



Aproximación Relacional¹ a la Psicosis

Teresa Suárez Rodríguez²

Psicoterapeuta de Familia, Centro de Estudios Sistémicos, Madrid

Carmen F. Rojero³

Psiquiatra, Psicoterapeuta de Familia, Centro de Estudios Sistémicos

Las investigaciones sistémicas han contribuido a la comprensión de los procesos etiopatogénicos y a las intervenciones terapéuticas en el campo de la psicosis de manera significativa. No obstante, en la última década se produce un distanciamiento de estas posiciones, fruto entre otros factores del reduccionismo biologicista y de la complejidad del abordaje sistémico.

Las autoras pretenden en este artículo, presentado como Ponencia en el Congreso de FEAP de Barcelona del año 2001, dar cuenta de la evolución de su investigación en el campo de la psicosis, Partiendo de la modelización de “Los juegos psicóticos en la familia.” De la Escuela de Milán, se centran en actores particulares de las relaciones, tales como la madre y hermanos del esquizofrénico, vistos desde la perspectiva de la coherencia de su estrategia relacional con su organización individual.

Palabras clave: Terapia de Familia, Psicosis, Psicoterapia Relacional. Juego Psicótico. El actor y el sistema.

Systemic researches have had a remarkable contribution to the understanding of contextual complex processes of origin of psychosis and to therapeutic interventions in this field. However, for the last ten years we have assisted to disengagement to those approaches because of a narrow biological view and of the complexity of systemic approach.

In this work which was stated at FEAP Congress in Barcelona in 2001, the authors aim to show the development of their research in the field of psychosis. From the framework of “Psychotic family games” of Milan School, they focus on particular actors in relations, such as schizophrenic’s mother or brothers and sisters, viewed from the point of the coherency between their relational strategy and their organization as individuals.

Key Words: Family Therapy, Psychosis, Relational Psychotherapy, Psychotic Game, The Actor and The System.

English Title: A relational approach to Psychosis

Cita bibliográfica / Reference citation:

Suarez, T. (2007). Aproximación Relacional a la Psicosis. *Clinica e Investigación Relacional*, 1 (2): 418-432. [ISSN 1988-2939] [<http://www.psicoterapiarelacional.es/portal/>]

INTRODUCCION

Recientemente la comunidad científica ha celebrado con júbilo la descripción del genoma humano. Años de investigación han conducido a esta meta: aún así, los investigadores se muestran prudentes: queda mucho camino por recorrer para dilucidar sus aplicaciones, su utilidad en el tratamiento de ciertas enfermedades, numerosos aspectos éticos se formulan como relevantes....

Los tratamientos de los diferentes cánceres y del SIDA han dado como resultado una esperanza de vida y una calidad de la misma para estos pacientes que cambia radicalmente no sólo el proceso de estas enfermedades sino también la imagen social frente a las mismas.

Diferentes aproximaciones se han puesto de acuerdo para establecer consensos y protocolos a la hora de intervenir, aparcando antiguos dilemas (ó-ó), para llevar a cabo intervenciones conjuntas, con excelentes resultados.

En nuestra especialidad, y de modo aún más relevante en el terreno de las psicosis, las investigaciones continúan una trayectoria parcelaria y excluyente, las disyunciones siguen vigentes, sólo la clínica, en algunos casos, sintetiza aportes de lo recolectado en los diferentes ejes: biológico, individual, relacional...

A pesar de ello, el devenir de los psicóticos se ha hecho bien diferente. Las medicaciones psicótropas han contribuido a ello, el pensamiento humanista que ha impregnado el trabajo en Salud Mental a lo largo de las pasadas décadas y que restablece, cuando menos en la teoría, derechos básicos para estos pacientes, tales como el derecho a la libertad, al trabajo, a tener un techo, unos recursos económicos...ha sido decisivo: la Psiquiatría Comunitaria crea un marco de intervención en el que síntomas y paciente se sitúan en un contexto que permite hablar de necesidades y no sólo de síntomas.

Pero también la Terapia de Familia ha jugado un papel crucial, contribuyendo a esclarecer esa importante franja intermedia entre lo individual y lo macrosocial. Desde los años 50 en USA y desde finales de los 60 en Europa, múltiples investigaciones familiares contribuyen a esclarecer el mundo relacional, familiar, del paciente psicótico.(1)

Hipótesis comunicacionalistas como la teoría del doble vínculo, sistémicas, como la teorización de Haley sobre el triángulo perverso, ó basadas en la teoría del juego, como uno de los últimos aportes de la Escuela de Milán...van componiendo un rompecabezas que ilumina cada vez con algo más de nitidez la escena relacional íntima del psicótico.(2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

Desgraciadamente, este es al menos nuestro punto de vista, desde la publicación en 1988 del libro "Los juegos psicóticos en la familia", de Mara Selvini (10) y su equipo e "Intervenciones sistémicas en los juegos familiares" de Prata, Viganato y Bullrich,(11) (12) en 1992, existe un cierto desierto en la investigación en este campo.

A pesar de lo sugerente de las hipótesis allí aportadas, así como el interés de las aperturas técnicas que se inician con el “Nuevo Método”⁴, estas huellas parecen haber sido abandonadas, no han trascendido nuevas investigaciones que continúen, maticen ó refuten la visión relacional de las psicosis evidenciada en estas publicaciones.

Las explicaciones del por qué de este hecho pueden ser múltiples y no necesariamente excluyentes. Algunos dirían que se trata de planteamientos erróneos que no hacen sino culpabilizar a las familias, posiciones arrogantes y no suficientemente contrastadas para otros, intervenciones difíciles, incompatibles con los tiempos asistenciales ó con la habilidad real del terapeuta, dirían terceros...

