

# TERAPIAS FAMILIARES Y ENFERMEDADES MENTALES COMPLEJAS\*

Como citar este artículo:

Miermont, J. (2014). Terapias familiares y enfermedades mentales complejas. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 6, 229-246.

JACQUES MIERMONT\*\*

Recibido: septiembre 19 de 2014

Aprobado: octubre 31 de 2014

**RESUMEN:** Si las enfermedades mentales complejas afectan no solo a las personas que las padecen, sino también a su entorno, la forma de proceder exige aproximaciones renovadas y específicas a las familias dentro de una perspectiva terapéutica. La solicitud de terapia familiar proviene casi siempre de los profesionales implicados en la atención, quienes tienen que ocuparse de la reducción de la autonomía personal y familiar de los consultantes. Se trata en un primer momento de circunscribir los dominios de impotencia compartida entre familiares y terapeutas para favorecer las potencialidades terapéuticas que se experimentan en la periferia de esos dominios y que convocan los recursos del ecosistema de vida. Por tanto, el eje de la terapia es más la vida cotidiana que la historia y más prospectivo que retrospectivo. Los objetivos de las intervenciones son apoyar a los miembros de la familia, aliviar sus sufrimientos, atenuar sus angustias, ofrecer un espacio de humanidad, de conversación, de elaboración de lo que ocurre, de compartir emocional y cognitivo.

**PALABRAS CLAVE:** familia, terapia familiar.

---

\* Artículo publicado originalmente en francés en el mes de febrero de 2014. Miermont, J. (2014). *Thérapies familiales et maladies mentales complexes*. *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, 172, (1), 83-91. Copyright © 2014. ScienceDirect. Used by permission: <http://www.elsevier.com/journal-authors/author-rights-and-responsibilities>. Reprinted by permission of ELSEVIER.

Artículo en homenaje a André Féline.

\*\* Psiquiatra, psicoanalista, psicoterapeuta sistémico. Presidente de la Sociedad Francesa de Terapia Familiar y Vicepresidente de la Asociación Europea para la Modelización de la Complejidad. E-mail: [jacquesmiermont@gmail.com](mailto:jacquesmiermont@gmail.com).

## FAMILY THERAPY AND COMPLEX MENTAL ILLNESSES

**ABSTRACT:** If complex mental disease are affecting not only persons who present troubles, but also their close relatives, the way to proceed needs new and specific family interventions in a therapeutic purpose. Most often the demand comes from professionals involved in the care. They have to deal with the reduction of individual and family autonomy. The first step is to delimit the fields of shared helplessness, in a way to enhance the therapeutic potentialities, which appear at the boundaries of these fields which appeal to the life ecosystem's resources. Then the focus of therapy is today life-axis than history, prospective rather than retrospective. The purposes are to help and hold the family members, to relieve their sufferings, to reduce their anxieties, to offer a space of humanity, of conversation, of elaboration about what happens, of emotional and cognitive sharing.

**KEY WORDS:** family, family therapy.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales complejas se caracterizan sobre todo por las dificultades y/o incertidumbres inherentes al diagnóstico, la etiología, el pronóstico y el tratamiento: la distinción entre trastornos, síndromes y enfermedades sigue siendo conjetural; las hipótesis diagnósticas pueden ser contradictorias de un médico a otro para un mismo paciente; no existe una causa única para la aparición de la enfermedad; las causalidades son multifactoriales y se refieren a parámetros contextuales internos y externos difíciles o imposibles de determinar, lo cual requiere intervenciones plurales y coordinadas.

Se pueden mencionar las patologías psicóticas del niño y del adulto, los trastornos del afecto, las patologías de las conductas alimentarias y las toxicomanías con comorbilidades (coexistencia de patologías esquizofrénicas y adicciones, de trastornos de conductas alimentarias, depresión o psicosis), los trastornos limítrofes, los trastornos demenciales, las enfermedades huérfanas en psiquiatría; pero también las enfermedades neurológicas degenerativas, las enfermedades somáticas crónicas incapacitantes, los trastornos graves de la personalidad, entre otros o, incluso, patologías múltiples que afectan a varias personas de una misma familia.

Tales enfermedades se traducen en deficiencias en los procesos que contribuyen a la autonomía, las cuales se pueden constatar en:

- un exceso de autorreferencia que impide la asimilación de ciertas propiedades provenientes del ambiente o la acomodación a su impacto (psicosis).
- Un exceso de heterorreferencia donde las influencias del ambiente llegan a controlar los centros individuales de toma de iniciativas y de autodeterminación (adicciones).
- Un exceso de las dos, de lo cual resultan espirales infernales donde los remedios son peores que los dos males.

Es entonces cuando las oscilaciones disfuncionales entre la autorreferencia y la heterorreferencia afectan al paciente y a su entorno familiar y social. Esas disfunciones se traducen en conductas ambivalentes, interferencias al libre albedrío, falta de pragmatismo, control recíproco entre los miembros de los sistemas personales, familiares y sociales. El *self* íntimo y los *self* familiar y social se confunden y no se diferencian. Estas fusiones de ecosistemas indiferenciados hacen muy problemático el reconocimiento contextual de la autonomía de las personas sufrientes y de sus grupos de pertenencia.

La gravedad de los trastornos se puede manifestar en pasajes al acto auto o heteroagresivos, violencia moral y psicológica, así como un clima de peligrosidad y alerta permanente. A esto se añaden las dificultades por no reconocimiento del trastorno y rechazo del tratamiento por parte del paciente, desorganización de las relaciones en el seno de los equipos y de las familias, proyecciones y acusaciones mutuas, con enfrentamientos de puntos de vista incompatibles en cuanto a la naturaleza de los trastornos y de los objetivos de la atención.

