentro de esta filosofía 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, y es lo 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.²⁴ 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 - individualización, 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.

²⁴ Szasz, S. "The Ethics of Psychoanalysis. The Theory and Method of autonomous psychotherapy". Routledge & Kegan Paul, London, 1965.

...Y los que tratan familias

A lo largo del trabajo han ido quedando preguntas abiertas; es hora ahora, de intentar encontrarles respuesta. Ha quedado ya bastante explícita cuál es mi idea de salud para la familia y de las maneras cómo, en consecuencia, el paciente y su *plexus*, este grupo amerita ser tratado y por qué medios. Nos vamos a ocupar aquí de aquellos que se ocupan de tratarlos, los terapeutas, si es que y cuando se atreven a adoptar para su trabajo esta filosofía.

En otros tiempos, en la vieja Grecia, el therapeutes era el esclavo, el sirviente a cuyo cuidado estaba la salud de la familia del amo y de los demás sirvientes. Su misión era la de sanar, la de curar y la de cuidar de la salud de todos. Con el tiempo, con el progreso de la ciencia el esclavo se tornó en amo. Hoy, en nuestra sociedad de consumo, en cuestiones de salud y en el seno de la consulta, el "doctor", el terapeuta, es quien lleva la vara más alta y el que dice la última palabra. He apuntado ya como el individuo y su familia pueden dejar de ser pacientes, reconquistar el protagonismo de su propia salud y señalado el camino para poder llegar a hacerlo. Veremos ahora como el profesional de la terapia, los que tratan familias y parientes, pueden facilitárselo.

A nuestro modo de ver la terapia es un proceso, resultado de la interacción de dos redes de personas: una, la del paciente y su *plexus*, del cual aquel es punto nodal de comportamiento sintomático, de comunicación distorsionada y de trastorno transpersonal; y otra, la del terapeuta, con su propio *plexus* personal y de afiliaciones científicas y profesionales. De esto, por desgracia, pocos terapeutas son conscientes.

Las fronteras, los bordes de la situación terapéutica, vienen tallados por el terapeuta dentro de la amplia masa social a la que tanto él como el paciente pertenece, de acuerdo con los procedimientos de la técnica y según los propósitos terapéuticos que persigue. Lo que queda dentro y fuera de estos bordes influye en la marcha del proceso. Vimos ya, donde condujo a Freud el haber dejado a la familia fuera. Veamos que sucede cuando se cuenta con ella.

La primera dificultad estriba, para el terapeuta, en decidir si entrevistar al paciente solo o bien a la familia entera. Sabemos que el resultado de esta decisión no es inocuo. Determinara de hecho, según se lleve todo el proceso. Entrevistar a un individuo solo es una manera de intervenir en una familia. Entrevistar a la familia entera es otra manera de intervenir sobre los individuos. Hay maneras flexibles y rígidas de hacerlo. Quienes reúsan incluir la familia se pierden el contexto; quienes no aceptan un paciente a no ser que venga acompañado de los suyos le privan a este la oportunidad de manifestar su versión del problema a la que tiene todo derecho.

En mi práctica y con los años, he llegado a una solución intermedia. A veces, siguiendo a S.H. Foulkes, inicio la evaluación del caso con el emergente del grupo, con el embajador de la familia, que es el paciente individual que me pide ayuda. Si esta primera entrevista se hace teniendo en cuenta el contexto grupal del enfermo es fácil invitar a que se sumen a la clarificación del problema otros miembros que en él se ven implicados y a quienes ciertamente concierne. Otras veces, más a menudo, resulta más expeditivo empezar con una consulta abierta a la que acuden de entrada todos, y poco a poco se va dilucidando quienes tratar en el grupo terapéutico, a quienes eliminar por innecesarios o inasequibles o bien decidir si la mejor prospectiva no será tratar individualmente a algún miembro que necesariamente no tiene porque ser el enfermo o el más enfermo.

