

LA FAMILIA ELIGE

Madres depresivas que hacen de sus hijos «su propia droga». Padres ausentes, que con su indiferencia respaldan la necesidad de mantener la intensidad del nexo que agobia al más débil.

El «elegido», como depositario del conflicto común, trata a toda costa y sin demoras de mostrarse siempre «grandioso» y, al mismo tiempo, no perder el lugar privilegiado de «oveja negra».

UN ACTOR

Eduardo Kalina es médico psicoanalista, titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina e Internacinal. Especialista en Psiquiatría. Corresponding Member de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Miembro titular de la Asociación Americana de Psiquiatría de la Adolescencia. Consulting Editor de la publicación anual «Adolescent Psychiatry». Vicepresidente de la Asociación Internacional de Psiquiatría de la Adolescencia. Es autor de las siguientes obras:

Psicoterapia de adolescentes (1976); *Hablando con padres de adolescentes*, escrito en colaboración con Halina Grynberg (1974), y *La droga, máscara del miedo*, en coautoría con Santiago Kovadloff (1977). Su producción escrita incluye además numerosos trabajos aparecidos en obras colectivas: *Manía y psicopatía* (1964); *Aborto: un estudio psicoanalítico* (1971); *Niveles profundos de psiquismo* (1971); *Psicopatología y psiquiatría del adolescente* (1972); *Adolescencia* (1973); *Conflictos psicológicos del adolescente* (1973); *Adoctrinamiento y psicoanálisis*, además de múltiples colaboraciones en distintas revistas internacionales.

Extraído de la revista *Uno Mismo* (Número especial: Desdrogarnos, p.p. 19-23).

«Ellos la murieron y ella se mató», dice un anónimo español del siglo XIX.

Perfecta y doliente síntesis de un proceso en el que una —la que se mató— y los otros —los que la murieron— aparecen mezclados e indiferenciados en el impulso y en el acto.

Todos miembros de un mismo grupo, supongamos que una familia. Con los roles repartidos pero interaccionando sin límites firmes. Sin posi-

bilidad de actuar separados, de a uno, por la amenaza de la indefensión, o huyendo del encuentro «de a todos», por el pánico de la relación simbiótica. Protegidos por el pego o por la dispersión, pero de cualquier modo con una acentuada dependencia recíproca.

La angustia común necesita una salida: alguien en quien depositar el conflicto insoluble. El depositario —frecuentemente el hijo— también necesita una salida, y la busca

dentro de la ruta conocida. Alguien —los padres— ha escrito el guión sobre el que actúa ese «elegido», para ejecutar los deseos que le transmiten.

Sin hablar de la muerte, el anónimo español puede reformularse así: «Ellos la eligieron, y ella se drogó.»

Calificadas experiencias en el tratamiento de toxicómanos permiten hablar de una configuración familiar preadictiva, sin que eso signifique dejar de lado situaciones personales, contexto socioeconómico o la etiología sociopolítica del problema.

Nadie es original en su patología; el adicto no es el «distinto» que cree ser, sino la muestra que emerge de un contexto familiar y social caracterizado por modelos de interacción que reflejan una ideología de «existencia tóxica» con la que el adicto está irresistiblemente conectado. «Una vida contaminada, una forma de vivir que para sostenerse necesita nutrirse de aquello mismo que la destruye, y necesariamente por eso, porque no puede renunciar a lo que le daña, la existencia del ser tóxico es suicida.» (Kalina y Kovadloff).

Toda adicción tiene su fuente inspiradora en la familia o en el medio social inmediato y/o mediato. Siempre, en esa familia de la que uno de sus miembros «se desvía» y «se dedica» a las drogas, hay un modelo de adicto o varios, aun cuando ninguno de ellos haya incursionado en los terrenos de lo ilegal.

NI JUNTOS NI SEPARADOS

Nos queremos, nos necesitamos, nos sostenemos, nos reclamamos, todos somos uno. Los integrantes de un grupo que siente así se conectan

EDUARDO KALINA

a través de un sistema de vasos comunicantes rellenos de una sustancia densa y pegajosa. Componen una familia «simbiótica» (pegoteada).

Todos están metidos en la vida de todos, actuando sin discriminación de límites entre varones y mujeres, adultos y niños, jóvenes y viejos, mundo externo y mundo interno, fantasía y realidad. La personalidad de uno invade las de los otros.

