

PROPUESTAS TERAPÉUTICAS CONTEMPORANEAS

Perspectiva sistémico-relacional

“Hoy estoy muy bien!” Dice M
(paciente deprimido)

“Por qué?” (Pregunto yo)

Porque salió el sol!

María Rosa Glasserman

Ante todo agradezco a los organizadores de la jornada esta invitación. La convocatoria es a participar desde una visión sistémico-relacional compartiendo la mesa con representantes del psicoanálisis y del cognitivismo. Esto me conduce a dos comentarios. Supongo que todos, pero ciertamente lo puedo afirmar de mí, después de muchos años de labor, somos una síntesis de formaciones variadas más que representantes puros de una sola línea. El otro punto es que nosotros, los terapeutas, pertenezcan a la corriente que sea, en el campo clínico, siempre, podemos llegar a tener más similitudes en el hacer que en la teoría. En este sentido me pregunto qué puedo yo aportar desde mi perspectiva. Han pasado acá colegas muy calificados que nos han hablado desde muchos puntos de vista, psiquiatría, psicoanálisis, etc

Un maestro de la terapia familiar italiana, Mauricio Andolfi siempre dice que los terapeutas tenemos-metafóricamente hablando- un pie espástico. Se refiere a las dificultades con algunas consultas o situaciones relacionales en las familias. Muchas de esas dificultades pasan por puntos ciegos de nuestra propia historia. Estos puntos, según Andolfi, una vez trabajados tanto en los tratamientos personales como en las supervisiones, pueden transformar el obstáculo en una especialidad del terapeuta. En cuanto a mi propio pie espástico, diré que algunos pacientes depresivos tanto solos como con sus familias, a veces, se me tornan muy difíciles ya que por mi propia historia, me cuesta escuchar la reiterada queja, el reproche y ciertas manipulaciones culposas habituales en ellos. Los pacientes depresivos obviamente tienen además otros síntomas y la singularidad de cada caso nos aporta un abanico de situaciones para observar y por consiguiente, operar.

Mony Elkaim nos propone trabajar en psicoterapia a partir del núcleo mismo de la autorreferencia y nos aporta que lo que siente el terapeuta remite no solamente a su historia personal, sino también al sistema en el que este sentimiento emerge. Así es como el sentido y la función de esta experiencia vivida, se tornan herramientas de análisis e intervención al servicio mismo del sistema terapéutico. Elkaim incluye los conceptos de resonancia y ensamblaje. La resonancia se manifiesta en una situación donde una misma regla se aplica, a la vez, a la familia del paciente, a la familia de origen del terapeuta y a la institución en que el paciente es recibido. El concepto de resonancia no es sino un caso particular de lo que él denomina ensamblaje: está constituida por elementos semejantes, comunes a diferentes sistemas en intersección, mientras que los ensamblajes están compuestos por elementos diferentes, que pueden estar ligados a datos individuales, sociales, familiares.

En nuestro modelo hacemos hincapié en privilegiar aquellas pautas relacionales repetidas que se pueden recortar en las familias de origen, en la familia consultante y en el campo terapéutico. Cuando logramos realizar estos recortes le damos a estas

secuencias la categoría de mandatos que constriñen la libertad relacional de las conductas posibles.

Es interesante comentar que desde otra perspectiva esto tiene, sin embargo, un punto de contacto con lo que Luis Hornstein menciona cuando nos dice que "la iniciación de un análisis -incluiría yo tratamiento- es un encuentro único, una interrelación de dos historias. Siempre se hace evidente que el consultante trae su historia, tenemos que recordar que el terapeuta trae la suya aunque no la actúe." Hornstein nos dice que esta historia es "personal, teórica, analítica, práctica, institucional y social"

En los últimos años he trabajado en un área que denomino "Familias con pacientes gravemente perturbados" Además de psicosis, situaciones límites, es obvio que el área incluye personas que padecen depresiones graves. Creo que hoy es ampliamente aceptada la importancia que se le atribuye al contexto familiar de estos pacientes, ya que no concebimos sujetos aislados.

