

Intervención Operativa en el Grupo Familiar

en CLÍNICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Partiendo de Freud, quien a través de las **series complementarias** relacionó varios tipos de causas recíprocas en la aparición del trastorno mental, Pichon-Rivière planteó la noción de **Policausalidad**, o sea, una multiplicidad de factores generadores del padecimiento psíquico (ver EP-R), una **situación depresiva** (ver capít. de EP-R) y agregamos nosotros la **Multiincidencia** (ver trabajo respectivo, web, A. S.).

Instrumentó EP-R para ello un abordaje terapéutico pluridimensional cuyo objetivo es cubrir lo más exactamente posible a las múltiples dimensiones “etiopatogénicas” de los conflictos “psicopatológicos” y a la diversidad de las áreas de expresión de los mismos (mente, cuerpo, mundo exterior). Agrego la Zona Común (una cuarta Área, ver cap. respectivo y web: zonacomun.com.uy).

Realizamos nuestra intervención “terapéutica” sobre la situación emergente, que apunta al discurso y a la actuación (hacia la comunicación en un sentido más amplio) que sirve de puente, de pasaje, hacia el desarrollo sobredeterminado de la dinámica grupal que trasciende y va más allá de lo empírico e individual.

Esto recorta nuestra diferencia de enfoque con otras escuelas donde el manejo comunicacional e interaccional no está relacionado con el plano latente grupal familiar, ni con la inmanente relación del grupo familiar con el socius. Escotomizan, desde esta posición estructuralista / sistémica, la causalidad histórica social de esa familia.

(Complementar con capítulo: “Familia y Salud”, ver web).

Algunos trabajadores de la Salud Mental y de la Infancia pueden tener esta disyuntiva: el Psicoanálisis les puede parecer demasiado elitista o limitado en su llegada a la población, sobre todo a la de bajos recursos económicos y culturales; y las alternativas al Psicoanálisis, aunque sean con una perspectiva dinámica, un poco peligrosas.

Las propuestas de los especialistas de la macropolítica apuntan a la especificidad de los niveles y a que algunos tipos de problemas remitirían, exclusivamente, a la sociedad global (por ejemplo, el empleo, el desempleo, el control social).

En cambio, otros trabajadores, los de la psiquis, de la infancia, de la familia, aluden a problemas microsociales mucho más próximos a las personas y nada lejos de variables político-ideológicas.

Sin embargo, por el hecho de que los terapeutas de familia se aproximan a las realidades sociales vivas más que cualquier otro especialista, sus mínimas “prescripciones” pueden poner en marcha un continuo de cuestiones micro-políticas que aluden a la propia forma de funcionamiento de nuestras sociedades.

La consciencia tranquila, apolítica, la suficiencia tecnológica de muchos de ellos, se tornó, hoy en día, en una de las bases del mantenimiento del orden establecido.

Es en su práctica más inmediata donde conviene señalar la politización implícita de las intervenciones en Terapia Familiar.

Los deseos más singulares, los síntomas más íntimos están en conexión directa con las cuestiones sociales más amplias.

Una línea de fuga minúscula, un síntoma insignificante, pueden ser los vectores de una problemática con consecuencias para un grupo familiar.

A través del padre, de la madre, de la maestra, del locutor de T. V., la sociedad entera se expresa. Inversamente, todos los grandes problemas económicos, sociales y políticos que parecen pasar muy lejos de las cabezas de las personas ponen en juego cuestiones de la forma de vida, de la relación con el trabajo, con el cuerpo, con el sexo, con el ambiente.

Las relaciones de producción, las relaciones sociales, las relaciones domésticas, las conyugales, etc., están cada vez más interrelacionadas. Y no se puede pretender analizar unas sin las otras.

Armando Bauleo lo plantea claramente al referirse a la construcción identificatoria proveniente inicialmente del socius, y no a la inversa.

El deseo más individual y los fenómenos socioeconómicos no se interrelacionan en la misma proporción y con la misma fuerza en un grupo familiar.

En la elección de una estrategia de intervención, el orden jerárquico de los subgrupos elegidos implica un reforzamiento de sus relaciones recíprocas en una complejidad creciente a medida en que se pasa de cada elección a otra.