Al otro no se le respeta como tal, sino que se toman decisiones por él. Por lo tanto, se va configurando un modelo familiar donde la manipulación y la mentira establecen la modalidad comunicacional.

Cuanto menos nos juntemos, mejor sobreviviremos. Si sucumbimos a la atracción y nos acercamos, terminaremos aniquilados. Este es el sentimiento —el polo opuesto del anterior— de los integrantes de una familia «cismática». Cuando todos ellos se juntan alrededor de una mesa, chocan y pelean. Intentan mediante la agresión evitar caer en el «pegoteamiento», que es el fenómeno visible del modelo simbiótico familiar, su opuesto.

Mientras los que se rinden al «pegoteamiento» muestran que han perdido la capacidad de protegerse a sí mismos en forma autónoma, y desembocan en un complejo entrecruzamiento de roles; los segundos —los del grupo «cismático»— huyen de esa manifestación que está igualmente latente en ellos.

Son, en síntesis, estructuras narcisistas, en las cuales es impracticable el reconocimiento de «el otro con su propia otredad»; por lo contrario, el otro es una extensión de sí mismo. Muchas veces, en las familias con modelos relacionales más psicopáticos, llega a ser algo así como la prolongación de su intestino, alguien en quien «se cagan» sin consideración alguna.

Porque no pueden establecer quién es y dónde está el otro, y porque predomina el lenguaje de acción sobre el verbal, están imposibilitados de intercambiar mensajes correctos y se llenan de desconfianza. Porque es un mundo muy paranoico ese en el que les toca vivir. En consecuencia, el refugio en el autismo (en su mundo interno) es uno de los recursos posibles, y la droga, un gran facilitador. En especial «ese gran tranquilizador de las juventudes» que es la marihuana.

«Estoy en la mía», «me vuelo», «voy a viajar» son expresiones típicas, y ciertas canciones inductoras de la droga apelan a ser «mansos» y «volar, volar». Algo así como estupidizar-se tras el aparente mensaje de paz.



En síntesis, las creencias mágicas, que encuentran terreno propicio en estas estructuras debilitadas, son base importante para la «inspiración» de una búsqueda mágico-omnipotente en la droga.

EL DOBLE MENSAJE

En una familia de características preadictivas prácticamente siempre hay una mamá muy débil, generalmente una persona depresiva en forma evidente o latente, tal vez hija también de una madre depresiva, y consecuentemente necesitada de la estima de fuera para compensar la que desde dentro no se tiene. Además, hay una constante lucha interior, en la cual una parte de su personalidad aniquila la poca autoestima que esa persona tiene. La necesidad del otro, entonces, es tremenda para esos seres «hambrientos-adictivos», y su vida depende siempre del otro o de una sustancia química que cumple esta función de tipo sedativo.

Esto es imprescindible no perderlo nunca de vista para entender esta interacción humana tan trágica, que se complementa con la actitud del tercero, el padre, que hace «la vista gorda» para que no le pidan a él lo que no tiene y no puede dar. Así, aislado, hace «como si» funcionara como el hombre de la casa, a costa de los otros.

Esa mujer, esa madre de la que hablamos, es una persona ansiosa, confusa, con una serie de dificultades emocionales que nunca fueron debidamente resueltas ni comprendidas. Cuando esta mujer tiene un hijo

revive probablemente el propio fracaso de su vínculo con su mamá. La maternidad le crea el conflicto de tener que asumirse como mujer y como madre. El niño la angustia, le despierta ansiedades e inclusive hostilidades que no puede asumir. Por eso tiende a abandonarlo mucho y acepta y promueve el hecho de que sean otros los que le atiendan.

Como no puede hacerse cargo de sus sensaciones hostiles y tampoco puede sofocarlas y dejar de ponerlas de manifiesto, hay distanciamiento y ansiedad en cada acercamiento al hijo.

Si el niño llora, y le odia por eso, pero tiene que acudir para atenderlo, hará algo para tratar de disfrazar ese rechazo y mostrar una actitud amorosa.

Cuando se acerca al hijo voluntariamente, lo hace por su propia necesidad, y no por la de la criatura. «Te doy cariño y cuidado para que me atiendas igualmente a mí. Te necesito. Dame tu calorcito.»

Como la percepción infantil es básicamente preverbal, el pequeño recibe el mensaje, pero tan confuso como la madre se lo presenta. Esto le marca y le imposibilita para reaccionar adecuadamente ante los sentimientos que se le expresen.