Por tanto, la solicitud de terapia familiar proviene muy pocas veces de la familia. En una hospitalización, por un lado, los equipos de atención se enfrentan a solicitudes de información, permisos de visitas, de salidas, entre otros, por parte de los parientes; por otro, los profesionales perciben las inquietudes de las familias y sus comportamientos singulares, con frecuencia fuera de la norma, lo cual los tienta a describirlos en términos de disfunciones familiares y a proponer una terapia familiar.

Este tipo de análisis de la situación y de enfoque terapéutico, parece así contrario a la eficacia: tiende más bien a estigmatizar a la familia y a formular, de forma explícita o implícita, una relación de causa-efecto entre la génesis de los trastornos y la disfunción familiar. En este caso, los miembros de la familia ya confrontados a sentimientos de culpa, vergüenza, impotencia y descalificación pueden ver esa incompetencia confirmada desde fuera y reaccionar con una actitud

simétrica, en espejo, donde tal incompetencia se desplaza hacia el equipo terapéutico. Por tanto, proponer a la familia que consulte con un terapeuta externo, desconocido y desconectado del trabajo del equipo de atención se percibe como una amenaza, un cuestionamiento directo o indirecto de su funcionamiento y una incitación al cambio.

Parece, por ende, más fructífero que el equipo mantenga en su interior las dificultades a las que se confrontan los profesionales, involucre a la familia y pida su ayuda. Esas dificultades se reflejan como una inquietud frente al riesgo vital, a conductas peligrosas, a un sentimiento de agotamiento e impotencia o aún como perplejidad en cuanto a las condiciones de seguridad que permiten considerar permisos o la salida del hospital. La solicitud de una consulta familiar con la participación de los miembros del equipo terapéutico se convierte en una ocasión para compartir experiencias y concertaciones, así como para tomar en cuenta las expectativas de los diversos participantes.

Cuando la consulta familiar se da dentro del contexto ambulatorio, los terapeutas pueden solicitar, si es viable, la presencia de quienes pidieron la terapia familiar al comienzo del tratamiento. En todo caso es indispensable que la demanda de los profesionales a cargo sea explícita y de que los diversos miembros de la familia precisen su posición personal frente a dicha demanda. Según la forma que tomen los procesos desde el comienzo, la naturaleza inicial de la demanda es susceptible de evolucionar, así sea poco lo que los miembros de la familia hagan de la experiencia y de los efectos terapéuticos atribuidos a su compromiso con las sesiones.

En ambos casos, la implicación de las personas de la familia que consultan se hace bajo la forma de una ayuda a los terapeutas, más que como la implementación de una terapia intrafamiliar. La terapia evoluciona como un compartir reasegurador de experiencias y de conocimientos entre la familia, los terapeutas y los intervinientes externos y como una restitución de aquello que circula de ella misma en los circuitos sociales y personales con los cuales está en contacto.

## SITUACIONES CONTEXTUALES

Las enfermedades complejas generalmente se correlacionan con impactos contextuales que se manifiestan como angustias colectivas difusas y persistentes, como estrategias de supervivencia que sustituyen los ritmos relativamente fluidos de la vida ordinaria. Se constata habitualmente una desritualización de los vínculos, quiebres míticos, así como carencias afectivas y escotomas epistémicos (ejemplos más adelante).

La apreciación de situaciones contextuales complejas reposa sobre:

- el reconocimiento del fracaso y la constatación de la impotencia compartida por los miembros de la familia y los intervinientes, en el dominio de acción

o de intervención, donde la demanda de cambio aparece la más deseada y deseable.

- La identificación de los procesos que conducen al agravamiento de las situaciones, independientemente de lo que se haga.
- La modificación de los objetivos previsibles: el producto de una operación compleja dirigida a un resultado negativo, es preferible a la situación inicial; la alternativa no es tanto entre lo bueno y lo malo, sino entre lo peor y lo menos peor.
- El no no hacer, parece, a pesar de todo, preferible a hacer o no hacer.
- El hecho de ir menos mal no equivale al hecho de ir mejor.

El objetivo es circunscribir los dominios donde se comparte la sensación de impotencia de la familia y los equipos, para evitar las espirales negativas y valorizar los intercambios fructíferos en los terrenos constructibles. Así, se hace posible movilizar las energías para la exploración de dominios que se desmontan paso a paso, para encontrarle sentido a la existencia de personas en gran sufrimiento.

## LA VIVENCIA DE LOS TERAPEUTAS

Con gran frecuencia, ante las patologías complejas, los terapeutas tienen la impresión de quedarse cortos en la conducción de las sesiones. Se sienten invadidos de sentimientos donde se mezclan insatisfacción, torpeza, ineficacia, mediocridad. Se preguntan qué es lo que están intentando hacer: los intercambios parecen pobres, sin gran interés, sin importancia. Cada instante parece horas. Los “ajá” obligan a luchar contra el aburrimiento, la inadecuación, las ganas de parar.

Sin embargo, todas esas manifestaciones son para los terapeutas los indicadores preciosos de una situación de desaprendizaje acelerado y de incitación a reaprender. Renunciar a ser buenos terapeutas, conforme a los modelos más o menos ideales, según se prescribe en los mejores textos o en las demostraciones espectaculares de los grandes terapeutas, se vuelve un imperativo ineludible.