En medicina científica el primer paso para una indicación terapéutica o incluso para justificar ciertas exploraciones no inocuas, está en llegar por lo menos, a un diagnóstico presuntivo. El tratamiento de prueba, sobre todo si conlleva un riesgo y resulta caro, solo se aplica en casos extremos. El psicoanálisis de prueba, o esa microversión del mismo a que se reduce la entrevista diagnóstica del paciente aislado y descontextualizado, no me parece por ello un buen procedimiento para indicar un tratamiento que

puede durar años y acarrear serias consecuencias no solo para el paciente sino para los demás de la familia y para el propio tratamiento.

Más lógico parece fuera la evaluación global del paciente y de su contexto familiar tuviera lugar a través de entrevistas que los incluyera a todos ellos. Esto no siempre es posible y ni tan siquiera siempre conveniente. La entrevista familiar tiene también siempre consecuencias y exige unas condiciones mínimas de seguridad que no están siempre presentes. No es posible, por ejemplo, cuando el deterioro de las relaciones es tal, que un diálogo franco, honesto y esclarecedor entre los miembros de la familia tenga lugar, o bien cuando dicho dialogo fraudulento, sancionado por la presencia del terapeuta, va encaminado a conseguir fines extraterapéuticos. Los que hemos tenido ocasión de entrevistar o tratar individualmente a pacientes que vimos o fueron tratados en familia, no nos sorprendemos cuando descubrimos la "mentira piadosa" o "malintencionada" que se encubría allí, bajo la apariencia de comunicaciones "pseudo-honestas". No es raro el conyugue infiel o impotente que trata de ayudar a su pobre deprimido o frígido y celotípico partenaire, ni tampoco el caso en que los niños problema son utilizados cual arma arrojada por una pareja sado-masquista incapaz de escindir se aun cuando no vivan ya bajo el mismo techo.

La principal ventaja que ofrece una entrevista inicial a nivel familiar es diagnosticar a tiempo las resistencias al cambio que ofrecerá la familia al tratamiento individual de algún miembro o al colectivo de toda ella. La comprensión dinámica que allí se obtiene nos permitirá diseñar la estrategia más oportuna y elegir entre alternativas terapéuticas o buscar la combinación de ellas que mejor pueda ayudar a superar las resistencias. La orientación grupal, contextual, familiar que preconizamos para la entrevista diagnóstica, cabe hacerla igualmente cuando se entrevista un solo individuo y los demás estén ausentes. De hecho la mayoría de los tratamientos de familia surgen de la iniciativa de uno solo de sus miembros, es a partir del dialogo inicial de este con el terapeuta de donde brota la idea. Si el terapeuta no piensa en ella, esta prejuiciado en favor del tratamiento individual nunca llegara a este punto. Al revés, de estar prejuiciado en contra del tratamiento individual forzara a tratamientos colectivos y en conjunto a toda la familia aun cuando ello no sea posible ni conveniente. De hecho, en mi propia experiencia y a deducir de la lectura que hago de la tendencia en terapia familiar a tratamientos breves, pocas sesiones y espaciadas, la resistencia interna de la familia al tratamiento es mayor si cabe que la resistencia interna del paciente a su propio tratamiento. La razón, imagino, es que para la familia la fuerza de la transferencia al terapeuta -ese tipo de resistencia que es la base y la que hace posible el análisis individual- es mucho menor ya que queda invertida en los propios miembros de la familia donde los objetos del pasado vienen reencarnados. Pero es más, me atrevería a decir que esta tendencia en muchos terapeutas de familia es expresión defensiva de su propia personalidad y del miedo a profundizar en su inconsciente personal y colectivo. Visto en términos económicos -de economía psíquica y de economía en tiempo profesional y de dinero- lo ideal fuera, siempre que sea posible, tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento, empezar con un tratamiento global de la familia en su propio grupo; y de no ser ello posible, tratar en situación de transferencia a los miembros clave que más impiden el cambio o que mejor puedan favorecerlo. El tratamiento individual quedaría así reservado para aquellos casos en que la familia no cuenta o que no tiene remedio y lo único que cabe pensar es en un "sálvese el que pueda". Está claro que el sistema de valores por el que tradicionalmente se ordenan las prioridades de opción entre modalidades terapéuticas, ha sufrido aquí un giro copernicano con esta filosofía. De un problema de indicaciones nos pasamos a otro de contraindicaciones cuyo ideal y centro está en el grupo familia.