Para convivir con esta madre, para no perderla, porque la necesita para su seguridad, tendrá que negar lo que siente y percibe, y entrará en una comunicación de sentimientos distorsionada que le hará dudar de sus percepciones o taponarlas.

Para que la madre siempre retorne a buscarle, deberá darle seguridad de que pondrá a disposición «su calorcito».

El que va a ser drogadicto empezó siendo la droga de su mamá.

Un hijo que es depositario del núcleo melancólico de la madre actúa la depositación de la que es objeto —que su madre no tolera— mediante su propia sedación drogadictiva, con la que a su vez busca aliviar a la madre, condenándose a una esclavitud.

Esto se torna más propicio al llegar el hijo a la pubertad, pues las demandas del mundo externo terminan por agotarlo, ya que desde su infancia «vive succionado», y entonces apela al combustible químico, tal como lo aprendió en su casa, para intentar continuar con sus obligaciones (léanse «pactos invisibles» de lealtad con su madre).

Reiteramos a modo de moraleja: «Nadie es original en su patología.» En su casa le dijeron siempre: «Haz lo que yo digo: no hay que usar drogas, y no lo que yo hago, drogarme para enfrentar la vida.»

EL PADRE AUSENTE

A esta situación de un hijo que a la fuerza y a toda costa debe mostrarse «grandioso», para satisfacer las necesidades de una madre insatisfecha e incapaz de alcanzar la satisfacción, se suma la actitud paterna de «hacer la vista gorda» a las presiones.

En esta constelación el papá, casi siempre, es una figura muy lejana. Porque no está o porque es una presencia ausente.

Sin embargo, en ese triángulo de explotación, él es el máximo explotador, y por su propia necesidad admite ceder al hijo para salvarse él de la exigencia de la mujer. Esta es la descripción de su propia técnica de supervivencia, y no una acusación. Nuestra intención no es moralística, es sólo describir lo más vivencialmente posible los fenómenos estudiados.

La madre sufre un déficit crónico en su autoestima y además, de una manera sistemática, debe dar preeminencia y nutrición a la figura del padre, quien pasa por ser el «genio» de la familia. Esta mujer pauperizada, reiteramos, depende del hijo para gratificarse. Su niño, más tarde su hijo adolescente, se convierte en la principal fuente de autovaloración para ella, ya que el marido no le ofrece sustento, mientras reclama su constante estima.

El hijo pasa a ser la «droga» que sostiene a la madre, y busca, a su vez y a su tiempo, alivio en los fármacos para mitigar su propia melancolía de fondo. Es que cuando empieza a crecer, y se siente reclamado por su madre, que se pone muy mal si avizora su independencia, sólo atina a recurrir a aquello que conoció útil para sus padres: los combustibles. Aunque en los primeros periodos de su adolescencia, por una apariencia de rebelión, éstos deben ser distintos y opuestos, si es posible, a los de sus padres.

Un ejemplo clásico: si sus padres son alcohólicos, el hijo usará la marihuana. Luego, tarde o temprano, se incorporará al clan de los abusadores del alcohol, ya sin necesidad de mostrarse diferente. Como dice el tango: «Siempre se vuelve al primer amor.»

Su lucha, en realidad, parece estar encaminada a «ser lo contrario de lo que ustedes son», pero lo que se le ocurre es apelar a los mismos métodos, aunque los elementos de apaciguamiento sean otros.

Se configura una pirámide de explotación recíproca, con el hijo en la parte inferior, rodeado de ausentes, exigido por la madre a su vez desvalorizada por el padre. El único



camino que encuentra es el de la droga, necesita una salida inmediata y sin dilaciones.

Como parte de una trama verdaderamente siniestra, el hijo accede a cumplir con el mandato que le dan, obra de lo que nosotros denominaremos «pacto criminoso», en la medida en que conduce a la lenta destrucción e inclusive a la muerte violenta.

EL PACTO CRIMINOSO

A través de la experiencia clínica es posible descubrir interacciones humanas muy trágicas, que denominamos «el pacto criminoso», para dejar claramente explicitadas las emociones e impulsos fanáticos que se ponen en juego.

De distintos alcances, y armado sobre la base de sutiles transacciones, el «pacto criminoso» tiene su génesis en la trama del clásico complejo de Edipo, descrito por Freud, pero estudiado desde el punto de vista del filicidio, en nuestro propio medio, por Arnaldo Rascovsky.