En efecto, el recurso a técnicas o métodos muy aceptados parece entonces fuera de foco y de posibilidad. Las herramientas terapéuticas habituales parecen inutilizables o contra eficaces. ¿Qué queda entonces si no sirve prácticamente nada de lo que han aprendido a hacer durante todos los años de formación?

Prefiero decir que el tipo de herramientas que les queda se parece al cuchillo de Lichtenberg: un cuchillo sin filo al que le falta el mango. No solo cada terapeuta es llevado a reconocer y a aceptar sus propios límites, sino que aún se debe acomodar a la percepción de sus grandes insuficiencias. Más exactamente, le toca trabajar con las zonas de sombra de sí mismo que le parecen insignificantes, lejanas de intervenciones espectaculares que le permitirían brillar a ojos de los colegas.

No se trata de hacer aquí el elogio de la mediocridad, sino sobre todo de la extrema paciencia y de la modestia: el trabajo del terapeuta se parece al del fisioterapeuta que debe volver a enseñar al paciente a realizar los movimientos más simples cuando ha sufrido una lesión grave, haciendo el terapeuta lo menos posible. El menor progreso, por pequeño y forzado que sea, merece ser sostenido y consolidado. Se podría decir que el terapeuta familiar se convierte en un fisioterapeuta de espíritus sufrientes.

Esta cultura de la extrema paciencia no se parece ni a la complacencia ni a la adulación. Permite estar en sintonía con la dureza de la existencia que viven estas personas en la cotidianidad.

## ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS

En las patologías complejas, la terapia familiar se inscribe en una modalidad de tratamiento que articulan varias formas de intervención terapéutica: prescripción de psicofármacos, psicoterapia individual, hospitalización, terapia institucional, terapia ocupacional, rehabilitación social, entre otros. Estas articulaciones crean interferencias recíprocas sobre las distintas modalidades de intervención.

Los psicofármacos no solo producen efectos neurofisiológicos y psicológicos en el paciente que los toma. Ellos modifican las comunicaciones con el entorno; por este hecho, transforman la expresión de las personalidades involucradas en la interacción. Esto implica interacciones entre el paciente, el psiquiatra que prescribe y las personas que viven en contacto regular con el paciente.

Nace una dimensión terapéutica de la germinación y de la diferenciación de los equipos de atención, los cuales aprenden a desarrollar la autonomía de los polos específicos de acciones terapéuticas susceptibles de articularse y de participar en un principio de coterapia amplia y generalizada. Esta polarización de las actividades terapéuticas lleva a distinguir y a relacionar las terapias institucionales, de una parte, y las terapias familiares, por otra.

### Terapias institucionales

Las terapias institucionales nacieron de un proyecto de superar las tendencias iatrogénicas de la institución, sus derivas totalitarias ligadas al encierro, a la

organización basada en una forma de jerarquía inamovible, a la imposibilidad de concebir un “más allá de los muros del asilo”. Se trata de repensar la arquitectura, de reorganizar las formas de relación entre los miembros del equipo tratante, el personal médico y paramédico, el personal administrativo y de introducir socioterapias para los pacientes. Esta inflexión de la vida institucional en una perspectiva terapéutica reposa sobre el establecimiento de una alianza con los enfermos, una diversificación de sus modos de relación, un estímulo para que asuman su responsabilidad y sus decisiones. Al privilegiar los encuentros entre pacientes, tratantes, enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y al instaurar una puesta en común de sus experiencias, la terapia institucional pretende desarrollar la vida social del paciente dentro de las dimensiones de la ayuda, la desalienación y el desarrollo de la autonomía. En otras palabras, el encierro presenta un doble aspecto de remedio y de tóxico. Presenta un aspecto terapéutico si sus modalidades de realización se diversifican (del cuarto de aislamiento a la protección de la comunidad institucional) y se ajustan en cada instante a la evolución del estado del paciente. Se vuelve iatrogénico si una forma de contención se vuelve inadaptada (sea por exceso o por defecto) y si perdura más allá de su justificación terapéutica.

Las terapias institucionales ponen en juego procesos de familiarización social de la persona del alienado: el paciente se puede familiarizar con las restricciones de la vida social al entrar en contacto con códigos de interacción, de sistemas de valores, de creencias, de saber y saber-hacer de interlocutores distintos de los de su familia. En su vida profesional, los miembros del equipo se familiarizan, a su vez, con las singulares perturbaciones y cualidades del paciente a medida que intercambian sus experiencias con respecto a las funciones parentales, filiales, sociales, en función de las dificultades que encuentran en el contacto con él. Compartir esas experiencias con los pacientes favorece la atenuación de sus dificultades en el establecimiento de relaciones con otros. El equipo aprende recíprocamente a familiarizarse con la personalidad del paciente, al comunicar impresiones parciales que los intervinientes han recogido en sus encuentros con él, sincronizando así sus puntos de vista. Estos encuentros crean artificialmente modos de interacción que, en general, surgen en forma espontánea cuando dos personas intercambian informaciones sobre un tercero que conocen en contextos diferentes. Tales encuentros producen procesos de reconocimiento social de una personalidad cuyos rasgos, comúnmente, permanecen fragmentados, imposibles de circunscribir y de definir.