Adoptar este enfoque multipersonal, esta visión grupoanalítica de la enfermedad en el tratamiento, es un camino que está preñado de obstáculos tanto para el terapeuta que lo intenta como para los servicios terapéuticos donde viene integrado y la red de profesionales a que pertenece. S.H. Foulkes es quien lo preconiza, y nos advierte que será más bien en un futuro y no ahora cuando estaremos en condiciones

para tratar la "red de circunstancias y personas en interacción que constituyen el campo operativo y real para una psicoterapia radical y eficaz.... Hará falta, (añade) para que este tipo de trabajo sea posible que primero un equipo de terapeutas se haya formado a la vez en grupo-análisis y en psicoanálisis". Yo, que me he formado en ambas vertientes del análisis entiendo en parte, porque en las circunstancias presentes es todavía tan difícil poner en marcha este tipo de terapias y ciertamente que lo he intentado.

Dos principales fuentes de dificultad se oponen, hoy por hoy, a este tipo de trabajo: una es la práctica imposible de llevarlo a cabo en solitario; otra, la clase de complicación que supone hacerlo en equipo a no ser que éste adopte para ello un modelo grupal. Para el terapeuta que trabaja en solitario, por más que una doble formación en psicoanálisis y en grupo-análisis le capacite para trabajar con individuos y con el grupo familia, se le hace muy difícil combinar ambos tipos de tratamiento con personas de una misma familia. Ser objeto de transferencia a un nivel y para algunos, al mismo tiempo que funcionar como terapeuta del grupo familiar, implica que la situación de transferencia-contratransferencia del análisis individual o de grupo queda radicalmente alterada. Una de las maneras de paliar este problema sería limitarse al tratamiento de familia o al tratamiento analítico individual o en grupo y referir a otros especialistas para el tratamiento combinado que se considere oportuno. Pero entonces, ¿cuál va a ser la relación entre este grupo de especialistas que actúan sobre el mismo grupo familia?, ¿se mantendrán entre sí aislados cual compartimentos estancos? o bien por el contrario, ¿se mantendrán en comunicación abierta? y si es abierta ¿abierto a quién?, ¿sólo entre ellos o harán de ella partícipe a la familia? Las fronteras, *the boundaries*, de la situación analítica cuando se piensa ésta dentro del modelo tradicional, tienen forzosamente que ser impermeables a fin de que dentro de ella se puedan dar la situación de transferencia de cuya resolución y análisis depende la cura. Los terapeutas que así piensan, cuando colaboran en un caso, tienden a mantenerse entre sí aislados y por supuesto rehúyen cualquier tipo de tratamiento combinado. Algunos de estos terapeutas combinan, sin embargo, el tratamiento analítico individual y grupal con algunos pacientes sin que al parecer ello les represente mayor obstáculo en la marcha del proceso terapéutico en uno u otro ambiente. Otros utilizan sesiones alternadas -con y sin terapeuta en sus tratamientos grupales y también con éxito. Quizás ahí estén los pilares desde donde establecer el puente entre el tratamiento individual y de grupo familia. De todas formas, tanto en un caso como en el otro, la problemática de integrar y separar se queda en el terapeuta aislado o bien en el grupo terapéutico, y radica en poder operar dentro de un sistema cerrado -caso del análisis- a un sistema abierto o por lo menos, con filtraciones -caso de los tratamientos combinados.

