

SINTOMAS E INTERACCION FAMILIAR

CARLOS E. SLUZKI

*Centro de Investigaciones Psiquiátricas
Buenos Aires, Argentina*

Todo síntoma, psíquico o físico, tiene un valor de mensaje, y promueve conductas en el medio familiar circundante. La expresión sintomática posee un privilegio sobre cualquier otro tipo de mensaje o conducta: (I) no se le reconoce carácter de mensaje; (II) tiene un carácter conativo, inductor de conductas, particularmente intenso; y (III) las conductas que promueve suelen no ser cuestionadas por los actores, ni sentidas como inducidas.¹

El síntoma es un instrumento interaccional particularmente poderoso de control y manejo del sistema familiar. Un síntoma puede actual como eje del funcionamiento familiar durante largo tiempo, puede establecer y modificar equilibrios, permitir ganar o perder discusiones, atraer al hijo pródigo de vuelta al hogar y echar al molesto.

El valor interaccional del síntoma, su carácter de mensaje, su poder conativo, están reforzados culturalmente. Y también lo está un nivel metacomunicacional del síntoma-mensaje: el de que su carácter de mensaje no debe ser reconocido explícitamente.

Una prueba del peso de lo cultural puede medirse por la reacción "en defensa del paciente" que suele provocar la afirmación efectuada acerca del valor interaccional de los síntomas, como si ese enunciado connotara mala fe por parte del paciente. Por otra parte, esa eventual objeción trasluce un prejuicio en sentido contrario: el de que el paciente está en una posición de víctima y el medio, ya en la de victimario, ya en la de grupo solidario co-partícipe del rol de víctima de un victimario exterior al grupo. Dicho enfoque proviene en parte de la indudable formación organicista de los médicos, enfoque en el que el paciente se encuentra en el rol de objeto de la afección, de víctima de ella. También contribuyen a esta posición, en no poca medida, diversas teorías etiopatogénicas en el campo de la psicología y la psiquiatría cuya interpretación poco elaborada conduce a entender que el medio familiar actúa unívocamente como victimario. Aun más, debe

¹El carácter de regla de estas características está reforzado por las excepciones: los síntomas con beneficio secundario muy flagrante en cuanto a inductores de conductas en el otro —tales como los que se pueden observar en carácterópatas histéricos de nivel intelectual bajo — suelen ser acusados de intencionales por el medio, y su repetitividad acaba por hacerles perder efecto inductor, aun cuando su corelato somático —conversiones— actúa como reforzador de la inducción.

esclarecerse un malentendido epistemológico con el objeto de poder sentar una base común para la comprensión del problema: si bien es cierto que las teorías terapéuticas más elaboradas derivan de teorías etiopatogénicas, o se basan al menos en ciertas hipótesis etiológicas, los niveles conceptuales de las teorías etiopatogénicas y de las teorías terapéuticas no coinciden necesariamente y deben ser claramente diferenciados.

Las teorías que afirman que buena parte de la disposición o la tendencia hacia una patología individual se enraiza en modalidades de comunicación de su medio circundante, en particular la familia, presentan una fundamentación conceptual y empírica suficientemente congruente como para merecer toda consideración. El modelo es, por lo general, predominantemente exógeno—con la aclaración que deben complementarse con factores intrínsecos al sujeto, tales como dotación genética, capacidad de tolerancia y la frustración, etc.—: dadas ciertas características del sujeto, el medio favorece estereotipias, restringe conductas, estructura una modalidad de contacto con el mundo que lo hace proclive a ciertas patologías e inmune a otras. Pero lo que suele olvidarse es que esas teorías subrayan que la máxima incidencia de dichos efectos del medio se dan en los primeros meses o años de vida, hasta, eventualmente, el proceso puberal.

Cuando nosotros accedemos al paciente, cuando éste nos consulta, ya no se trata de un ser en pleno proceso plástico de aprendizaje de las reglas de comunicación social, sino de alguien socializado que participa en la interacción con un monto elevado de restricciones, con un estilo interaccional sólidamente aprendido. En resumen, resulta bastante plausible que en el momento en que nosotros estudiamos al sistema familiar en interacción carezca de sentido entender al paciente como *objeto* de modalidades patógenas de comunicación, como alguien a quien debemos salvar del “bombardeo” del medio circundante. Por el contrario, el paciente adolescente o adulto que concurre a la consulta induce también conductas que a su vez inducen las suyas, formando parte los mismos síntomas del espiral dialéctico que interpotencia los fenómenos de escalada en la interacción hasta el punto crítico, es decir, hasta que sobreviene la crisis, indicadora del límite de tolerancia del sistema familiar, en que se recurre a la eventual internación como válvula de escape.

Con la internación, sin embargo, el síntoma suele adquirir un renovado valor interaccional, tanto ante el mismo paciente como ante el medio circundante. Contribuye a ello de modo inevitable el simple hecho de que el médico tratante utiliza el seguimiento de los síntomas como indicador lógico de la evolución del paciente, cosa que mantiene el énfasis en éstos. Cabe aclarar, con todo, que, en el personal con una adecuada formación dinámica, el síntoma del paciente no suele

operar con carácter de instrumento interaccional motivador de conductas, ya que su entrenamiento favorece la lectura del *significado* del síntoma, o, dicho de otro modo, de la calidad de mensaje del síntoma; el solo hecho de ser consciente de ello, así como la frecuente comprensión de su significado interaccional, evita que el síntoma ejerza en él su efecto inductor.