Decidir cuál subgrupo abordar es una elección micropolítica. Sin duda, es inevitable efectuar estas elecciones, sobre todo en este tipo de profesión. Pero, lo mínimo que se debe exigir es una posición crítica concreta (del profesional) en ocasión de cada una de ellas. No es un “equilibrio homeostático” el determinante, por ejemplo, del rechazo o aceptación de un individuo en el seno de un conjunto familiar. Pueden ser concepciones del mundo, relaciones de fuerzas sociales que se complementan o se enfrentan.

El operador interviene en razón de su peso social que representa su “capital de saber”, y debido a una teoría y a una técnica científica que él controlaría.

Es bajo la condición de tener una clara consciencia de tales mecanismos de poder, que se puede ver cómo funciona cada estrategia terapéutica elegida (ver “Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional”).

Como vimos en los capítulos sobre “Grupos Humanos” y “Grupo Familiar y otros Grupos Humanos”, cada vez más nos acercamos más a pensar a los Grupos (Familiares o no) como Instituciones que existen en un contexto social, en una sociedad, que son, a su vez, la sociedad, y que se ubican en el modo de producción como dispositivos (en sentido foucaultiano, no en la acepción del D.R.A.E.), articulándose con otros dispositivos (jurídicos, políticos, etc.).

Son formas de organización social que se dan los seres humanos en nuestra sociedad (al menos), para cumplir ciertos objetivos comunes, prescriptos o no (por el sistema social), deseados o no, asumidos o no, por los integrantes.

De esa posición en el modo de producción, su funcionamiento depende de las características generales y particulares de sus elementos constitutivos y de la relación entre ellos.

Decíamos, allí, que las cinco partes constitutivas del dispositivo grupal generan un “campo” particular para llevar a cabo y mantener la intencionalidad de esta configuración histórica socio-deseante, que quedaría abolida al desaparecer cualquiera de estas cinco variables: no concebimos un grupo humano sin integrantes (no alcanza con los personajes), sin objetivo colectivo **en** común, sin un espacio, sin un tiempo o fuera del contexto social (si así fuera serían grupos “imaginarios”).

C. La Concepción Operativa de Grupo permite entender y también posibilitar un tipo de funcionamiento del dispositivo grupal. Más precisamente, de ciertas estrategias y tácticas de trabajo grupal para lograr los objetivos trazados por los integrantes y/o la institución a la cual pertenecen, o se desarrolla la experiencia grupal. Lo llamamos, siguiendo a EP-R, funcionamiento operativo. A veces, se puede lograr autogestivamente, aunque en oportunidades tiene riesgos de concretarse en un funcionamiento operativo poco perdurable en el tiempo.

Otras veces, el modo de crear un funcionamiento operativo de un grupo humano es instituir “artificialmente” un dispositivo grupal en un consultorio, en un hogar, en el lugar de trabajo, de enseñanza, etc., a través de la Técnica Operativa de Grupo. En este caso, el funcionamiento operativo del grupo surge de la aplicación de la Concepción Operativa de Grupo al dispositivo grupal y/o institucional en juego, de una intervención técnica con la Técnica Operativa de Grupo, con una concepción estratégica.

Este funcionamiento operativo del grupo familiar genera Salud y cuando se lo logra en grupos familiares que lo han perdido, o no lo han logrado, es una unidad de cura, de Salud (EP-R).

Diferenciamos la Concepción Operativa del Grupo Familiar, de la Intervención Operativa en el Grupo Familiar. La intención es subrayar que el E. C. R. O. abarca la comprensión del funcionamiento grupal familiar, no constituyendo, exclusivamente, un enfoque de las familias que cursan o hayan cursado un proceso terapéutico.

Nos parece útil, por razones conceptuales, ideológicas e históricas dentro del difundido tema de la Terapia Familiar, la designación de Intervención Familiar en vez de Terapia Familiar, pues esta última denota y connota una primacía del abordaje asistencial anclado en criterios predominantemente médicos de “enfermedad-terapia-curación”.

Intervenir: “Tomar parte de un asunto” (D.R.A.E.). Para nosotros: inter (entre, varios); venir: aproximarse, acercarse. Se trata de una interacción recíproca, lo que es concordante con la posición de trabajo sobre lo mutuo (ver cap. respectivo, web).

Intervención Operativa en el Grupo Familiar alude a niveles de trabajo que van desde una Intervención Preventiva (grupal, institucional o comunitaria) hasta una Intervención correctivo-terapéutica.