## **Terapias familiares**

De cierta manera, las terapias familiares han sido una respuesta a los límites y a los excesos de las terapias institucionales, aun cuando han sido concebidas con el máximo de flexibilidad y de apertura. De una parte, parece en extremo difícil

de imaginar, en el marco de lo que se llama institución, un campo exterior a ella. El término mismo de “institución” no permite saber si se trata del conjunto de dispositivos de la arquitectura y la organización psiquiátrica o del conjunto de campos sociales regidos por los procesos político-económicos. De otra parte, la tendencia inherente a la práctica de la terapia institucional es sustituir, en todo o en parte, de manera implícita o explícita, las deficiencias de la familia del paciente. Esta puede ser percibida como patógena, rehusando, a veces, de manera violenta los progresos del paciente, quizá beneficiado precisamente de la terapia institucional. Desde el punto de vista de la familia, esos “progresos” son así percibidos como inadecuados, a corto o a largo plazo, para retomar una vida social “normal”. Los padres se pueden sentir acusados, desposeídos de sus propias tentativas de ayudar a su hijo, mientras constatan hasta qué punto el continúa siendo dependiente de ellos. Pueden entonces surgir rivalidades entre equipos y familias que conducen a la aniquilación de los “progresos” apreciados de manera contradictoria, a una agravación preocupante del estado del paciente, e incluso a accidentes fatales.

El terapeuta familiar busca hacer una alianza con el conjunto de los miembros de la familia. Él organiza contextos donde la forma, el momento y el lugar de la acción eficiente permanecen *a priori* incuestionables. Intenta reforzar las raíces del sentimiento de identidad y de pertenencia y, por tanto, el pedestal donde se apoyan los procesos de socialización. Esto supone la capacidad de descifrar las múltiples señales, a menudo contradictorias, incluso antinómicas, que caracterizan la vida de relación. Por más deficiente que haya sido la capacidad de un paciente para “aprender a aprender” (deutero-aprendizajes), las consultas familiares permiten recrear artificialmente contextos donde esos deutero-aprendizajes llevan a manejar las situaciones críticas. Las terapias familiares no consisten solamente en hacer parecer, sino en hacer parecer, hacer parecer. El acceso al meta-simulacro conduce a una oscilación de la ficción y de la acción, de la virtualidad y de la realidad. Asimismo, la escucha participativa de los terapeutas sustituye un no (no (hacer)), donde la oscilación de la intervención y de la no-intervención incita a descubrir nuevas formas de autonomía.

Así surge una concepción terapéutica que emerge de las modificaciones emocionales y cognitivas vividas conjuntamente por los terapeutas y los miembros de la familia.

Desde ese punto de vista, las terapias familiares permiten realizar procesos de socialización familiar de la persona alienada. Numerosas variables de la diferenciación personal y de la socialización se asocian directamente a la dinámica de la vida familiar. Paradójicamente, el hecho de que un adulto joven tenga la mayor dificultad para dejar a sus padres, el hecho de una fragilidad personal, de un *self* poco diferenciado o de una dificultad para afrontar la realidad, hace indispensable la participación de la familia para favorecer el proceso de autonomización. Como lo subraya Siegi Hirsch (Fossion y Rejas, 2007), para dejar la casa de los padres es mejor estar vestido, provisto del

equipaje y las cosas personales, y salir por la puerta de entrada, más que saltar por la claraboya del granero en pijama. Cuando el paciente presenta una dificultad duradera que le impide autonomizarse, la reactivación regular de los vínculos familiares funciona como una estrategia de supervivencia al recurrir a recursos materiales, afectivos y cognitivos que solo posee la familia de origen. Ocurre que un paciente psicótico tenga gran dificultad para expresarse personalmente cuando se encuentra solo frente a una persona extraña o frente a un grupo social, o que recubra aún tales facultades cuando está rodeado de sus próximos.

Las opciones terapéuticas conllevan así una vertiente contextual (la que circula a propósito del paciente y sus familiares en los contextos de atención y aquella que tiende a hacerlos evolucionar) y una vertiente focalizada sobre las consultas familiares.

## LA CREACIÓN DE CONTEXTOS TERAPÉUTICOS

### **La reorganización de los equipos, la diferenciación de los polos de intervención y la autonomía de los terapeutas**

A raíz de los contactos con las familias, los intervinientes se ven abocados a observar mejor, incluso a redefinir sus lugares y sus roles dentro del proceso. La terapia familiar puede verse como un viaje aéreo. En las situaciones complejas se hace necesario diferenciar los pilotos de línea que conducen la terapia y el responsable de la torre de control y sus controladores aéreos que aprecian las condiciones dentro de las cuales se puede efectuar el viaje desde el despegue hasta el aterrizaje. En esta perspectiva, cada uno debe transmitir únicamente las informaciones pertinentes para garantizar la seguridad del viaje. La transmisión recíproca del total de informaciones de las que cada uno dispone para su trabajo no llevaría sino a generar una saturación, una confusión y una parálisis de unos y otros.

El hecho de concertar mutuamente y de restituir a las familias hace emerger informaciones tranquilizantes que les permiten saber a quién consultar y con respecto a cuáles objetivos en función de sus demandas específicas.

Esto hace ver que la autonomía de los terapeutas familiares es lo contrario de la autarquía y del aislamiento: los grados de libertad que pueden desarrollar, reposan sobre el intercambio de informaciones pertinentes susceptibles de asegurar el despliegue de la terapia en sinergia con las otras modalidades de intervención.

### **El efecto de jerarquías enmarañadas entre terapias institucionales, quimioterapias, terapias familiares y psicoterapias personales**

Una jerarquía está enmarañada cuando un dispositivo terapéutico que está en la cúspide de un contexto dado, se convierte en elemento subyacente en otro contexto.