Cuando en vez de ser un terapeuta son varios los que inciden sobre la familia sometida secuencial o sucesivamente a múltiples modalidades terapéuticas, supone reproducir a nivel del grupo de terapeutas la misma problemática y tipo de conflicto con que se encontraba dentro de sí mismo el terapeuta que lo hace en solitario, con la complicación añadida que conlleva trabajar en coterapia. Si entre ellos no existe comunicación, funcionan como compartimentos estancos, la disociación, las proyecciones y el conflicto aparecen dentro del grupo de terapeutas y además así, al no hablarlo, queda silenciado y negado. Las competencias inter-profesionales sirven de campo abonado para proyectar en ellas conflictos inconscientes que resultan inelaborables. Si por el contrario, los terapeutas se mantienen en contacto, las situaciones analíticas quedan viciadas a nivel individual y a nivel de grupo con fugas de confidencialidad, confusión sobre la procedencia del material o resistencias basadas en las fantasías que la situación inspira. Está visto que la coterapia en estas condiciones resulta extremadamente difícil y muchas buenas amistades entre analistas a menudo han terminado por intentar colaborar de esta manera. La relación entre un grupo de terapeutas y un grupo de familia, parece que debiera integrarse a nivel de un grupo mayor que los incluya a todos. Lo mejor sería que al grupo terapéutico acudiera como un miembro más al de los terapeutas individuales de los miembros en tratamiento, pero ¿conocen Uds. algún analista que en práctica privada se avenga a hacerlo? Yo más bien pocos! Más viable resulta ante esta situación

asumir uno mismo las contradicciones internas, y aunque ello resulte una penosa carga para el terapeuta y a menudo para la familia, llevar uno mismo los distintos tratamientos combinados.

Trabajar en equipo, en una práctica de grupo, cosa que se da más fácilmente en ambientes institucionales, es mejor alternativa. De hecho, la mayoría de terapeutas de familia así lo hacen. Los problemas de coterapia son así resolubles, aun cuando a menudo, a costa de desatender las necesidades de tratamiento de los pacientes. Ello es así, aunque a veces lesionan intereses del grupo familia y ya no digamos los de la sociedad o institución que financia dichos costos. Cuando uno contempla el funcionamiento de algunos de estos equipos y se percata de que para una hora de terapia a una familia se dedican hasta veinte de otras tantas de trabajo profesional -entre coterapias, revisión de video y discusión de grupo- se pregunta cómo este despilfarro puede ser rentable a la sociedad. Naturalmente la respuesta es que el beneficio en investigación y formación que lateralmente genera, compensa de forma amplia el bajo rendimiento terapéutico. Con criterios de eficacia terapéutica, sin embargo, lo que resulta obvio es que si se quiere funcionar como equipo es imprescindible dedicar el tiempo y el espacio que se precisa para una reflexión grupal con una doble finalidad: constituirse en instrumento terapéutico y poder realizar mejor su trabajo terapéutico. La terapia en este caso deja de tener por objeto la curación y adopta como objetivo el cambio, y el cambio no del enfermo o de la familia del enfermo, sino el cambio del terapeuta y del propio grupo de terapeutas. Ello conlleva un gran riesgo, supone renunciar a tecnificarse, a institucionalizar roles y funciones a acumular poder en base a la necesidad del otro y supone asimismo resignarse a jugar el papel de agente de cambio cuya fuerza radica en un funcionamiento grupal, social, más avanzado. Aplicar al equipo de profesionales los mismos criterios y la misma metodología que estos proponen a las familias en discordia, implicaría que las barreras entre los profesionales de la terapia y los verdaderos amateurs de ellas, que son los que se tratan, se desdibujan, y entonces quizás, no haya ya más "amos" y "esclavos". Quizás un día, en Utopía, ello sea posible. Mientras tanto lo único que nos cabe es seguir pensando, conversando y trabajando. Si podemos desarrollar nuestro quehacer diario con un enfoque grupal, quizás vayamos acercándonos a ello.