Repasemos algunas relaciones humanas simbolizadas a lo largo de los tiempos, en la tragedia edípica:

Layo, el padre de Edipo, lo manda matar porque el oráculo le ha advertido que, de lo contrario, será su hijo el que lo mate a él. Este señor, Layo, no entendió el mensaje simbólico de que todo hijo debe superar a su padre, y actuó así, filicidamente, porque tomó el mensaje en forma concreta.

Pues bien: en las familias con patologías graves los conflictos se

enfrentan y se procesan en términos concretos, y no con un pensamiento simbólico. Un hijo, al crecer y ser él, mata simbólicamente al padre y pasa él mismo a ser padre. Allí abandona la rivalidad edípica infantil y restablece en otros términos el vínculo con el padre real.

Este juego universal es estructurante de la personalidad, y en casos patológicos se dramatiza a fondo, dando lugar a una conducta que puede terminar en desenlace fatal.

Por ejemplo, si en ese marco familiar aparece un suicida es porque sobre él se ha ejercido toda la presión.

Podemos ir a un ejemplo de la literatura clásica. Recordemos a Julieta, quien se suicida. Esta resolución no fue propia. Su padre —y a los que no lo recuerden les sugiero releer el texto de Shakespeare— en reiteradas ocasiones le manifestaba que preferiría «verla muerta si no se casa con París». En consecuencia, Julieta se suicida, cumpliendo un designio paterno. «Ellos la murieron y ella se mató.»

No siempre, sin embargo, el desenlace tiene que ser la muerte.

A veces, como forma de transacción, para reconfigurar la situación un hijo enferma gravemente y evita la disgregación del grupo, que cierra filas para atenderlo.

Drogarse, como suicidarse, es un acto psicótico. El suicidio lento por la droga es, muchas veces, un regulador del equilibrio familiar.

Pero una familia de este tipo puede perdurar compensada y no recurrir a la consulta, o hacerlo solamente cuando el caso de un miembro drogadicto les golpea, ya sea por una sobredosis o por un brote de psicosis tóxica.

LOS SABOTEADORES

Descubrir la adicción del hijo lleva a la familia a un estado de inquietud que puede resolverse de diversos modos: denunciándole, echándole de la casa con la idea de que «muerto el perro, se acabó la rabia», o entrando en complicidad, en la aceptación del hecho de que «es mejor que se inyecte y no que se enoje y se ponga mal».

Otra alternativa, que es frecuente pero no registra siempre el necesario grado de convicción, es la de intentar un tratamiento para salvarlo. Para curar, en forma individual, al que enfermó.

La realidad es que el descubrimiento del adicto y la aceptación de su enfermedad los enfrenta con el propio dimensionamiento de sus roles.

La víctima del proceso jugaba un papel reconfigurador de las rela-

ciones familiares, reemplazando con su síntoma los espacios de solución de conflictos que eran responsabilidades de todos.

Cuando acuden al tratamiento, cuando tienen que enfrentarse al hecho de que ese integrante iniciará un camino de diferenciación, se produce una sensación compartida de peligro grupal, que en muchos casos incluye sentimientos catastróficos, porque se siente que si el vínculo se afloja, el resultado será el caos colectivo. Repentinamente somatizaciones, fobias agudas, autoagresiones, aparecerán como recursos para superar el «pegoteamiento» perdido.

Desearían que nada cambiara. La madre, desprovista de la droga que el hijo representa para ella, tiende a sabotear el tratamiento. Teme, además, que ese marido —ese padre— que permanecía funcionando en un sistema en el que ella, fortalecida por el hijo, le daba su aliento, se sienta desprotegido y se vaya.

El padre, que por ser el explotador máximo siente que es el que más

tiene que perder, hará sentir su amenaza a la madre, su nutriente, para que ésta influya sobre la culpable personalidad del hijo. Si no tiene respuesta podrá llegar, inclusive, a la enfermedad grave.

En todos los casos, la decisión inicial será la de sabotear el tratamiento, que además los pondrá ante su propia responsabilidad en la situación en que se encuentra uno de sus miembros.

Pocas familias soportan la herida narcisística que implica considerarse cogestores de la «mancha familiar» que representa un drogadicto.