El hecho evidente es la tendencia de nuevo a reducir la psicosis a sus aspectos biológicos, posición tanto más llamativa cuando incluso en la enfermedad física los aspectos psicológicos, la gestión relacional de la discapacidad...son teorías y prácticas que lenta pero progresivamente van impregnando la medicina.

Nos situamos como Escuela en esta tercera posición que considera incompletas las hipótesis comprensivas de la psicosis y difíciles e insuficientemente contrastados y depurados los instrumentos terapéuticos. No obstante, nuestra reflexión sobre las familias con pacientes psicóticos que han solicitado nuestra ayuda, pretende seguir avanzando en la comprensión comunicacional y relacional de estos problemas, conscientes no obstante de la necesaria integración de estas investigaciones en una visión más compleja de éste como de cualquier otro hecho humano.

Nuestra experiencia con el “Nuevo Método”.

La publicación del *Nuevo Método* abrió, desde nuestro punto de vista, una posibilidad terapéutica extremadamente acorde con las teorías relacionales sobre las psicosis, permitiendo incluso integrar conceptos previos que ahora se veían formando parte de un conjunto arquitectónico más complejo. Hablábamos de ello en nuestro capítulo sobre “La pareja del padre del psicótico”, publicado en el libro “La psicosis en la infancia y en la adolescencia” (AEN, 1993).(13) (14)

La prescripción invariable, como instrumento a la vez clarificador de aspectos encubiertos de los juegos relacionales en estas familias, devastador de las coaliciones que generaban estructuras familiares disfuncionales y creador de espacios autónomos para los diferentes sistemas y subsistemas.....mostró ser una herramienta efficacísima, cuando se conseguía la colaboración de la familia, especialmente de los padres, para llevarla a cabo. El número de rupturas, y , sobre todo, de casos donde percibíamos que el propio instrumento, perversamente utilizado, reforzaba aún más la disfunción familiar, nos dejaba ante la tesitura de dirigir nuestra intervención sólo a los casos “con padres motivados”, excluyendo el resto de los casos por su falta de motivación y dejándoles ante su responsabilidad, por la falta de colaboración, o bien podíamos intentar analizar el porqué de la aparente resistencia en aquellos casos de padres no colaboradores, considerando qué errores puede haber bien en la teoría bien en la técnica detrás de estos fracasos. Es pues sobre esta reflexión acerca de los “casos resistentes” donde querríamos incidir en nuestra aportación.

Hemos llegado a nuestra técnica actual a través de las informaciones que nos han aportado dos caminos diferentes:

Por una parte, al intentar afrontar de modo sistemático las familias que pedían una psicoterapia familiar a través de la modelización de los juegos psicóticos como proceso en seis estadios, siguiendo los pasos del nuevo método.

Nos ha parecido crucial buscar durante el periodo de evaluación lo que tradicionalmente llamaríamos signos pronósticos ó, desde una visión más actual, la pertinencia de la intervención, dados la organización familiar, el problema, las expectativas del demandante... Datos como el análisis de la derivación, de la demanda, el grado de colaboración, sobre todo de los padres, en la investigación, las insubordinaciones, los cambios epistemológicos de los diferentes actores, han sido para nosotros datos utilísimos a la hora de decidir si la perturbación generada por nuestra intervención en esa particularísima organización familiar, se mostraba adecuada en relación a los objetivos planteados. Una vez establecido el contrato terapéutico, la praxis nos hacía ver que el *Nuevo Método*, basado en la prescripción del secreto y de salidas ritualizadas, no debía convertirse en una vía unidireccional del tratamiento. Frecuentemente ocurre que, una vez iniciado el *Nuevo Método*, encontramos retroacciones tanto en el mantenimiento de las coaliciones de cada uno de los padres con miembros de otra generación, bien constatamos la falta de interés mutuo en la pareja, barrera que ni siquiera la preocupación por el hijo permite superar en aras a encontrar una colaboración. Es en estos casos donde la flexibilización del contexto de intervención nos ha permitido incidir en el juego interactivo, evitando apostar todo el éxito ó fracaso sobre el nuevo método ó la carta basada únicamente en la colaboración de los padres.

El segundo camino nos ha sido trazado por aquellos casos donde bien la terapia de familia había sido ya quemada como instrumento ó no era ya posible ó adecuada, dada la evolución de la situación (padres separados donde uno de ellos había tirado la toalla, hermanos interesados por su propia autonomización, después del enésimo intento de involucrarse en la resolución de los conflictos familiares, en los que "la enfermedad" del hermano/a había sido una fuente constante de re-implicación. Encontrábamos en estos casos miembros de la familia que pedían ayuda para sí mismos, si bien a veces mejorar la relación con el paciente formaba parte de los objetivos del demandante.

Estos tratamientos nos permitieron profundizar en la epistemología y expectativas de estos actores que, examinados previamente por nosotros sólo en el contexto familiar, mostraban ahora aspectos nuevos cuando eran escuchados en entrevistas individuales.

Entendíamos así que, a pesar de nuestros presupuestos teóricos, según los cuales los síntomas del paciente tienen sentido y forman parte del contexto relacional de la familia, contribuyendo a su coherencia, cuando nos confrontábamos a la familia, a lo largo de las entrevistas tendíamos a incidir sobre los problemas del paciente, como si éste fuera el único a tener problemas. La entrevista familiar parecía, aunque ello no fuera nuestra intención, destinada a probar que los comportamientos del resto eran bien el origen, bien aquello que mantenía el problema. La tarea de situar los comportamientos del resto de los miembros como expresión *también* de su problemática personal, como solución, seguramente equivocada pero solución al fin y al cabo, de sus dificultades personales, resultaba de tal grado de complejidad que sistemáticamente tendíamos a dejarla de lado ó a olvidarla.