Por ejemplo, desde el punto de vista del prescriptor de medicamentos, la psicoterapia es un complemento que depende de la mejor administración ajustada a la farmacopea; al contrario, la acción del psicoterapeuta podrá conducir al paciente y a sus familiares a descubrir ciertos grados de libertad en la manera de apropiarse del tratamiento farmacológico. O aun, en el plano institucional, las consultas familiares son una de las modalidades, entre otras, de la implementación de acciones terapéuticas apropiadas; mientras que en el plano familiar, la terapia institucional puede convertirse en un subconjunto de las actividades vitales del paciente y sus próximos.

### **La coterapia extendida entre los diferentes intervinientes, presentes o no en las consultas familiares**

En las enfermedades complejas, las familias solicitan contactos regulares entre los intervinientes. La coterapia no es solamente la participación de dos o más terapeutas familiares en la conducción de las sesiones, sino también la concertación entre los terapeutas familiares y los demás tratantes. Ocurre que las sesiones conjuntas entre los distintos intervinientes y las familias son necesarias en ciertos momentos de la evolución del caso, creando así un recurso con los diversos intervinientes en la empresa terapéutica. De allí surge la creación de entornos relacionales contenedores, suficientemente diversificados, ajustados y evolutivos para evitar los encierros brutales o las rupturas violentas de los tratamientos.

Se vuelve entonces pertinente articular las prácticas de terapia institucional y de terapia familiar de modo que se favorezcan sus cualidades complementarias y se vuelvan productivas sus eventuales oposiciones. La búsqueda de una potenciación de estos dos procesos, cuando entran en interferencia, surge del principio de coterapia extendida (Miermont, 1995). Las experiencias institucionales realizadas por el paciente pueden estar en oposición a las de la vida familiar. Asimismo, ocurre que ellas chocan de frente con los sistemas de creencias y de valores de la familia. Cuando existe una incapacidad crónica, la codependencia de la vida familiar e institucional no es simple. Exige un ajuste de dinámicas eventualmente muy contrastantes entre el sistema institucional y el sistema familiar. Lejos de ser una molestia, la confrontación de puntos de vista y de objetivos opuestos se puede hacer fructífera para el aprendizaje de las contradicciones de la existencia.

Favoreciendo la emergencia de contextos relacionales contrastantes, las terapias institucionales, las terapias familiares y las coterapias extendidas contribuyen al despliegue de procesos autónomos artificiales en los ecosistemas que no logran, por sus propios medios, manejar las dificultades y las crisis de la existencia.

## LA VARIEDAD DE PROCESOS TERAPÉUTICOS EN JUEGO EN LAS CONSULTAS FAMILIARES

### La realización del ritual terapéutico y el desarrollo de experiencias

¿Qué? ¿Qué pasa? ¿Qué ocurre? La existencia de las enfermedades complejas en uno o varios miembros de una familia afecta la naturaleza de las interacciones; recíprocamente, las relaciones interpersonales producen efectos sobre la expresión de los problemas, llevando a una desritualización de los vínculos. Se dificulta apreciar los efectos de espirales deletéreas en términos de causalidades lineales, incluso de causalidades circulares estrictamente localizables al interior de las interacciones clínicamente observadas (efecto del huevo y la gallina).

El primer objetivo terapéutico consiste en iniciar la disminución de la angustia y el quiebre de la tensión emocional en el curso de la sesión. Se basa en la creación de rituales extraordinarios de conversación ordinaria: aparentemente, las interacciones entre familiares y terapeutas desencadenan narraciones banales, que de ordinario reflejarían intercambios espontáneos. La diferencia con una conversación usual es que esta no se da espontáneamente en la familia dejada a su libre modo de ser. Esa conversación requiere una iniciación y una animación por parte de los terapeutas, quienes introducen dispositivos artificiales propios. Ellos pueden tener la impresión de que están de más, de que si no estuvieran ahí, la conversación ordinaria simplemente no tendría lugar.

El segundo objetivo puede surgir de la prescripción de reducir las actividades y poner en reposo el espíritu (Janet, 1919, 1923). Esta prescripción necesita una apreciación minuciosa de las acciones poco consumidoras en términos de gasto energético y aquellas que llevan a un verdadero agotamiento de la persona enferma y/o de su entorno o a una agravación de los problemas, incluso a descompensaciones fatales. Se trata entonces de una puesta en reposo selectiva del espíritu, matizada y diferenciada, teniendo en cuenta factores de vulnerabilidad y de fragilidad del paciente, pero también de las capacidades de su entorno para acompañar esta restricción de actividades y de contextos donde cada uno se desenvuelve.

El tercer objetivo se refiere a reencontrar las zonas inenarrables ligadas a los efectos del sufrimiento del cuerpo que escapan al trabajo de representación mental y, con mayor razón, al de toma de conciencia. La aceptación de lo indecible exige soportar aquello que no se puede poner en palabras y de mantener, a pesar de todo, la continuidad de la sesión misma, si las narraciones son difíciles y se enrarecen durante períodos más o menos largos. Este trabajo de mantenimiento y de consolidación de los vínculos por una presencia atenta y de apoyo es una condición indispensable para la sostenibilidad de las sesiones ulteriores.

## EL CUESTIONAMIENTO DE LA MITOPOIESIS Y EL RESPETO DE LAS FORMAS DE CREENCIAS

“¿Por qué nos pasa esto? ¿Qué hemos hecho mal? ¿Cuál es la causa? ¿Quién es responsable?”

No sirve de nada, frente a creencias diferentes de las nuestras o frente a conductas que corresponden a valores distantes de los nuestros, pensar en modificarlos con señalamientos verbales o contradecirlos con argumentos racionales. Tales tentativas no logran, sino reforzarlos.