Es preferible ver al adicto como «la oveja negra que extravió el camino». El mismo adicto se rebelará frente a la amenaza de verse desplazado de su «rol privilegiado».

El enfoque terapéutico debe tender a revertir esta tendencia a la despositación en uno de los miembros de todo el «cargamento» familiar, y repartir la «carga» para luego proceder a una transformación por parte de todos.

LOS HERMANOS EN EL MARCO FAMILIAR

Cuando uno de los hijos es «el malo», otro u otros son «los buenos», y a ellos hay que protegerlos de la contaminación, según el erróneo modelo familiar.

Sucede que cuando el «malo» mejora y comienza a curarse, el «bueno» cae y tiende a reinstalarse el triángulo de explotación con otra base.

Esto es preciso prevenirlo a través de la terapia, para evitar que la carga vuelva a caer sobre uno solo. «O nos salvamos todos, o no se salva nadie» es otro de los lemas que el tratamiento debe tener presente.

* Algunos autores prefieren hablar del «paciente identificado» o del «emergente del grupo familiar», etc., pero nosotros, siguiendo una sugerencia del doctor Julio Aray (de Venezuela), preferimos llamarlo «el elegido», término tomado de la mitología.

Algunos aspectos sobre terapia familiar

Entrevista a Eduardo Kalina

TOMADO EN CINTA Y TRANSCRIPTO POR:

Elena Aranda Caballero
Eugenia Gramage Máñez

Durante los días del 2 al 7 de junio se ha realizado en Valencia un curso de psicoterapia familiar, impartido por el Dr. Kalina. De este curso hemos extractado algunas preguntas realizadas por diversos asistentes y sus respuestas.

Eduardo Kalina es un médico psicoanalista, titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina e Internacional, Corresponding Member de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Miembro titular de la Asociación Americana de Psiquiatría de la Adolescencia. Consulting Editor de la publicación anual *Adolescent Psy-*

chiatry. Vicepresidente de la Asociación Internacional de Psiquiatría de la Adolescencia.

¿Tu sistema de trabajo te permite elegir las familias que llevas en tratamiento? ¿Tu medio de trabajo se mueve en una institución a nivel público o privado?

Todo depende del tipo de consulta que uno tiene y de dónde tiene que trabajar.

En terapia familiar, al enfrentarnos con una familia, tenemos que trabajar además de con los cono-

cimientos técnicos, con los conocimientos de poder socio-político, ya que un tratamiento pasa también por poder político.

La posibilidad de hacer distintos tipos de tratamiento depende de quién es uno, qué institución tiene, dónde está: consultorio privado, instituto... y quién lo consulta.

Yo tengo actualmente dos fuentes de trabajo: una es mi consultorio particular, donde en la actualidad no hago ninguna terapia familiar de tiempo prolongado, sino más bien procesos de entrevistas, selección y orientación de casos. Mi segunda fuente de trabajo es la clínica que dirijo. Todos los días tengo entrevistas con padres de adictos, sesiones en emergencias, sesiones de consulta, sesiones para internación, sesiones en crisis —porque un paciente se quiere marchar, porque hubo una reincidencia...— y casos en los que acompaño a la familia como coterapeuta familiar; yo soy el terapeuta de la familia en coterapia con el terapeuta individual. Considero que en patologías graves, el terapeuta individual siempre tiene que estar en la sesión, porque estamos trabajando con profesionales de la comunicación patológica y es fundamental que se pueda trabajar en la terapia individual sobre lo que ocurre en la terapia familiar. El hecho de que la gente de que está haciendo terapia fa-

miliar, siguiendo un modelo clásico analítico, permita que el paciente asista a las sesiones familiares con otro terapeuta, pero sin que exista comunicación, para mantener el secreto, me parece un absurdo conceptual; yo trabajo según el modelo recién descrito.

Los pacientes saben que nos comunicamos, que trabajamos en equipo; y el modelo coterapéutico es, además, un modelo democratizante que lucha contra la idealización y la omnipotencia porque nos hablamos, nos preguntamos, diferenciamos opiniones, etcétera. El trabajo entre dos da un modelo interaccional muy interesante. Los coterapeutas pueden ser dos hombres, dos mujeres, un hombre y una mujer, siempre es mejor como modelo de pareja, aunque yo privilegio el entendimiento a los sexos; es preferible que sean dos hombres o dos mujeres que se entiendan bien y puedan trabajar, a que sean un hombre y una mujer que tengan problemas de relación entre ellos, porque esto se transmite al grupo y puede crear situaciones caóticas.