Actualmente intentamos en la práctica conseguir que una investigación circular no se

reduzca sólo a hacer preguntas en términos de diferencias, nos planteamos en ella la búsqueda de la coherencia del sistema, donde no sólo los síntomas deben tener sentido, el resto de los comportamientos también deben tenerlo. No sólo el paciente tiene que encontrar alternativas no sintomáticas, es necesario que el resto de la familia las encuentre también.

EL NUEVO MÉTODO COMO PUNTO DE PARTIDA

La modelización de los juegos psicóticos como proceso en seis estadios no representa el fin de la investigación relacional en la psicosis. No es sino, pese a la genialidad de muchas de sus aportaciones, más que un importante eslabón en el abordaje multidisciplinar del problema. La investigación familiar en las psicosis debe profundizar conceptos, analizar otros segmentos del proceso que están omitidos ó insuficientemente esbozados.

He aquí algunas reflexiones al respecto:

Impasse de la pareja parental

Al considerar este impasse como el estadio 1, se escotomiza el hecho de que cada uno de los padres ha llegado a esta situación intentando resolver, en la elección de la pareja y en la dinámica relacional con ella creada, toda una problemática personal que tiene, no totalmente pero sí de modo fundamental, sus raíces en las familias de origen de ambos. Consideramos que las “heridas originarias”, es decir aquellas que la pareja suele hacerse en el inicio de la relación, tienen su base en expectativas y problemas cimentados en el contexto de origen. La reconstrucción biográfica individual y como pareja permite ver el impasse no como una relación patológica, sino más bien como un intento fallido de la modalidad a través de la que han intentado resolver en la pareja problemas individuales.

Por ello, en los tratamientos de familia, hemos trabajado en algunos casos con ambos padres por separado, buscando un clima que les permitiera confrontarse con esta problemática en una atmósfera más empática. Esta decisión no la tomamos en el inicio del tratamiento; conocer que opiniones le ha dado el otro miembro de la pareja, que lleva sin duda años refutando, permite no incidir en aquellos aspectos que por la dinámica de la pareja ó por su propia autoestima no va a aceptar como propios.

El estudio del desarrollo de los niños no puede limitarse sólo a los modos como fueron involucrados en el conflicto conyugal.

El desarrollo evolutivo del niño precisa, en cada fase, aportes de los padres adecuados a sus necesidades, aportes que pueden estar trabados tanto por el conflicto parental como por la propia personalidad de los progenitores.

Cuando pensamos en todo lo que se esconde detrás de los comportamientos que los padres nos describen previos a la declaración oficial de los síntomas, no podemos obviar el considerarlos como estrategias adaptativas, frecuentemente tan disfuncionales como silenciosas (timidez, aislamiento, mala adaptación al mundo extra-familiar), y que aparecen precozmente, en un momento en que el niño está construyendo las bases de su realidad, de su socialización, de su autoestima.

La psicosis puede considerarse como una estructura adaptativa de la organización familiar, no necesariamente la única posible.

El construccionismo (15) puede permitirnos una aproximación a estas familias no vacíos de hipótesis, pero sí poniendo más el acento en ayudarles a encontrar sus propias alternativas, que parecen bloqueadas en el momento de la consulta pero que sin duda existen.

Nuestra aproximación actual es más bien abierta, no prejuzgando los límites (las estructuras posibles) de la organización familiar de modo apriorístico, si no deduciendo “los techos” de la misma a través de los *feed-back* recogidos en el proceso de tratamiento.

Es necesaria una revisión de los conceptos sobre los que nos apoyamos a la hora de hablar del cambio terapéutico, a la luz no solo de las modelizaciones teóricas a través de las que nos aproximamos a las psicosis, si no también de las visiones y problemas que pacientes y familias plantean en la consulta. Esta visión debe impregnar de forma más particular aquellas consultas “no contaminadas” aún por intervenciones profesionales, es decir aquellos casos en los que la demanda no ha sido aún adaptada “a la oferta profesional”.

ABORDAJE DE LA MADRE DEL PSICÓTICO: UNA INTERVENCIÓN INSTRUCTIVA.

Cualquier profesional de la salud mental tiene una imagen gráfica de la contumacia con la que la madre del psicótico continúa yendo a consulta, solicita ayuda, medicación...a veces largo tiempo después de que el paciente rompa el tratamiento. A menudo ella continúa siendo el único puente entre el paciente y la institución.

Este hecho levanta casi siempre olas de ambivalencia, desespera al profesional que pretende cortar el lazo simbiótico sin conseguirlo, casi siempre constata que la ruptura con la madre lleva a un mayor aislamiento del paciente, aislamiento roto por crisis puntuales, a veces resueltas coyunturalmente a través de hospitalizaciones.

Le teoría con la que comprendíamos esta persistencia de demanda, a parte del peso que tienen sin duda soportar en lo cotidiano los síntomas, era interpretado en términos relacionales como fruto de la simetría oculta, del *hybris* que le impedía tirar la toalla, ó bien fruto de una relación simbiótica que le hacía imposible la renuncia a este tipo de relación materno-filial.

Esta redundancia nos llevó a tomar la determinación de aceptar la demanda de la madre, bien cuando era la única disponible, bien cuando por circunstancias de separación, viudedad, inaccesibilidad del marido... representaba el único colaborador parental con el que podíamos contar para un trabajo psicoterapéutico.

No excluimos en estas demandas los casos donde en la demanda la relación con el paciente, el quehacer frente a los síntomas.....forma parte del problema que lleva a consulta. Sabemos que esta relación es muy impregnante, ponerla entre paréntesis llevaría a falsear la relación terapéutica, la demandante sin duda ocultaría parte de las expectativas para adaptarlas a la “oferta terapéutica”.