Si aún denominamos, hasta con cierta frecuencia, Terapia familiar o Tratamiento del grupo familiar a este tipo de trabajo es para tener una mejor comunicación con otros colegas de la Salud acerca de estas prácticas, dado que es un término que se usa desde hace décadas para denominar a ese trabajo en torno a la “cura” y “enfermedad mental”.

EP-R lo usaba hace sesenta años (así titula sus capítulos respectivos) como código compartible para el ejercicio de las prácticas en Salud Mental de esa época. Esperemos que se vaya dejando de usar, porque no existe, al menos para nosotros, la enfermedad del grupo familiar.

Otro elemento destacable es el análisis de la implicación del equipo interviniente (y no interventor, como veíamos usarlo en el régimen político dictatorial, en nuestro país).

Direccionalidad de la intervención.

Para efectuar el trabajo sobre una conflictiva emocional es necesaria una línea sobre la cual efectuar ese movimiento.

La direccionalidad de la intervención apunta a la comprensión de los diferentes planos del funcionamiento del grupo familiar, que involucra:

1. El análisis de los fenómenos no conscientes de la interacción entre los integrantes del grupo familiar que configuran diferentes subgrupos, constituyendo la globalidad grupal familiar. Por ej.: subgrupo pareja parental; subgrupo padres-hijos; subgrupo hijos- abuelos.

2. La asunción, la depositación, la prescripción de roles, funciones, ansiedades y conflictos entre los integrantes del grupo familiar.

3. Las contradicciones, los conflictos generacionales, las relaciones de poder en el grupo familiar.

4. Los mitos familiares.

5. Los secretos familiares.

6. Los arquetipos familiares.

7. Elaboración de los miedos básicos al cambio.

8. La “elaboración” de la situación triangular básica (así la denominaba EP-R, pues él no hablaba de Complejo de Edipo) en niños y adolescentes, su resolución, la aceptación del tabú del incesto, la seducción de los hijos por parte del padre y/o la madre por sus propios conflictos no resueltos (retorno parcial a la primera teoría freudiana sobre la seducción, que se detecta bien con una mirada grupal familiar), así como la inversa.

9. El manejo de la sexualidad en el grupo familiar.

10. Las Economías.

11. La realización de las tareas familiares.

12. El poder en la realización de las tareas.

13. Los temas de Género.

14. La violencia familiar.
15. La convivencia, el espacio familiar.
16. La desmentida grupal familiar: la franqueza.
17. La novela del grupo familiar (ver web).
18. El fingimiento, la elusión, la colusión, las posiciones falsas e insostenibles (R. Laing).

Cuando lo indicado es comenzar por una Intervención grupal familiar lo que nos permite acceder al funcionamiento grupal es el acercamiento instrumental con una técnica: la Técnica Operativa de Grupo con las adaptaciones efectuadas al campo psicoterapéutico familiar con niños (empleo del dibujo, pintura, juego, rol playing, etc.). (2). (Complementar con “Familia y Salud”, y con los trabajos de “Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional” (ver web, A.S.).

Ejemplo I. “Horacio”.

Se trata de un niño de 9 años 4 meses, Horacio, que acudió a la consulta con su padre a raíz de un episodio en el cual el niño rompió una puerta y un vidrio en una crisis de agresividad, en el colegio al cual asistía. Se agregaban a su historia jaquecas frecuentes, conductas sonoras en clase deseando acaparar la atención del grupo y distrayéndolo al mismo tiempo. Rendimiento escolar muy irregular. Francos elementos depresivos.

Dijo el padre: “no se ríe casi nunca, no lo vemos contento desde hace mucho tiempo”. Retraído, se sienta solo en el colegio y en el recreo nadie quiere ser amigo de él. Tenía un foco epiléptico en tratamiento, desde hacía años, en franca mejoría. El neuropediatra indicó un estudio psicológico y descartó que su organicidad tuviera relación con la sintomatología.

Elección del encuadre y de los recursos técnicos de acuerdo a la estrategia de intervención.

La orientación dinámica del proceso terapéutico siguió la línea de los “emergentes” vinculados en su génesis con la dinámica del grupo familiar.