Las familias que los cobijan sufren mucho con estas personas, a pesar de lo cual es muy difícil que hagan una lectura de co-responsabilidad. Antes que sentirse involucrados en las conductas del paciente, tienden a depositar en el mismo la causa de su sufrimiento. Sin embargo, cuando hay un caso con un diagnóstico psiquiátrico, la organización familiar anterior al episodio grave, durante el mismo y muchas veces después, en el caso de no haber recibido ayuda, tiene las características sostenedoras del o de los síntomas. Hemos encontrado que el mejor abordaje terapéutico para los casos graves para este tipo de pacientes y sus familias (acá incluyo las depresiones graves) es un dispositivo clínico compuesto por el psiquiatra medicador, el terapeuta individual y el terapeuta familiar. Alguna de las situaciones complejas, de dificultades relacionales que se manifiestan en las familias pueden repetirse en los equipos tratantes, en caso de no existir claridad relacional.

El dispositivo clínico incluye la red de relaciones que se establecen, con ciertas normas que se instituyen en su co-construcción. Muchas veces se incluyen otros integrantes como acompañantes terapéuticos, médicos de otras especialidades, relaciones con las clínicas de internación u hospitales de día- Todos ellos formarán parte de la red y sus relaciones. En cuanto a su funcionamiento, hemos observado que uno de los peligros es que se jueguen en el sistema más amplio, algunas situaciones que se dan en la familia tratada. Es por eso que es indispensable (al igual que en la familia) favorecer el diálogo entre los profesionales intervinientes. Situación que ocurre cuando se suspenden las certezas absolutas acerca de las posibles lecturas de lo que ocurre en cada caso.

Las familias que consultan con pacientes graves, asisten desgastadas, a veces después de largos sufrimientos, con miembros familiares divididos, que atribuyen al paciente el mote de "malo" o "loco", con frecuentes fantasías de que una eventual solución podría consistir en el aislamiento del mismo a través de una internación, o que viva acompañado en otro lado, es decir su exclusión del seno familiar.

Con respecto al tratamiento, creemos que debemos dar lugar a los distintos aspectos sin sobrecargar expectativas en una sola área. El avance de las neurociencias, de las investigaciones médicas, ha contribuido para que muchas de las patologías severas se vean compensadas. Sin embargo, las últimas investigaciones en el campo de la psiquiatría han demostrado que la medicación sólo es eficaz en un 60 a 70% de los casos, que no es poco. Queda claro, entonces, que de la medicación no se puede esperar todo y que se debe complementar con otros recursos.

La generalización de diagnósticos, que conducen a la idea de que el origen de una patología mental es biológico o genético trae como consecuencia el excesivo apego a los medicamentos como única solución y pone en riesgo al ser humano que consulta, ya que éste no introduce complementariamente la palabra.

Dentro del marco que hoy represento acá (sistémico relacional) se ha tratado de evitar, en lo posible, la utilización de los diagnósticos. Este enfoque teórico ha partido históricamente de una concepción antipsiquiátrica de la enfermedad mental. Esto proviene de pensar que las categorías diagnósticas no son elementos neutros sino más bien cargados de la ideología dominante. Se ha dedicado mucho tiempo a redefinir problemas para evitar etiquetar, para de -construir el estigma diagnóstico. Creemos que esto es un extremo de una situación que puede reformularse de otro modo. Nos parece, que ,como en todas las áreas, debemos respetar la singularidad de los casos. En nuestra experiencia, el hecho de que el paciente y su familia obtengan algún diagnóstico ,según el caso, produce un cierto alivio, disminuyendo la desorientación promovida por lo desconocido. Muchas veces la inclusión en una categoría diagnóstica disminuye la ansiedad que produce lo que no se conoce, y permite un particular reordenamiento en cuanto a su resolución. Al mismo tiempo el peligro está en la posible cristalización de la patología. No podemos pensar en universos generales, sino en los individuos que componen a las familias, cada uno diferente y singular. No es posible generalizar los problemas por los que los individuos y /o sus familias consultan, ya que no siempre se presentan del mismo modo.