En nuestra modalidad de trabajo, seguimos utilizando la ficha telefónica y el trabajo en co-

terapia con espejo unidireccional. Trabajar en estos casos con un individuo no disminuye la complejidad de los juegos psicóticos, al contrario, la ausencia de otros miembros fuerza al terapeuta a una actitud más imaginativa para buscar puentes entre síntoma individuo-familia.

En cambio si consideramos que el empleo del tiempo debe ser más flexible y que el terapeuta debe tener una mayor disponibilidad en periodos de crisis.

Dado que se trata de tratamientos difíciles, entendemos que algunos marcadores de contexto deben permanecer claros a lo largo del tratamiento:

- La expectativas del demandante deben ser siempre tenidas en cuenta.
- Las exploraciones relacionales se justifican en función de estas expectativas.
- Las modelizaciones sobre los juegos psicóticos orientan la investigación.
- En la entrevista individual se pueden y deben abordar aspectos colusivos de la problemática individual que aparecen en la relación de la pareja y aquellos que se externalizan en la relación diádica que mantiene con los hijos, en particular con el paciente identificado.
- Si mantenemos la hipótesis de que estas madres, como los padres, por otra parte, han recibido pocas confirmaciones, una parte de la atención terapéutica irá destinada a vigilar que el propio contexto de la terapia no represente una nueva desconfirmación para ellas.

Brevemente vamos a relatar un tratamiento relacional con la madre de un paciente diagnosticado de esquizofrenia. En el momento de la consulta, el hijo permanecía ingresado, tenía un apartamento propio, la demanda de la madre contemplaba el ser ayudada para mejorar la relación con su hijo. Su rechazo de anteriores intervenciones que la empujaban a bajar los brazos dejaban claro que la ruptura con el hijo no formaba parte de sus expectativas.

Sólo vamos esbozar aquellos datos biográficos sobre los que hemos basado las hipótesis y la estrategia terapéutica. Hija de padres en conflicto, había mantenido una relación próxima con su padre, que a la vez la adoraba pero no la valoraba (“yo era mujer”), y una madre con la que no se identificaba, al contrario, su lazo privilegiado con su padre le atrajo la rivalidad materna. Era consciente de la ilicitud de este tipo de relación, hasta el punto de haber desarrollado desde la adolescencia un perfeccionismo compensador de su culpa. Su madre muere sin permitirle una reparación, prefiere los cuidados de su marido durante la enfermedad que la llevará a la muerte.

Nacida en una familia donde el éxito intelectual era importante, elige una pareja a la que admira, un hombre seductor y que se dejaba querer. Sin caer en determinismos, si encontramos un paralelismo entre sus relaciones en el contexto de origen y su relación conyugal, basada en la admiración y en la que a la vez no se siente segura de ser valorada.

En su familia nuclear se repiten también las triangulaciones patológicas que vivió en su familia de origen, rivalidad entre su marido y su padre, rivalidad entre ella y las sucesivas amantes de su marido... Se establece una constelación relacional caracterizada no solo por la ausencia de límites funcionales entre sistemas y subsistemas, sino también por un equilibrio tenso en el que derrotas en una relación triangular parecen compensarse con ganancias en otro triángulo.

El embarazo del hijo, futuro paciente, altera aún más este equilibrio; el embarazo es rechazado por el padre que propone el aborto, la decisión de continuar el embarazo la toma

la madre (quería ese hijo aunque hubiera luego una ruptura con su padre).

Queríamos detenernos sobre este hecho. En anteriores artículos nos hemos preguntado los por qué y cómo eran involucrados los diferentes hijos en la dinámica de la pareja de padres. Sólo más tarde empezamos a indagar también con las madres si ha habido algo que ha hecho especial la relación con este hijo. Frecuentemente hemos encontrado hechos diversos, pero que tenían en común la movilización de afectos fuertes, tanto en un sentido positivo como negativo, las más de las veces ambivalente. Cuando una madre toma unilateralmente la decisión de continuar un embarazo, la implicación con ese hijo va a ser seguramente mayor, el sentimiento de responsabilidad, de culpa, superiores a lo habitual. Pero a la vez, una relación así concebida desde el inicio, como reparadora frente a sentimientos depresivos, de abandono...va a crear una relación madre- hijo particular: el vector de acomodación que durante la primera infancia debería ir de la madre al hijo, tendrá esta distorsión, se invierte el sentido de este vector cuando el hijo ha sido concebido como "antidepresivo materno".

La fuerza de estas relaciones es equivalente a la de la anoréxica que en su combate con el cuerpo, busca refugio frente a sus sentimientos depresivos. Frecuentemente esta relación madre-hijo aporta a la madre éxito en sus primeras fases: seguridad de las dependencias del hijo hacia ella, a veces rivalidad del marido frente a la intimidad de la relación. Una exploración detallada muestra la existencia de síntomas en el hijo ya en los primeros periodos: insomnio que consagra la separación de los padres, quienes tienen que turnarse para cuidarle, angustia ante las primeras separaciones que retrasa la incorporación a la guardería, asma más tarde.

Nuestra hipótesis al respecto es que el brote psicótico no aparece en la adolescencia como irrumpe una nube en un día claro de verano, si no que se encuentran síntomas ya en las primeras fases del desarrollo, reflejo de la dinámica relacional y expresión tanto de la misma como de las dificultades que el hijo tiene en cada etapa para emprender las tareas evolutivas en un contexto disfuncional. En la primera infancia la expresión de las dificultades estará por tanto en el área del control de las tensiones corporales, más tarde en la adquisición de las primeras experiencias de autonomización, en un periodo ulterior aparecerán como dificultades en el aprendizaje escolar...