¿Utilizas normalmente al terapeuta individual como coterapeuta en la terapia de familia?

En los casos en que hay un paciente identificado de tratamiento, sí.

Y, ¿qué pasa cuando el tratamiento individual que está recibiendo el paciente identificado es un análisis? ¿Utilizas al analista como coterapeuta?

Cuando se trata de un análisis ortodoxo, puro, no; con esa gente no trabajo, en primer lugar porque la gente que está en análisis puro ortodoxo no es gente que necesite terapia de familia, ni terapias combinadas. Las terapias combinadas son adecuadas para casos graves; en estos casos yo no creo que sirva el análisis, ya que estos pacientes no tienen un «yo» capaz de tolerarlo; se hace otra cosa, aunque se diga que se hace análisis; se hace psicoterapia psicoanalítica, y ésta admite parámetros, uno de estos parámetros puede ser que los terapeutas trabajen juntos en las sesiones de familia, cuando éstas son muy necesarias.

Desde mi punto de vista, hay que trabajar con un sistémico, y así se evitan desastres; porque



por seguir un modelo ortodoxo no discutido ni reflexionado, se cometen graves equivocaciones. Típico ejemplo de esto es la frase, muy cotidiana, «el que se psicoanaliza se divorcia». Es una verdad muy común que gente que empezó a analizarse se divorcia, y ello es así porque uno provoca una modificación en el sistema que puede ocasionar crisis matrimoniales graves. También es típico el ejemplo del adolescente, que, cuando mejora, es retirado del tratamiento por la familia. Esto ocurre porque no se trabaja con el sistema. Si sabemos que hay un sistema debemos trabajar con esas circunstancias y tratar de evitar desastres. Yo no digo que se pueden evitar los divorcios, sino los divorcios de actuación; hay gente que no tiene otra solución que divorciarse, pero hay que intentar no inducir actuaciones.

Los Kleinianos no toman a una persona para hacer análisis en forma didáctica, sino le estudian el ambiente y saben que cuentan con alguien para respaldarse en momentos de regresión. ¿Cómo vamos a tomar en análisis a personas con estructura Yoicas muy pobres y exponerlos a una regresión? ¿Con quién cuentas entonces si el paciente comienza a desestructurarse, si actúa, si hay que internarlo? ¿Con quién vamos a tratar? Si un analista, al hacer análisis didácticos, tiene el cuida-

do de ver si esa persona, en un momento de regresión terapéutica intensa, es decir, si va a necesitar una ayuda externa, yo tengo que ser más prudente; creo que hay que estudiar muy bien el campo donde vamos a operar y nuestras indicaciones deben ser cautelosas, porque hay personas que, cuando empiezan a analizarse y cambiar, buscan ayudar y tienen vínculos maduros hacia los demás. Pero las personas que tienen vínculos narcisistas o potencial de acción, apenas empiezan a cambiar un poco, destruyen a todo el que tiene en el camino. Entonces uno genera una actuación que no le sirve para nada la persona.

Yo intento ser responsable en las cosas que hago, y por eso, antes de poner a un adolescente en terapia veo si esa familia va a tolerar la terapia de ese paciente; si no, muchas veces, es preferible indicar una terapia familiar o una terapia con los padres, para ayudarlos a que toleren que el hijo haga los cambios que tiene que hacer.

Has dicho que en tu consultorio privado no haces terapias largas. ¿Es porque intentas evitar algún tipo de situaciones? ¿Tiene alguna relación con los juegos de poder?

No, con muchas familias trabajé largo tiempo. Ahora no lo hago más por la misma razón que no hago ningún psicoanálisis, y es porque viajo mucho y no considero ético posponer a nadie a mi modalidad de vida.

Además, me pasa muchas veces que, habiendo estado trabajando mucho tiempo con la familia de un paciente, identificado grave, cuando logramos lo que buscamos —es decir, redistribuir la problemática—, llega un momento en que nos plantea trabajar en terapia de familia propiamente dicha. En este punto ya están conscientes de que el problema es de todos, y les planteo que trabajen con otra gente, porque ya salieron de la crisis y del trabajo que nosotros estuvimos haciendo al haber aceptado la situación anterior, y la terapia prolongada necesita de gente que trabaje con el grupo familiar desde un enfoque más global.