Por tanto, cada terapeuta ha adquirido unas creencias suficientemente fuertes para pensar que esas formas de proceder tienen globalmente efectos positivos sobre las personas que le consultan o, como mínimo, efectos menos negativos que la abstención terapéutica pura y simple.

Así, el punto de partida de un proceso terapéutico frente a un grupo familiar consiste en respetar sus modos de organización, sus sistemas de creencias y de valores que garantizan su cohesión y su protección ante el mundo que los rodea. Esta actitud de respeto del mito familiar es tanto más necesaria cuando una enfermedad compleja viene a trastornar las reglas del funcionamiento familiar. En efecto, la irrupción de una enfermedad compleja en la existencia llega a cuestionar la función habitualmente protectora del mito. Si llega tal calamidad, ¿es una sanción por una transgresión personal, colectiva, transgeneracional cometida anteriormente?

Ante tal fractura vital del valor protector del relato mítico, el paciente y los miembros de la familia pueden estar tentados, sea a reforzar sus creencias míticas, sea a relativizarlas o incluso a abandonarlas. Se ve así que el interés de los terapeutas por los eventos pasados puede participar del mantenimiento o incluso de la amplificación de los sentimientos de culpa, de vergüenza o de movimientos de reproche y de acusación que experimentan en la familia. Al contrario, los terapeutas deben acompañar a los miembros de la familia en la apropiación de los conocimientos de la enfermedad compleja en función de sus sistemas de creencias. No sirve de nada forzarlos a que se adhieran a las convicciones de los clínicos y los terapeutas con respecto a la enfermedad, así ellas sean “científicas”.

Más modestamente, los terapeutas pueden focalizar su interés en las novedades de la vida cotidiana, la narración de lo que aparezca. El proceso terapéutico resulta de la recreación en el tiempo de las sesiones de una micro-historia compartida: las sesiones pueden ser entonces concebidas como eventos de vida, tiempos de recuperación y de intercambio.

## EL DESARROLLO DE LAS OPERACIONES EPISTÉMICAS Y DEL PROGRESO DE LOS CONOCIMIENTOS

“¿Cómo comprender para poder hacer frente a la adversidad? ¿Cómo sobrevivir? ¿Cómo continuar en la búsqueda y cómo vivir en la incertidumbre?”

Experiencias, creencias y conocimientos surgen junto con las diferentes formas de acción, todas estrechamente intrincadas. Al contrario de las creencias míticas, las operaciones epistémicas permiten modificar nuestras hipótesis y nuestros conocimientos en función de argumentaciones contradictorias y de sanciones de la experiencia.

El registro epistémico requiere la inteligencia personal y colectiva. Procede por hipótesis, ensayos y errores, en función de aportes de la experiencia y de la evolución de las creencias. Esto significa que las inferencias deductivas o inductivas son insuficientes para aprehender y tratar las patologías complejas:

- las inferencias deductivas conducen rápidamente a un callejón sin salida: “de lo que observo, deduzco la solución” tiene el riesgo de llegar a una comprensión engañosa que no hace sino reforzar los preconceptos del terapeuta.
- Las inferencias inductivas asimilan la situación percibida al conjunto de situaciones similares ya encontradas, lo cual bastará para abstraer la ley general a partir de la cual se podrá comprender y actuar.

Estos dos tipos de inferencias merecen ser puestas al servicio de inferencias abductivas que tengan en cuenta las singularidades de cada situación efectivamente encontrada. La abducción consiste en proponer un pensamiento diferente de aquel que salta a la vista o al oído y en orientar la búsqueda a partir de campos más o menos lejanos del terreno clínico inmediato.

Lo que parece de hecho evidente es entonces con frecuencia de poca calidad. La manera como los terapeutas perciben en forma espontánea las posturas, actitudes, reacciones, interacciones de los diferentes integrantes de la familia activa un primer nivel de impresiones que inspiran calificativos casi siempre estigmatizantes: manipuladores; perversos; narcisistas; perseguidores; que no llevan sino a encontrar víctimas complacientes, incluso cómplices, dentro de relaciones identificadas como patológicas o aún patógenas: intercambios de golpes bajos; acusaciones recíprocas; palabras hirientes; entonaciones hostiles; intrusiones e invasiones; predaciones psíquicas; aniquilaciones; hostilidades destructivas; entre otras. Si se quiere crear un contexto terapéutico es necesario abandonar esas denotaciones negativas y críticas e

intentar ponerse en el lugar de las personas, de antemano las más difíciles, incluso antipáticas, tomar en cuenta sus puntos de vista, connotar positivamente sus actitudes y sus comportamientos, aun los más extraños.

Es posible así comparar varias hipótesis y optar por aquella que resistirá mejor o, menos mal, las pruebas de la experiencia clínica en sí. Por ejemplo, si es posible para el terapeuta referirse a las diferentes opciones propuestas en terapia familiar para intervenir (Miermont, 2010), él se ve con frecuencia obligado a partir de cero y a hacer caso omiso de lo que creía saber. La conducta de la intervención terapéutica se posicionará y evolucionará según varios ejes: sincrónico (aquí y ahora) versus diacrónico (retrospectivo y/o prospectivo); contenedor versus catártico; factual (presentaciones) versus fantasmagórico o cognitivo-comportamental (representaciones); personal versus relacional; sintomático versus interaccional; interpretativo versus prescriptivo; formal versus informal; entre otros.