A partir del momento en que su desarrollo permita al hijo discernir conflictos relacionales, su mayor identificación con uno de los padres vendrá determinada por condicionamientos sociales, como el sexo, pero también y de modo más subliminal, por los beneficios relacionales que le aporte su aproximación a uno u otro padre, búsqueda que tiene su fundamental origen en la necesidad que todo niño tiene de ser querido. Esta necesidad no va a legitimar sin embargo ante sí mismo su posicionamiento a favor de uno u otro padre, el sentimiento de culpa emerge por su toma de partido en la situación conflictiva de sus padres.

En los casos de pacientes psicóticos varones, encontramos frecuentemente madres que a pesar de poseer cualidades por las que deberían tener una excelente autoestima, buscan a través de la relación con una pareja "admirada" una valoración que no creen tener por sí mismas. Vuelcan más tarde en su hijo varón una parte de las expectativas que no han podido cumplir por sí mismas, ante la desilusión de no haber podido encontrar en su relación conyugal un lugar existencialmente gratificante. Acaban así teniendo con su hijo

una interacción exigente, descalificadora cuando éste frustra sus esperanzas y no responde al modelo de hijo y de persona que desea.

Por todo ello queda preguntarnos cual puede y debe ser el objetivo en una psicoterapia individual con la madre de un paciente psicótico ¿la desaparición de los síntomas del hijo (trastornos del comportamiento, agresividad, alucinaciones, ideas de desesperanza y de suicidio, imposibilidad para continuar su desarrollo personal en el mundo extra-familiar, laboral, de estudios)? ¿O bien ceñirnos a los problemas relacionales madre-hijo intentando mejorar la convivencia, las tensiones relacionales? ¿O nos centramos en la problemática personal de estas madres considerando que el cambio pasa por la autonomización madre-hijo?.

Sin llegar a generalizaciones, el análisis de este tratamiento, que nos dio claves para posteriores psicoterapias con madres, nos hizo ver algunos aspectos de interés:

- Se puede y se debe desentrañar el juego relacional, tanto para ayudarlas a tomar una cierta distancia afectiva como para que puedan encontrar alternativas en las interacciones habituales. Ahora bien en esta reconstrucción hay que tener en cuenta:
 - Que a veces contribuye solo a una racionalización de los problemas - intelectualización- que no va acompañada de cambios terapéuticos.
 - Que esta vía puede formar parte de un juego sincrónico cuando la elección de un tratamiento sistémico entra en conflicto con la visión y las decisiones del otro padre y/o del equipo terapéutico que se está ocupando del hijo.
- La reconstrucción del juego no equivale a reescribir su biografía. El momento, el *tempo* en que se aborda cada información debe ser acorde con el *tempo* del paciente y con el segmento relacional que se está trabajando.

La comprensión del juego relacional no es un fin en sí mismo, sino un mero instrumento para ayudarle a encontrar alternativas en sus problemas actuales. Nuestra posición al respecto es activa, es decir, que no nos inhibimos a la hora de dar una opinión basada en las hipótesis que estamos barajando, teniendo a la vez presente si nuestras propuestas forman parte de las alternativas que esta madre demandante puede aceptar. Un ejemplo típico es el desencuentro que se produce cuando el terapeuta considera como objetivo primordial la autonomización madre-hijo, a pesar de la retroacciones negativas que recoge cuando inicia esta vía (intromisiones del hijo en la psicoterapia de la madre y viceversa, sabotaje de cualquier alternativa terapéutica que represente una distancia física o emocional de la madre...). Obviar estas retroacciones nos lleva a extrapolar al campo de la psicoterapia las mismas reglas disfuncionales que han estado presentes en la familia: descalificaciones mutuas, situaciones de impasse y, lo que es aún más difícil de detectar y de resolver, aquellas otras en que aparentemente se pliegan a las ideas, a las prescripciones del terapeuta, que realizan por mandato, sin ninguna convicción, transmitiendo al hijo (implícitamente) el mensaje “yo bien querría ocuparme de ti, responder a tus demandas, pero otros me lo impiden”.

Consideramos que en estos tratamientos se obtienen resultados a largo plazo, poniendo menos el acento en la autonomización del hijo y más en la convicción de la madre de que ella puede sobrevivir psicológicamente a la autonomización. No es infrecuente que tras el comentario pesimista “tengo hijo para toda la vida, es incurable” responda a la convicción de

que esa relación donde se siente necesaria es un puerto de refugio para ella ante los fracasos (amorosos, profesionales....) que la vida le puede deparar.

Finalmente el trabajo psicoterapéutico debe tener en cuenta el mapa relacional de nuestra demandante: con toda seguridad otros profesionales e instituciones intervienen simultáneamente, creándose contextos terapéuticos segmentados, incoherentes, confusos a veces, con frecuentes descalificaciones entre los profesionales de esta red inconexa. Una coordinación real, y no meramente administrativa, es un elemento indispensable. Cuando no es posible, los riesgos de fracaso se multiplican, a pesar de la lectura permanente de lo que ocurre en ese campo relacional ampliado y de los intentos del psicoterapeuta de jugar un papel de mediador de la comunicación, evitando coaliciones y escaladas descalificadoras.

EL PAPEL DE LOS HERMANOS. ALGUNAS REFLEXIONES EXTRAIDAS A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON LA HERMANA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

La terapia de familia permite ver el encaje de los diferentes actores del juego familiar, no sólo cuando se averigua la génesis y el mantenimiento de los síntomas sino también cuando se intenta comprender la coherencia de la organización familiar.