En mi modelo, en la medida en que, además, trabajamos en coterapia, si yo me voy pueden seguir trabajando igual; pero trato de evitar que se dé esto y no tomo más

que psicoterapias breves o entrevistas, o situaciones críticas, para no perjudicar a la gente y porque considero que no tengo derecho a involucrar a la gente a mi ritmo de vida.

Hay familias que a raíz de todo el desarrollo de este tema, solicitan terapia, tratamientos de un año, año y medio, dos años; y me parece muy positivo, pero yo no lo hago porque no les hago bien y se lo planteo así; les explico que la razón de que yo no les atiende es que no puedo ofrecerles una rutina, una consecutividad, ya que he acomodado mi vida para hacer una serie de actividades que me gustan y no me interesa hacer otra cosa.

En el caso de dedicar, hay que preparar a gente para ir a otra persona y explicar porqué les recomiendo a esa. Si no lo hacemos así, generalmente fracasamos.

Parece que tu práctica en la terapia familiar se inscribe a nivel de adulto; mi planteamiento es: ¿Realizas terapia familiar con muchos adolescentes?, y en ese sentido ¿matizas en algunas medidas las terapias breves?

La mayor parte de las terapias familiares son con adolescentes. Yo veo más pacientes adolescentes que adultos; aparte de terapias de parejas. Con adolescentes no sé si hay algún matiz especial, trabajo con ellos. Ahora, con niños, trato de no incluirlos en la terapia si no es estrictamente necesario, más bien prefiero trabajar con los padres. Por supuesto que los niños igual saben las cosas, pero yo no veo la utilidad de exponerlos a peleas y situaciones a las que ya están expuestos en casa.

Mi experiencia demuestra que, trabajando con los padres, se logran modificaciones que benefician a los chicos. Yo no le encuentro mucho sentido; salvo en algunos casos en que fue inevitable que vinieran para ver el tipo de interjuego de situaciones que se producen.

Mi experiencia en este tema no es muy grande, y no me animo a dar demasiadas explicaciones. Yo, por cariño a los chicos, trato de no exponerlos a situaciones terapéuticas que, a veces, son violentísimas; hay terapias familiares y de pareja que son muy violentas, por ejemplo, cuando hay enfermos y situaciones graves. Por supuesto que los chicos en las casas las pasan también, pero ¿para qué exigirles más? Si uno, trabajando sobre el sistema,



provoca modificaciones de las que el niño se beneficia incluso en casos en las que el paciente identificado es el chico.

Alguna vez lo incluí, incluí juguetes..., pero yo no estoy convencido de esto.

Hay gente en Argentina que realiza una apología total del trabajo con niños, y tienen técnicas y libros sobre esto. A mi no me gusta nada, no estoy de acuerdo. En mi experiencia no le encontré sentido.

Tu sostienes que con las parejas mantienes un encuadre rígido y no empiezas la terapia hasta que no están los dos miembros. ¿Con las familias haces algo parecido? Y en segundo lugar, pienso que las cadencias de las entrevistas y con las terapias individuales suelen ser de una a tres veces por semana, como mucho, en terapia de familia tendrá que ser más larga. ¿Tú también las alargas? ¿Cada cuánto tiempo haces las terapias de familia?

Con respecto a la familia, si me pides una modalidad uniforme no la tengo; he ido experimentando todas y es un tema en el que aún no he llegado a una definición clara. Hay familias en las que he puesto como condición que vengan todos, y hay algunas en las que he aceptado que alguno que otro no venga, especialmente cuando se trata de personas muy rígidas, demasiado enfermas o con un nivel de deterioro muy importante, en esos casos prefiero

que esa persona no venga, porque creo que no sirve para nada la terapia familiar con este tipo de gente. Es un tema que he discutido mucho, sobre el que he visto muchos criterios y no logro llegar a uno que me defina a mí. Pienso que la asistencia de un miembro de estas características a veces no sólo no beneficia, sino que actúa como un factor que provoca incomodidad y tensión.

Cuando algún miembro comienza a faltar, eso sí lo voy trabajando. La técnica que utilizo cuando ocurre esto es la de mandar mensajes absurdos que lo irriten, lo molesten y lo obliguen a venir a explicarme la situación. Mi experiencia es que suelen responder.

Con familias, generalmente insisto en que vengan todos y trabajo con todos, aunque la exigencia de participar la he restringido a los casos en que es estrictamente necesario.