Sin embargo, con llamativa frecuencia los terapeutas de familia caen una y otra vez en la traspolación conceptual de aplicar técnicas derivadas de modelos etiopatogénicos a situaciones en las que deben primar modelos terapéuticos, lo que los lleva a actuar con el paciente y su familia como si fueran los polos de un proceso de socialización en sus comienzos y no como un sistema de seres socializados interactuando. Una de las resultantes inmediatas de esta actitud es la de establecer una coalición latente con el paciente y actuar con el resto de la familia como si fueran los promotores de la patología de éste. Esta distorsión refuerza a su vez el valor interaccional del síntoma y por lo tanto la estereotipia.

La terapia familiar puede ser definida como una técnica para el tratamiento de las modalidades distorsionadas de la interacción familiar, que tiene como objetivos, entre otros, la reducción de la estereotipia en la interacción, y el esclarecimiento de los malosentendidos engastados crónicamente en los procesos comunicacionales intrafamiliares. Para operar adecuadamente con un enfoque interaccional, insistimos, es necesario que el terapeuta se encuentre en una equidistancia subjetiva de todos los miembros de la familia en terapia. El arrastre de los modelos etiopatogénicos, traspolados al modelo terapéutico, favorece una actitud prejuiciosa por parte del terapeuta que le impide comprender y operar adecuadamente en los procesos de interacción del sistema familiar.

La solidez de esa tendencia a adjudicar roles de víctimas y victimarios queda reflejada en el hecho de que el mismo modelo se aplica no sólo cuando se trata del paciente y su familia de origen sino también cuando se opera con la familia de adopción —paciente, conyuge e hijos, por ejemplo; así como tiende a verse a la familia de origen como “de alguna manera” causante de la afección, así se tiende a ver a la familia de adopción como “de alguna manera” desencadenante de la situación de internación, y se opera en consecuencia, con igual distorsión del enfoque terapéutico².

²Como comentario al margen, cabe acotar que, a nivel individual, el hecho de estar enfermo no sólo es en sí un exponente de una regresión, sino que interaccionalmente refuerza un rol fijo del paciente, habitualmente el filial (y ocasionalmente el parental), y los roles complementarios de los otros, independientemente de cuál sea la distribución genealógica, remedando en esas circunstancias con frecuencia la estructura de la familia de adopción a la de la de origen.

La situación de internación, decíamos, actúa como válvula de escape ante un estado límite generado por una progresiva patología interaccional, y modifica el campo del sistema por simple emigración temporaria de uno de los miembros. Si, cuando se enacara la terapia de la familia de la que forma parte el paciente, se desatiende al concepto de sistema y se favorece el de chivo-emisariado, el de víctima-victimario, u otros similares, se corre el riesgo de reforzar la restricción del repertorio de interacciones, o al menos de no modificar la patología de base, que yace en reglas y modalidades estereotipadas del sistema como un conjunto, del sistema en que el paciente participa en igualdad de condiciones que el resto de los miembros.

RESUMEN

Los síntomas poseen un valor interaccional en tanto afectan y promueven conductas en los demás, si bien la confusión epistemológica entre relación "causa-efecto" e intencionalidad conduce a que no se les suele entender así. Los síntomas de un miembro de la familia pueden actuar como eje del funcionamiento familiar y reforzar o modificar estereotipos interaccionales. Sin embargo, existe una tendencia por parte de los psicoterapeutas —de individuos y aun de familias a entender al paciente como víctima de una "familia patógena", escotomizando el hecho de que en un sistema interaccional los fenómenos son multideterminados de modo dialéctico. Se postula que una fuente del malentendido proviene de una traspolación conceptual de modelos etiopatogénicos —explicativos— a modelos terapéuticos —operativos—.

Se subraya la necesidad de que, en tratamientos conjuntos de familia, el terapeuta mantenga una equidistancia de los miembros del grupo, para evitar coaliciones que entorpezcan la comprensión de los fenómenos interaccionales y, por ende, la operación terapéutica.

ABSTRACT

Symptoms have an interactional valence inasmuch as they affect and promote behavior in other persons, even though the epistemological confusion between the "cause-effect" relation and intentionality leads to their not being understood in this manner. Symptoms of one member of the family can act as the axis of the functioning family and reinforce or modify interpersonal stereotypes. However, there is a tendency on the part of psychotherapists—of individuals and even of families—to understand the patient as a victim of a "pathogenic family", disregarding the fact that in an interactional system the phenomena are multidetermined in a dialectic manner. It is stated that a source of misunderstanding comes from a conceptual

transposition of etiopathogenic models—explanatory—to therapeutic models—operational.

It is stressed that there is a need, in family group treatment, for the therapist to maintain an equidistance from all members of the group, in order to avoid coalitions that hinder the comprehension of the interactive phenomena and, thus, the therapeutic operation.

RESUMO

Os sintomas têm um valor interpessoal já que afetam e promovem condutas nos demais, se bem que a confusão epistemológica da relação "causa-efeito" e a intencionalidade, nos leva a não os interpretar assim. Os sintomas de um membro da família podem atuar como eixo do funcionamento familiar e reforçar ou modificar estereótipos interpessoais. Entretanto, existe uma tendência por parte de psicoterapeutas—de indivíduos e até de famílias—a entender o paciente como vítima de uma "família patógena", ignorando o fato de que num sistema interpessoal os fenômenos são multi-determinados de uma maneira dialética. Postula-se que uma fonte de confusão provem de uma transposição conceptual de modelos etiopatogênicos—explicativos—a modelos terapêuticos—operativos.

Sublinha-se a necessidade de que, em tratamentos conjuntos de família, o terapeuta mantenha uma equidistância dos membros do grupo para evitar confederações que prejudiquem a compreensão dos fenômenos interpessoais, por consequência, a operação terapêutica.