El papel de los hermanos del psicótico no ha sido, desde nuestro punto de vista, suficientemente investigado desde una perspectiva relacional. Encontramos referencias sobre su papel como coaligados de uno de los padres, como derivadores “prestigiosos” de su familia a terapia, en la excelente teorización que Selvini hace sobre este tipo de demandas, pero los hallazgos bibliográficos nos parecen insuficientes, sólo con tener en cuenta dos hechos:

- En el momento en que aparecen los brotes psicóticos (adolescencia, edad adulta), la familia está ya en un periodo del ciclo vital donde las coaliciones de los padres con los abuelos pasan a un segundo plano de importancia, el interés de los padres se centra ya sobre los hijos, quienes a partir de la adolescencia empiezan a ocupar un lugar de *partenaire* psicológico en estas relaciones disfuncionales. Por ello, y buscando en la fase de evaluación signos que nos hicieran intuir la dificultad que iba a tener el tratamiento, el grado de super-implicación que uno ó los dos padres tiene con uno ó varios hijos, nos indica hasta que punto va a ser difícil modificar la organización familiar.
- Por otro lado, cuando las psicosis evolucionan hacia la cronicidad, los hermanos empiezan a diferir de las actitudes protectoras de uno o ambos padres hacia el psicótico, conscientes del peso que tendrán que asumir a la muerte de los padres. Se desesperan ante la inutilidad de sus consejos, frecuentemente la evolución de su hermano/ hermana como paciente contribuye a mantener una mayor implicación en la vida familiar que la que les correspondería por etapa del ciclo vital.

Dado que hipotetizábamos que por su mayor juventud podrían ser más asequibles a una visión alternativa de los problemas, hemos considerado interesante profundizar en los mecanismos que les enredan en el juego familiar, ya que si bien la metáfora del juego hace ver que determinados comportamientos no deseados no son sino efectos contra-intuitivos o

perversos de la organización, la aparente “ventaja relacional “ que muestran tener en las entrevistas familiares dificulta la identificación con sus problemas, incluso oculta los modos precisos a través de los cuales estas familias entraban también su proceso de autonomización.

El tratamiento de la hermana de un paciente esquizofrénico facilitó nuestra comprensión del camino de escollos que debe atravesar la fratría del psicótico cuando intenta autonomizarse. Haremos una breve síntesis del caso para analizar en qué contribuyó a mejorar nuestra comprensión y la modalidad técnica del abordaje.

María está soltera, tiene 26 años en el momento en que va a consulta, es profesora y vive fuera de la familia desde 5 años antes, al periodo de la consulta, más de 100 Kms. la alejan de sus padres. Se dirige a nosotros sabiendo nuestra orientación familiar, considera que sus síntomas depresivos tienen que ver con sus relaciones familiares. Iniciamos una terapia individual de orientación sistémica, en dos periodos, el primero de 10 sesiones a lo largo de 16 meses, dos sesiones un año más tarde.

La modalidad del tratamiento implicó la siguiente pauta:

- Dos sesiones de evaluación, en las que se realizó una reconstrucción de su biografía y de las relaciones familiares.
- Ocho sesiones de tratamiento, en las que el esclarecimiento de su papel en el juego familiar fue acompañado de prescripciones destinadas a cambiarlo, prescripciones que permitieron ver aspectos insospechados tanto para ella como para nosotras, las terapeutas.
- Dos sesiones, un año más tarde, solicitadas por ella ante una crisis familiar.

He aquí algunos datos recogidos con ella durante la fase de evaluación:

El padre tiene 62 años, es militar y bebedor crónico: lo recuerda desde pequeña llegando a casa bebido, lo que producía serios altercados con su madre. Actualmente está rehabilitando la vieja casa familiar en la aldea del abuelo paterno, lo que le permite pasarse largas temporadas solo allí: acaricia el proyecto de pasar en ella su vejez, pero esto no es compartido por su mujer. La madre tiene 60 años, se dedica a sus labores. Desde que recuerda la paciente, siempre han estado en conflicto y se define a sí misma como pacificadora de la situación aunque siempre del lado de la madre. Actualmente, define la situación entre los padres como una separación “de hecho”. Paradójicamente, desde que trabaja (hace 3 años), se siente más involucrada en los problemas familiares. Siempre apoyando a la madre frente a la posible violencia del padre (violencia más profetizada por la madre que real: incluso en el presente le sigue profetizando que el padre puede abusar de ella sexualmente), se ha dado cuenta últimamente que ésta nunca se lo agradeció y que parece más interesada por el hijo menor y por su novia que por ella.

La fratría está compuesta por tres hermanos, siendo ella la del medio y la única mujer. El mayor, tiene 29 años, es el más cercano al padre, maestro de EGB, trabaja en un lugar alejado donde vive solo desde hace 6 años. Está diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde hace 7-8 años, habiendo tenido su última crisis meses antes de la demanda y habiendo sido María la más directamente implicada en los trámites administrativos de la misma. La paciente teme sus agresiones sexuales. El pequeño, tiene 21 años y sigue la carrera militar. Aparece últimamente como el verdadero preferido de la madre.

En la familia de origen de la madre aparece un secreto ligado a la muerte de la abuela materna, supuestamente asesinada por su propio marido: al menos este es el mito familiar. Por razones desconocidas la madre de María fue la única cuidada por la familia paterna, quizás en este periodo ha podido gestarse un pánico patológico a la violencia.

Nos situamos ante un mito familiar que ha condicionado seriamente la vida de la madre de María: asesinato nunca investigado, este abuelo rehace ulteriormente su vida, hechos que sin duda contrastan con la peligrosidad que se le atribuía. Crece en un contexto que no le permite validar los signos de peligro.