Ya Ronald Laing(1969) decía que” ..el diagnóstico comienza en el momento en que se entra en contacto con el paciente y no termina nunca.....Lo que se ve cuando se examina una situación se modifica.....En el lapso de un añola historia habrá experimentado una serie de transformaciones....”Hay una propuesta a la que adherimos de recursividad entre diagnóstico y terapia.”

Para el terapeuta sistémico- relacional la pregunta es el eje de sus intervenciones. El rótulo diagnóstico puede bloquear la curiosidad, ya que se cae en la ilusión de que nombrar algo es conocerlo y desde allí, poder manejarlo. Por otra parte un diagnóstico, a pesar de los esfuerzos que se hicieron para ampliarlo en un contexto, suele ser de carácter individual. Desde nuestro modelo nos interesan los juegos relacionales que incluyen las conductas que podemos definir como sintomáticas. Nosotros pensamos que los síntomas son leídos muchas veces como mensajes que promueven conductas en el entorno, que a su vez estimulan otras, que son conductas-mensajes en un rulo recursivo que mantiene la disfunción. El diagnóstico hace también que la familia confíe en el experto que lo realice, eludiendo su co-reponsabilidad tanto en la disfunción como en la posibilidad de su resolución.

En este sentido entonces, el pasaje, de una primera etapa de intervención familiar(diagnóstico relacional) a la terapia propiamente dicha, tiene que ser rápido ya que consideramos que la introducción de la palabra nos conduce tanto a dar nuevos significados al padecimiento (terapia individual) como a hacer evidente el entramado vincular que lo sostiene (terapia familiar)

Hugo Lerner nos habla en su trabajo de “generar historias diferentes,” hecho que coincide con nuestro modo de operar. Bóscolo, a su vez, nos dice que de este modo y “recurriendo a las contribuciones recientes de la narrativa, podemos decir que el *paciente se libera de una historia suya* que ha llegado a ser embarazosa y una fuente de sufrimiento, para entrar *en una nueva historia que le ofrece mayor libertad y autonomía.*”

Nuestro interés por la narrativa proviene de observar cómo se construyen las historias. La apertura del marco temporal(Bóscolo) del presente al pasado y al futuro nos llevó a interesarnos en las conexiones de los hechos y los significados en el transcurso del tiempo.¿ Cómo conectan los consultantes los hechos y significados del pasado para

explicar/se de manera determinista su presente vinculándolo a su futuro? Los sistemas humanos tienden a encerrarse en historias deterministas.

En ese sentido, Hornstein nos dice que” El sujeto, como el historiador, tiene que hacer la historia”...”La historicidad supone un sujeto capaz de pensar (y crear) su presente, su pasado y su futuro.”

El proceso terapéutico se convierte, entonces, sobre todo en un proceso de re-narración de las historias. Con ayuda de los terapeutas, los pacientes recuperan la posibilidad y la capacidad de ser autores y de cambiar sus historias iniciales que cobran nuevos sentidos. Si observamos a un terapeuta experto podemos inferir que hace y ve más cosas que las contempladas en su teoría de referencia, a veces, como síntesis de otras formaciones que posee. Esto incluso puede pasar inadvertido para él. Está fuera del área de su conciencia y con Bóscolo, lo llamaremos “lo no dicho”. Entonces queda claro que cada terapeuta, independientemente de la teoría a la que adhiera, actúa de acuerdo con un principio epigenético que lo lleva a integrar las más variadas experiencias y teorías. 1

Algunas intervenciones “irreverentes”

Martín de 26 años, consulta porque está deprimido. No puede hacer nada, hace 8 años que sólo se levanta de la cama para pocas cosas .. Está encerrado en su cuarto al que refiere como un tupperware que junta sus jugos y olores. Su familia, dice él, no sabe más qué hacer. Su aspecto es desaliñado y huele mal. Ha intentado distintos tratamientos, incluídos los psiquiátricos, sin ninguna mejoría.

No quería matarse, pero deseaba morir. Se quemaba con cigarrillos.