Para ello, instrumentamos diferentes recursos técnicos que abarcaron la amplia gama de unidades operativas como momentos de intervención en “profundidad” y en “extensión” del grupo familiar. Así, aplicamos las nociones técnicas provenientes de nuestra experiencia clínica, a saber, la de la Psicoterapia Asociada, Psicoterapia Combinada, Psicoterapia Familiar centrada en el niño (ver cap. respectivo).

En esta situación clínica fue conveniente, tal como vimos al principio, iniciar la asistencia con:

- una primera entrevista padre-hijo.

Al final de esta entrevista (padre-hijo) sugerimos tres entrevistas diagnósticas con el grupo familiar para luego decidir qué conducta terapéutica adoptar, basándonos entre otros, en estos elementos:

- la actitud tan temerosa del niño, quien prácticamente no podía hablar, buscando además aprobación del padre en cada respuesta del niño;
- la agresiva y reivindicatoria conducta del padre, quien me impresionaba con un carácter obsesivo, con elementos paranoides. Pensé incluirlo de entrada porque iba a interferir, casi seguramente, el comienzo de cualquier forma de psicoterapia;
- el niño ya había sido exhaustivamente estudiado por neuropediatras, psicólogos del colegio, y por una reconocida colega quien efectuó un psicodiagnóstico, cuyo informe recién logré recabar más adelante.
- la depositación masiva de la conflictiva exclusivamente en Horacio.

Para mnemotecnia de ustedes:

María: es la mamá,

Pedro: es el papá,

Horacio; hijo

Haydée: hija.

Diagnóstico familiar.

Sumariamente, destaco de las tres entrevistas iniciales, los siguientes datos que posteriormente reordenaremos:

- Lo ansiosos, exigentes y controladores de Horacio que eran sus padres.
- La intensa dependencia de Horacio con su madre y de ella con él.
- La desvalorización de la figura paterna por parte de María, porque Pedro aportaba poco económicamente al sustento familiar, no habiéndose asumido, aún, en su rol laboral.

Dijo Pedro: “Me siento muy herido en mi narcisismo por estar aquí. Soy el taximetrista de la familia”.

- Una intensa rivalidad entre padre e hijo.
- Una rivalidad fraterna.
- Una conflictiva “edípica” de la hija con su padre.
- El psicodiagnóstico individual de Horacio, obtenido recién en la segunda sesión (olvidaron traerlo) que informaba: “profundas vivencias de incompletud interna, destrucción y desvalimiento, se siente rechazado por un medio ambiente vivenciado frío y persecutorio, al cual no logra integrarse (lo que corresponde con la realidad familiar objetivada, por nosotros, en el diagnóstico familiar).

Relación dependiente con su madre.

Fuerte rivalidad de Horacio con su padre (en el diagnóstico familiar su padre rivalizaba tanto como su hijo), odio de Horacio, rechazo paterno, culpas, soledad, depresión, agresividad intensa reprimida, proyección sobre su mundo exterior, etc.”

En la exploración diagnóstica familiar, apareció, también, la dificultad de discriminarse como personas y como subgrupos:

- “Nuestras actividades como familia son siempre juntos (dicho en tono orgulloso).
- Nuestros hijos no van solos ni a la esquina.
- Los problemas de uno son de todos”.

Con respecto a los roles y funciones en la familia extrajimos este diálogo que se relaciona con el plano latente del funcionamiento del grupo familiar:

María: - “Sé que necesito ayuda como madre. Estoy ciega de lo que nos pasa y de lo que pasa con Horacio. No puedo, no podemos perder tiempo”.

Pedro: - “María no tiene paciencia, está siempre apurada, no goza nada, hace diez cosas al mismo tiempo”.

María: - “Somos el polo opuesto con mi marido, doctor. A él, cada examen le demoraba dos años prepararlo, pero la que lo bancaba económicamente era yo. Yo los daba cada tres meses y no importaba si los perdía o no”.

Doctor: - “Pedro, ¿cómo ve a María como madre?”

Pedro: - “Ella vive para ellos...” (evadiendo el diálogo con su esposa)

María: - “Habla algo Horacio. (Silencio de Horacio) ¿Ve? Esto es lo que pasa en casa con los deberes y con todas las cosas. Horacio no habla, no se comunica.”

Haydée: - “No te apurés, mamá” (hace alusión a un señalamiento mío de la sesión pasada de que no le daban tiempo a Horacio para responder).