Los anteriores datos familiares permiten una primera hipótesis comprensiva y a la vez posibilitan construir una hipótesis relacional que transmitir a la paciente, que no coincide ni con la modelización general de los juegos psicóticos ni siquiera con el cómo hemos encajado sus piezas biográficas en esta modelización. Esto porque pensamos que la hipótesis transmitida tiene que ser sencilla y a la vez útil a la paciente para el abordaje de los cambios relacionales. En la hipótesis intentamos conciliar la comprensión de la instigación de la madre contra el padre, de su coalición inicial con su madre con una actitud a la vez comprensiva hacia la madre, basadas en hipótesis transgeneracionales del porqué de sus comportamientos. Caso de no hacerlo, arriesgamos transformar ahora la terapia en una instigación contra la madre. Por otro lado, tras testar su motivación para el tratamiento, le dejamos la iniciativa de asumir ó no los riesgos que implica el desasirse de coaliciones, secretos, mitos familiares, que hasta el momento han sustentado su visión de la realidad y sus relaciones familiares (entre otras).

Nuestro Centro⁵ ha investigado durante años sobre la demanda y el momento en que se hace como algo tan orientador o más que el momento en que aparecen los síntomas. En este caso, pudimos verificar que la creciente importancia de su hermano pequeño para sus padres le había molestado, especialmente el acercamiento a su madre. Reconocía que a partir de ahí había empezado a sentirse más crítica con su madre, le era más difícil aceptar la rivalidad con su hermano. La exploración de la rivalidad como fruto de un contexto donde cada actor intenta atraer a otro fijando la atención en un tercero, le permitió entender y reconocer lo que representan estos mecanismos relacionales.

En la reconstrucción del juego familiar, ponemos arbitrariamente el punto de origen en el supuesto homicidio de la abuela, para ayudarla a entender que determinados comportamientos nocivos de su madre tienen origen en su biografía: educada en el miedo a los hombres “asesinos”, vive de modo delirante el descontrol de su marido bajo los efectos del alcohol como una amenaza de muerte para ella y sus hijos. Entender a su madre en claves biográficas no excluye reconocer la violencia psicológica que esta actitud ha supuesto para los hijos. Se comprende así el origen de esta toma de partido por la madre, que aísla a los hijos mediante el miedo del padre, creando un bunker relacional en el que se encierran ella y sus hijos frente a esta supuesta violencia.

La crisis psicótica del hermano se analiza también en términos relacionales: llegada María a la adolescencia, se produce un mayor interés del padre hacia ella, intentando controlar su vida amorosa, sus salidas juveniles...Seguramente este momento sirve de revelador relacional para su hermano mayor, verifica de que modo ha sido instrumentado en el conflicto conyugal, vive los celos del interés que el padre siente por María y los celos con los que la madre observa este interés. Su venganza hacia María es bastante demostrativa: en sus crisis psicóticas le hará propuesta alusivas a relaciones incestuosas, que dan como

resultado el alejamiento de María. Esta estrategia forma seguramente parte del arsenal de maniobras aprendidas: también la madre, en momentos en que María ha estado más cerca del padre, sugirió que debía de prestar atención a esta relación por el riesgo de una agresión incestuosa.

Pudimos testar la respuesta de María ante esta reformulación. Un profesional debe ser consciente del estremecimiento que representa el pasar de una visión de los hechos donde determinados comportamientos son explicados en función de una enfermedad, a otra donde la línea divisoria entre sanos y enfermos desaparece y donde el hermano sano se ve como partícipe (involuntario pero partícipe) en un juego disfuncional. Se necesita tiempo para encajar las piezas, tiempo para acomodarse a una nueva realidad, habilidad para que esta nueva realidad no se interprete en términos de culpa, de rencor contra los padres, sino que a través de las prescripciones se les oriente hacia un conocimiento más fino de cómo funcionan las relaciones y a la vez se les dé instrumentos para cambiar aquellas que son origen de sufrimiento.

En este tratamiento, dada la autonomía física -distancia geográfica- de María de su familia, hemos utilizado la correspondencia mantenida como instrumento de redefinición de sus relaciones familiares:

- Con sus padres, dándoles una explicación de su toma de distancia por la conciencia que había adquirido de no haberles ayudado en su conflicto con sus intromisiones y su toma de partido.
- Con su hermano psicótico, no aceptando el considerar sus “propuesta incestuosas” como un síntoma, sino como una manera de arreglar cuentas con ella, hecho que le pedía aclarar.
- Con su hermano pequeño, evitando la competición con él para obtener el prestigio familiar y agradeciéndole su colaboración, ya que le permitía a ella tomar distancia.

Todas estas intervenciones tienen en común el hecho de que la redefinición evita la crítica.

No obstante, las retroacciones de los padres, especialmente de la madre, dieron cuenta de la amenaza que representaba para la organización familiar la autonomización psicológica de María: culpabilizaciones, reconciliaciones milagrosas de los padres, intromisión en su vida actual mediante viajes no anunciados, y, lo que sin duda entrañan mayor riesgo, un intento de pacientificación, hablando a sus espaldas de ella en su entorno social como de alguien que había empezado a presentar comportamientos extraños, semejantes a los de su hermano cuando tuvo su primer brote.

De aquí algunas conclusiones “provisionales”:

- La justificación de un tratamiento de este tipo es el propio sufrimiento y solicitud de ayuda del demandante.
- La amenaza de autonomización puede crear retroacciones que, caso de no ser controladas, pueden incluso agravar la situación de quien intenta el proceso, que corre el riesgo de transformarse en un nuevo paciente.
- Se debe por tanto valorar el número y calidad de los apoyos con los que va a contar, incluida la disponibilidad del terapeuta.
- La autonomización no es un “proceso contra”: el umbral de culpa de nuestro

demandante orienta sobre el acierto ó error de las estrategias terapéuticas.