En una patología compleja, el registro de las intervenciones presenta, a menudo, una valencia negativa: esperar un resultado positivo, dentro de los referentes habituales de la normalidad, es una utopía. El principio del tercero excluido, según el cual no hay más alternativa que la verdad o el error, la mejoría o la agravación, el éxito o el deterioro, no se pone en juego. Este abandono del tercero excluido conduce a favorecer una solución menos mala, más que a buscar una buena que conduzca a algo peor. Cuando un paciente nos dice que va menos mal, eso no significa necesariamente que va mejor. En este registro de lo negativo, un resultado menos negativo que otro, tendrá consecuencias netamente preferibles a aquellas de una intervención reputada eficaz, pero cuyas incidencias refuerzan las catástrofes en cadena.

En un acto cognitivo, existe una zona ciega, un estocoma cognitivo que nos impide percibir los circuitos por donde transita la información. En las situaciones clínicas donde domina la incertidumbre, el escotoma cognitivo se extiende a campos de observación y de comprensión más vastos. No es lo mismo para el paciente, sus próximos y los intervinientes. En una consulta conjunta, la puesta en común de puntos de vista permite reducir las zonas ciegas y desarrollar una vigilancia cognitiva más apropiada para tomar en cuenta los problemas y las mejores soluciones ajustadas a la situación.

Cuando un paciente está hospitalizado, citar a una familia viene a reforzar los puntos de anclaje y los puntos de apoyo a partir de los cuales se puede crear un paso de indicadores entre cuidadores y terapeutas para garantizar una unión entre la continuidad de los cuidados y la confiabilidad de los vínculos. El intercambio de informaciones, la concertación, la deliberación y la decisión permiten identificar los puntos de referencia, señales a partir de las cuales es posible proponer un viaje terapéutico.

Este es viable solo si la construcción del referencial terapéutico es identificable por parte del paciente y los miembros de su familia: quién hace qué, de qué modo y con qué objetivo. Dirigiendo su acción con este horizonte, los terapeutas desarrollan

una investigación clínica: su escucha activa y sus intervenciones los incitan a inventar al mismo tiempo que aprenden.

En el plano terapéutico, el registro epistémico permite así dirigir la reeducación de las actividades preservadas que compensan las deficiencias de las funciones esperadas, la activación de los dominios del espíritu asociados a las zonas de sufrimiento y el aprendizaje para saber y saber-hacer frente a la novedad. Incluso la aceptación que, en su ecuación y en sus destinos singulares, el paciente hace a veces de formas de inteligencia y de competencias que escapan al común de los mortales.

La reeducación de actividades preservadas consiste en reforzar los contextos funcionales y en favorecer la activación de los sistemas compensatorios, evitando evocar las zonas de sufrimiento que confrontan la constatación de la impotencia.

Cuando hay un esguince, la tarea del fisioterapeuta es movilizar la musculatura de la articulación, modificando los automatismos psicomotores por aprendizaje, sin pretender actuar sobre la distensión de los ligamentos, difícilmente tratables en forma directa. Cuando hay disfunciones personales y relacionales, es preferible actuar sobre los contextos más o menos alejados de las zonas de disfunción, más que pretender actuar directamente sobre los vínculos que están debilitados y fragilizados.

Igualmente, si uno considera que la mente del paciente está disgregada, es decir, dispersa, disuelta en la mente de sus próximos (familia y grupos sociales), el objetivo terapéutico, en un primer momento, no será tanto movilizar esa mente, sino reunir el conjunto de los cercanos en sufrimiento con una perspectiva apaciguadora y contenedora, para permitir un re-ensamble de las partes dispersas de esa mente y una reconstitución progresiva de su unidad. Cuando hay una fractura, es necesario reducirla para favorecer que el calcio consolide el hueso. Por supuesto, que el tiempo de reconstitución de una mente dislocada es ciertamente más largo que la consolidación de una fractura. En un segundo momento, se vuelve posible sostener al paciente en sus tentativas de movilización, evitando la repetición de experiencias traumáticas.

La distinción entre competencias y destrezas terapéuticas de los intervinientes y de las familias permite considerar la ayuda mutua entre unos y otros. La competencia surge del saber inherente a un cierto tipo de actividad. La destreza es un saber-hacer, una habilidad para realizar un cierto tipo de actividad. Uno puede ser espontáneamente hábil en un cierto dominio de acción, sin necesariamente disponer de la competencia que le corresponde. Lo inverso es también observable.

Por ejemplo, ciertas destrezas terapéuticas desarrolladas por la familia pueden ser validadas por las competencias clínicas de los terapeutas. Recíprocamente, las competencias familiares son susceptibles de re-cualificar las destrezas de los terapeutas, dando lugar así a la psico-educación de los intervinientes por parte de la familia; el aprendizaje de los terapeutas, activado por la familia, permite la evolución de sus preconceptos y el ajuste de sus prácticas. Se podrá hablar así de la psico-educación de los terapeutas por parte de la familia.

## REFLEXIONES EPISTEMOLÓGICAS: EL PROYECTO ECO- ETO-ANTROPOLÓGICO COMO ALTERNATIVA AL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

Las divisiones admitidas en el plano académico entre disciplinas biológicas, psicológicas y sociológicas crean artefactos cuyas asociaciones por un rasgo común no logran sino llevar a impasses epistemológicos, metodológicos y concretos:

- una molécula que tiene efectos psicotrópicos (trátese de un medicamento o de una sustancia adictiva) no modifica solamente las sensaciones del cuerpo de la persona que las toma, sino las de las personas de su entorno.
- Una intervención sobre el entorno de una persona en sufrimiento puede aliviar la ansiedad, la depresión, la desintegración de su mente, incluso las de las demás personas implicadas.
- El “cuerpo” y la “mente” son dos maneras de hablar de un mismo proceso que liga a los humanos entre ellos en su ambiente de vida y de supervivencia.