Es muy difícil a veces lograr que vengan todos los miembros de la familia juntos, salvo con familias integradas.

En las parejas es diferente, porque la experiencia me mostró, en algunas ocasiones, que el hecho de que no venga uno de los dos puede estar ligado con situaciones perversas con las que intentan hacerme entrar en el juego de celos de uno y otro.

Con respecto a la frecuencia de las entrevistas, tampoco tengo modelos fijos, depende del caso; lo más común es una vez por semana, a veces cada quince días..., depende del tipo de familia. Cuando ya la cosa va bien, se puede hacer una vez al mes.

La duración de las entrevistas también es variable. Como lo que más hago es trabajar con familias graves que, generalmente, empiezan acompañando el tratamiento de un paciente con patología grave, trabajo con entrevistas de una hora, a veces, de una hora y media.

¿Qué haces cuando, por ejemplo, en una terapia de pareja se empiezan a pelear entre ellos, no te escuchan y no son capaces de establecer una metacomunicación, es decir, que no pueden hablar de lo que ocurre, no sólo en una entrevista, sino en cualquier otra circunstancia?

Por supuesto que no hay dos situaciones iguales.

Una de mis intervenciones típicas es interferir en esa pelea y llevarles a ver que no se es-

cuchan. Otro abordaje clínico puede ser señalarles que, de esa forma, no hay ninguna posibilidad de escucharse ni de entender nada, y entonces empezar a trabajar de como habla cada uno, llevándolos a cambiar totalmente eso, para lo cual utilizo la técnica de Virginia Satir, de los modelos corporales. Uno puede explicar cualquiera de estas técnicas si llega a la conclusión de que la gente va a aprender de ellas, porque hacerlo por hacerlo no tiene sentido. Yo utilizo técnicas muy variadas, primero porque las manejo, y segundo porque lo que busco es un efecto terapéutico.

Virginia Satir trabaja con los modelos caractereológicos. Estos modelos son muy útiles cuando uno encuentra donde aplicarlo, porque el «insiglit» dramático, la vivencia dramática que tiene una persona cuando, de repente comprende algo, es muy importante. El «insiglit», que quiere decir comprensión más aprovechamiento, puede ser instrumento de muchas formas, y el «insiglit» dramático es la primera parte de este proceso.

Este tipo de técnicas dramáticas nos ayudan a trabajar in-

tegralmente. Son altamente movilizadoras y de rápido y fácil acceso a las personas. Hablo, fundamentalmente, de terapias de crisis, terapias de abordaje breve con objetivos limitados..., donde necesitamos de recursos que nos permitan fácilmente, o por lo menos rápidamente, acceder a las personas. No hablo de terapias prolongadas, en las cuales tenemos tiempo para trabajar con la capacidad de elaboración de los sujetos. Con estas técnicas ponemos en marcha procesos elaborativos de los cuales podemos o no tener el seguimiento. Lo ideal es, después de breves períodos donde uno trabaja sobre ciertos temas, tener la posibilidad de citar a la gente cada cierto intervalo de tiempo, con el fin de ver su evolución. Creo que este tipo de seguimiento es de gran utilidad.

¿Cómo trabajas en aquellos casos en que la familia adopta una posición firme y le plantea al paciente el tratarse, pero éste se niega?

Nuestro esquema y nuestras leyes son diferentes.

Si yo llego a la conclusión de que hay riesgos y de que el paciente está grave, planteo la internación contra su voluntad. Si es menor, no tengo problemas, porque lo internamos como sea; y si es mayor, pido orden de tratamiento al juez, lo voy a buscar y lo internamos. Creo que es fundamental para una gran cantidad de casos el disponer de este recurso.

Aquí tenéis que resignaros; salvo que logréis capacitar a la familia para que traigan al paciente. Creo que la política que se sigue en Europa con relación a este tema es una política basada en una concepción equivocada del toxicómano como un individuo libre, capaz de decidir lo que hace.

Yo pienso que el toxicómano es un psicótico gobernado por un sistema de tipo delirante que dirige su vida; es un autómatas, una máquina de destruirse, y no estoy de acuerdo con que sea capaz de decidir; el adicto viene a la terapia a perfeccionarse, no a curarse; considerándolo capacitado para decidir, el terapeuta se pone al servicio del fin que el toxicómano persegue: el perfeccionamiento.