- El éxito del tratamiento, en el sentido de haber aportado al demandante la ayuda solicitada, no entraña necesariamente la mejoría del paciente psicótico: la reorganización del juego familiar puede continuar sobre las mismas pautas, consiguiéndose sólo que a él se presten n-1 jugadores, algo que no es banal dada la disfuncionalidad de estas relaciones.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS PSICOTERAPIAS FAMILIARES CON PSICÓTICOS

Los avances científicos en un campo de las ciencias del hombre no deberían nunca realizarse en detrimento de otros campos: no estamos en condiciones actualmente de hablar de integración compleja en la comprensión y tratamiento de la psicosis, pero sí de la necesidad de tener una disposición integradora, no sumativa, de los hallazgos aportados por los diferentes campos en aras de llegar a visiones cada vez más complejas y a la vez más operativa.

Los movimientos pendulares no suelen responder sólo a actitudes científicas poco rigurosas sino también a menudo poco éticas. Un psicoterapeuta no puede ni debe sentirse amenazado por los descubrimientos genéticos, anatómicos, biológicos, sino que al contrario debe tenerlos en cuenta en su comprensión del problema y de las alternativas terapéuticas que ofrecen.

Las investigaciones familiares y relacionales son desde nuestro punto de vista indispensables para seguir completando “el mapa de la psicosis”. Ello es perfectamente compatible con el hecho de aceptar que la psicosis corresponde a un determinado fenotipo, ya que sabemos, tal como señala Maturana (16) que “ el fenotipo de un organismo se constituye en su encuentro con el medio, de modo que cada organismo se realiza como totalidad en su dominio de interacciones y relaciones de su genotipo y vive en un fenotipo u otro según se den sus relaciones e interacciones “.

Nuestra búsqueda sigue siendo el mejor conocimiento de la organización relacional con el objetivo de averiguar qué perturbaciones en su interacción con el medio son oportunas para que su deriva ontogénica no implique necesariamente amputación existencial, defecto y cronicidad.

REFERENCIAS

- FERNÁNDEZ ROJERO, C. (1993). La pareja de padres del paciente psicótico. En F. Rojero y Suárez T. *Psicosis de la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ed. AEN
- HALEY, J. (1967). Towards a theory of Pathological Systems. En Zuk, G. y Boszormenyi-Nagy, I. *Family Therapy and Disturbed Families*, Palo Alto: Science and Behavior Books
- HALEY, J. (1977). La familia del esquizofrénico: sistema modelo. En Jackson, Don D., (compilador). *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- LIDZ, T., CORNELISON, S.F. y CARLSON, D.T. (1974). El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: cisma marital y sesgo marital. En Bateson, G., Ferreira, A.J., Jackson, Don D., et al. *Interacción Familiar*. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo. págs. 57-80.
- MATURANA H. (1995a). *Fundamentos biológicos del conocimiento*. Madrid: Anthrojas.
- MATURANA H. (1995b). *La realidad ¿objetivo construido?*. En *Fundamentos biológicos de la realidad*. Madrid: Anthrojas.
- PRATA, G. (1988). Del “juego simétrico” de la pareja al “juego psicótico” de la familia. *Revista de la*

A.E.N, Año VIII, nº 27

- PRATA, G. (1993). Un arpón sistémico para juegos familiares. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- PRATA, G., VIGNATO, M. y BULIRICH, S. (1992). Il bambino che seguiva la barca. *Edit. NIS. Roma.*, Cap. "Un caso de psicosis infantil" (traducido).
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1990). El racismo en la familia. En Selvini, M., *Crónica de una investigación*, Barcelona: Ed. Paidós..
- SELVINI PALAZZOLI, M. y PRATA, G. (1983). A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families. En Stierlín, H. Wynn L.L. Wirsching, L. (eds) *Psychosocial Intervención in Schizophrenia: An International View*, Berlín, Springer,
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO L., CECCHIN, G., y PRATA G. (1980). The problem of the referring person. *J. Mar. Fam. Therapy*, 5.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO L., CECCHIN, G., y PRATA G. (1991). *Paradoja y Contraparadoja*, Barcelona: Editorial Paidós.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., y SORRENTINO, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- SUAREZ, T. (1993). El proceso de involucración de los hijos en la relación parental. En F. Rojero y Suárez T. *Psicosis de la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ed. AEN.
- WEAKLAND, J.H. La hipótesis del "doble vínculo" en la esquizofrenia y la interacción tripartita. En Jackson, Don D. (compilador), *Etiología de la esquizofrenia*, Buenos Aires: Amorrortu editores
- WYNNE, L.C., RYCKOFF, I.M., DAY, J., Y HIRSCH, S.I. (1974) Pseudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos. En Bateson, G., Ferreira, A.J., Jackson, Don D., et al. *Interacción familiar*. 2ª edición, Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo

NOTAS

¹ Nota de los Editores: Se usa aquí el término relacional en su acepción más amplia, de consideración de un ámbito desde la vertiente de su determinación y naturaleza en las relaciones humanas.

² Teresa Suárez Rodríguez es Médico-Psiquiatra, y Psicoterapeuta de Familia. Presidenta de AESFASHU

³ Carmen F. Rojero: Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta de Familia. Ha sido la primera presidenta de AESFSHU y Directora del Centro de Estudios Sistémicos hasta su fallecimiento.

⁴ La Expresión "Nuevo Método" remite a la investigación de la Escuela de Milán , utilizando la serie invariable de prescripciones como instrumento terapéutico y de investigación.

⁵ Centro de Estudios Sistémicos, Madrid.