Entre más la patología es pesada y grave, más la intervención terapéutica debe ser ligera, mínima, aparentemente simple y poco espectacular. Parece una hipo terapia de la hiper-superficie: si uno considera la complejidad de los sistemas de comunicación y de cognición como modelizables a partir de un hiper-espacio de gran dimensión, la mayor parte del hiper-volumen se encuentra en la zona más superficial de este hiper-espacio. La cantidad de informaciones situadas en la periferia del hiper-volumen aumenta de forma exponencial con el número de dimensiones de este hiper-volumen.

Existe ahí una paradoja. El milagro de la conversación ordinaria reposa en la aparente simplicidad de codificación y decodificación de las señales emitidas y recibidas en el espacio-tiempo usual, en cuatro dimensiones. El propio de la “psicología popular” tiene la función de permitirnos tratar las informaciones pertinentes en nuestras interacciones con otros (y con nosotros mismos) de manera fluida e inmediatamente inteligible. En las patologías complejas el menor intercambio reenvía a los miembros de la familia y a los intervinientes a efectos de perplejidad y de parálisis. En la hipótesis metapsicológica de Freud, los procesos primarios de la actividad mental han invadido los procesos secundarios, supuestamente, para garantizar el asiento de las relaciones sobre las representaciones de las palabras. Así, aunque de menor complejidad, las informaciones percibidas por los intervinientes les restringen la inventiva y la creatividad. La superficialidad de las señales, lejos de aligerar los intercambios, los hace aún más pesados.

Entre más las informaciones así liberadas y desorganizadas se encuentran cerca de la superficie, más parecen evanescentes, sin importancia: ellas escapan a la conciencia, son muy difícilmente representables y reenvían paradójicamente a zonas de funcionamiento mental profundas y arcaicas. O, estas informaciones más superficiales, son las susceptibles ya sea de desencadenar reacciones de violencia y de ruptura de vínculos, o sea de reorientar esta violencia y de instaurar un clima más apacible. No solamente se hace la intervención a nivel de la hiper-superficie de las interacciones, sino que se trata de una intervención terapéutica mínima.

Si los objetivos terapéuticos son así restringidos y limitados no son por ello menos precisos, pertinentes y alcanzables: instaurar un clima benévolo suscita el establecimiento de una colaboración terapéutica; aportar un apoyo cálido y lo más constructivo posible; aliviar el sufrimiento; acompañar a cada uno en su camino más o menos tortuoso; disminuir la intensidad de las tensiones emocionales, en particular, atenuar la angustia y canalizar los movimientos agresivos; recrear en lo posible contextos de intercambio agradables y distendidos; reforzar el respeto y la valoración de los puntos de vista de cada uno cuando se expresan desacuerdos; desarrollar los aprendizajes relacionales en las zonas libres de impotencia; hacer del encuentro clínico un ritual cronológico que se inscribe en la historia personal de cada uno.

Así, desde un punto de vista morfoodinámico, las enfermedades complejas se traducen en una reducción de complejidad de los sistemas de comunicación y de cognición. Los atractores de tres grandes dimensiones subyacentes al funcionamiento de tales sistemas serían degradados y transformados en atractores de dimensiones menores, afectando el ajuste de actividades mentales, conductas e intercambios emocionales en ciertas situaciones específicas o críticas. Los dispositivos terapéuticos pretenderían así recrear artificialmente sistemas de relación y de reflexión regulados por atractores de mayores dimensiones. Los miembros de la familia pueden obtener beneficios de compartir resonancias emocionales percibidas por los terapeutas. El dispositivo terapéutico funciona como caja de resonancia y cámara de eco para mensajes cuya emisión, sin este dispositivo, no llegaría a ser recibida.

Se puede así revisitar la concepción de los sistemas, por el reconocimiento de la emergencia de procesos personales y familiares a partir de procesos sociales. El sistema no se reduce a su funcionamiento interno y necesita que se tomen en cuenta sus efectos contextuales: la parte familiar y social de sí, la parte social personal de la familia.

Los circuitos completos del espíritu conducen a identificar las unidades semánticas del espíritu, las unidades de supervivencia evolutiva, las unidades de cambio (Bateson, 1972, 1991). Las terapias familiares en la aproximación a las enfermedades complejas nos obligan a concebir formas innovadoras de intervención, yendo de la psicoterapia en presencia de los próximos, incluso en ausencia de la persona enferma, a la complejización de los contextos sociales evocados por el sufrimiento personal y colectivo.

Estas observaciones y reflexiones, provenientes de 35 años de práctica clínica pública y privada, no pretenden sino proponer un texto transitorio, susceptible de evolucionar y transformarse en función de demandas personales, familiares y sociales, asociadas a sufrimientos íntimos extremos y a una mutación social sin precedentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateson, G. (1972). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris, France: Points Seuil.
- Bateson, G. (1991). *Une unité sacrée*. Paris, France: Seuil.
- Fossion, P. et Rejas, M-C. (2007). Prise en charge des familles traumatisées l'apport de Siegi Hirsch. *Thérapie Familiale*, 3 (28), 231-247.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris, France: L'Harmattan.
- Janet, P. (1923). *La médecine psychologique*. Paris, France: L'Harmattan.
- Miermont, J. (1995). *L'Homme autonome*. Paris, France: Hermés.
- Miermont, J. (2010). Thérapies familiales et psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (1), 75-83.