Su familia está compuesta por el padre, según él, depresivo, medicado, la madre, que tiene expectativas en la videncia por un lado y el psicoanálisis por otra. El es el hermano mayor de tres varones. El que le sigue trata todo el tiempo de ayudarlo. Viene con una historia repetitiva donde él se siente víctima de sus padres de distinta manera. De su padre por omisión, dado que según él, no lo defendió de su madre y del mundo, y de su madre por descuido y delegar en exceso en los tratamientos de distinto tipo que no lo ayudaron. Llega muy paranoico, toma sus recaudos y dice que él tiene que hacer varias entrevistas para decidirse a empezar otro nuevo tramo psicoterapéutico ya que no confía en que pueda ser ayudado. Una vez que decide comenzar el tratamiento, llega puntual, extendiendo una mano pringosa. Sus sesiones comenzaban sistemáticamente con una queja continua, con diversas acusaciones que producían en mí un agobio particular. Una sensación de sin salida que probablemente proviniera de sus propios sentimientos. No tenía casi vida social. Cada tanto salía a reuniones donde se conectaba poco y donde no podía tomar alcohol por estar medicado. No tenía vida sexual y se consideraba impotente. No podía leer. Comenzó con dificultades una carrera fácil en una universidad fácil, por insistencia de un primo y para lograr rendir algún examen le tenían que leer. Acá, me remito a lo que dice Hugo Lerner cuando se refiere a la transferencia en un trabajo inédito, como lugar donde se permita “tramitar situaciones nuevas permitiendo al sujeto desprenderse de sus objetos y vínculos pasados y presentes que llevándolo a la repetición posicionan al yo defendiéndose y luchando por desprenderse de esa historia que lo aprisiona y atormenta” Eso es lo que hacía Martín todas las sesiones, repetía acusaciones contra sus padres, sin ninguna posible variación a su historia sin preguntarse por cual era su lugar en la misma.

Martín, como muchas personas que padecen de estados depresivos “ intentan detener el tiempo”. El recurso para eso consiste en que sus recuerdos, sobre hechos del pasado, afloran con la misma intensidad emocional del momento en que sucedieron.

1.El uso de este concepto nos ha sido sugerido por la lectura de un artículo de Liman C. WYnne, según el cual el uso del concepto de epigénesis “en su significado más general se refiere a hechos en ciernes(génesis) que se construyen sobre(epi) eventos inmediatamente precedentes” Aplicado a una visión de desarrollo humano: “Los intercambios y las transacciones de cada fase del desarrollo se construyen sobre los resultados(outcomes) de las transacciones precedentes” (Wynne mencionado por Bóscolo)

Esta peculiar evocación de los recuerdos, siempre repetidos, siempre iguales a sí mismos, sin poder salirse de un libreto insistentemente iterado, transforma a los depresivos en custodios del pasado. Si transformamos esta conducta en relacional podríamos preguntarnos : Si el depresivo custodia el pasado, quién amenaza ese pasado? Quién se exonera de qué faltas o de cuáles agravios que quedaron sin consecuencias?

En cuanto a lo que menciona Lerner de la transferencia(y contratransferencia) ,resonancia para mí, yo me “preparaba” para cada sesión, para soportar esto que no tenía variación, por más intervenciones que hiciera. Hasta que se me ocurrió incluir un tiempo acotado de la sesión para dedicar a este aspecto (la repetición) siempre y cuando después entráramos en algo que tuviera algo de novedoso, propuesto por él, que permitiera la aparición de lo desconocido.

Parafraseando a Lerner con quien yo conversaba frecuentemente de este tratamiento, este era un paciente con el que había que “poner el cuerpo”

Parte del discurso repetitivo de Martín consistía en decir a modo de queja que le dolía que su madre no lo hubiera “elegido”. Yo le comentaba, a mi vez, a Hugo, que yo, a Martín, lo elegiría, por sus características, Porque cuando estaba bien tenía sentido del humor, era inteligente y yo lo veía potencialmente muy creativo. Hugo Lerner, tal vez influido a su vez por Green, que piensa que el analista debe implicarse subjetivamente, es decir, “poner el cuerpo”, un día me dijo:”Decíselo” ¿Qué? dije yo sorprendida. “Que lo elegirías”

En una sesión, cuando Martín repitió quejosamente que le causaba mucho dolor que su madre no lo eligiera nunca, yo le dije: “Qué cosa! Porque yo te elegiría” Se detuvo sorprendido, preguntándome qué quería decir con eso.

Mi respuesta fue: “Tengo muchas ganas de ayudarte y si por algún problema no pudieras pagarme, por ej, yo seguiría atendéndote igual”

Creo que este fue un punto de clivaje en el tratamiento. Hubo un antes y un después. Fue el comienzo de transformar su historia pasada y empezar a tejer una historia nueva. Creo que todos los terapeutas hacemos algunas intervenciones no aceptadas “oficialmente” y que se evitan transmitir ya que la “comunidad terapéutica” podría criticarlas y/o atribuirles la posibilidad de ser vistas como actuaciones del terapeuta. Los casos graves nos convocan todo el tiempo a que hagamos intervenciones diferentes. Creo que nos convocan a ser irreverentes y creativos.

Diego, paciente bipolar que había pasado momentos muy difíciles en su vida, fue de gran ayuda en un encuentro con Martín, que a su vez ,más adelante, en momentos de su mejoría pudo ayudar a una paciente muy grave con diferentes diagnósticos, en un momento en que padecía de una gran inmovilidad depresiva. Esta situación que podríamos denominar “en red,” favorece, en cierto modo a evitar cierto aislamiento narcisista que tienen estos cuadros.

Conclusiones

Antes de terminar, quiero reflexionar sobre el hecho de haber participado de una mesa con tres perspectivas terapéuticas. Recordemos que en los años sesenta Gregory Bateson

vivió en Hawai estudiando la comunicación de las marsopas. Trabajaba con un grupo de investigadores interesados en la conducta de los delfines. Para ayudar económicamente a la investigación, montaron un espectáculo en que el público pagaba para ver realizar juegos a los delfines. Por razones éticas los investigadores se negaron a que los delfines hicieran siempre lo mismo, querían que el público viera cómo el entrenador les enseñaba nuevos trucos. Una de las veces el entrenador levantó un pez y el delfín saltó siendo recompensado con el alimento.. Ante el siguiente público ocurrió lo mismo, aunque el delfín no fue recompensado para estimular la práctica y aparición de nuevas habilidades. Luego de realizar lo mismo varias veces, el delfín dió una nueva voltereta por la que fue recompensado. Cuando la volvió a repetir no fue recompensado. Después de varias experiencias como ésta, el delfín había creado seis nuevas volteretas. Concluyeron que el delfín había descubierto que se pretendía que actuase de modo diferente cada vez, es decir, *había aprendido a aprender*. Quiero decir con Cecchin, que nosotros, como el delfín, vamos dando saltos creativos en nuestro aprendizaje. Tras años de frustración en casos muy graves, como suelen ser las depresiones severas, la enfermedad bipolar y otras de este tipo, comenzamos a experimentar nuestra duda como una forma de irreverencia, que deja de ser un obstáculo para convertirse en un recurso. Para terminar, diremos con Bóscolo, que” Algunos terapeutas atribuyen el fracaso en algunos casos a las resistencias del paciente más que a sí mismos o a la teoría adoptada. Pero las teorías son como las redes del pescador: ninguna red es adecuada para atrapar toda clase de peces”

Bibliografía

- Anderson H .”Conversaciones, lenguaje y posibilidades” Amorrortu, editores 1997
Bóscolo Luigi/ Betrando Paolo “Terapia sistémica individual” Amorrortu editores 1996
Cecchin Gianfranco/Lane Jerry/Ray Wendel A. “Irreverencia” Paidós Terapia Familiar,2002, España
Elkaïm Mony, “Si me amas no me ames” Gedisa , 1989, Argentina
Glasserman María Rosa, “Familias con pacientes gravemente perturbados” a publicar
Hornstein Luis “ Las depresiones” Paidós Psicología Profunda, 2006, Argentina
Lerner Hugo, comunicación personal. (trabajo inédito)
Lerner Hugo , presentación para el panel “Propuestas Terapéuticas Contemporáneas”
Fundep octubre 2007-10-07
Mihanovich Miguel, comunicación personal.