Reparan en el contraste, aun mayor, entre el timing de la madre, ansiosa, frente al del niño deprimido y reprimido.

María: - “¡No seas mal educada, no contestes!”

Haydée: (salta y se ríe maníacamente en la sesión).

María: - “¡Quédate quieta Haydée, no seas loca!”.

Haydée va a la mesa, escribe con crayolas blancas, difícil de leer con luz directa, mientras el padre dice: “Lo que pasa es que mi señora es así”. E inmediatamente se dirige a su hijo (severamente):

- “¡¡portate bien!!”.

Le pido a Haydée que muestre lo que escribió en el papel. Dice: “Soy loca pero sé vivir.” (siete años).

En otra sesión, Horacio dice: - “Mi casa es una cárcel, además, no me dejan cruzar la calle.”

De este rico diálogo analicemos algunos aspectos de la dinámica familiar en torno a los roles.

- Desde su rol de madre, María no sabía cómo cumplir su función. Recuerden el “estoy ciega, no sé lo que pasa con Horacio”, y el “no te apures” que le aportó Haydée.

- Desde la respuesta de Pedro: “Ella es mamá”, podríamos inferir: no es mujer-esposa. Asociémoslo con: “está siempre apurada”, “no goza nada”, “somos el polo opuesto”, “vive para ellos” (y no para Pedro), la rivalidad por lo económico y por el poder en el grupo familiar.

Todos emergentes indicadores de que latentemente el subgrupo pareja matrimonial estaba al borde de una situación crítica que enfrentaría en algún momento del proceso psicoterapéutico, lo que demandaría una atención terapéutica particular, si es que lo aceptaban los integrantes de la pareja.

Decimos: latentemente, porque los integrantes de la pareja conyugal no tenían consciencia, negaban la determinación de su relación de pareja en el funcionamiento familiar, así como de la entidad de su conflictiva conyugal.

Al año de psicoterapia familiar, efectuamos una evaluación:

- La relación de los niños con los padres era “excelente” (dicho así por ellos), al igual que a la inversa, mitigando la intensa rivalidad fraterna, entre otros factores.
- La sintomatología de Horacio desapareció completamente y su conflictiva emocional se encauzó adecuadamente.

La terapia familiar duró un año y tres meses, con una frecuencia semanal.

Pero... la pareja parental comenzó a acentuar sus contradicciones, haciéndose inminente una separación conyugal: “Nos abandonan los niños, crecen, ahora sí que no podemos postergar lo nuestro.” (por lo de la pareja)

Comenzaron, así, una psicoterapia de pareja, dos veces por semana. Duró un año.

La evolución fue favorable: la pareja pudo encontrar momentos satisfactorios en común, mejoraron el nivel de comunicación, sus relaciones sexuales, su cooperación en las tareas de supervivencia, educativas y afectivas. Disminuyeron la competencia y envidias entre ambos por lo logrado laboralmente por cada uno. Antes, los reproches, ataques y críticas eran muy violentos.

Al año efectuamos una sesión familiar y la evolución favorable se mantenía.

Aclaremos más sobre los emergentes:

A. “La crisis de agresividad en el colegio” la interpretamos en el plano individual en relación con la rivalidad paterna y fraterna.”

En el plano grupal: Por la imposibilidad de hallar un lugar en su grupo familiar, por la exclusión de Horacio del discurso familiar, particularmente del de sus padres. Esta agresividad era de todos los integrantes en su rol de hijos, por las relaciones no elaboradas de cada uno de ellos con sus propios padres.

Dijo María: - “Yo prácticamente no tuve padres, mi padre fue Pedro, me enseñó a vivir lo poco que sé. A mi madre la tenía que cuidar yo”.

Pedro: - “A mí qué me iban a entender mis padres, palizas me daban”.

B. “Las conductas sonoras, en clase, deseando llamar la atención de sus compañeros”. Era el reclamo de atención, también, de todos los integrantes del grupo familiar entre sí: “No sabemos escucharnos, tiene razón el doctor”.

C. Francos elementos depresivos, “no se ríe casi nunca, no lo vemos contento, desde hace tiempo”. Era lo que sucedía también en el grupo familiar. La frustración de María con su esposo, que no aportaba económicamente porque no se asumía en su rol laboral que le implicaba un crecimiento adulto.

De Pedro: “También frustrado por su situación económica personal. Argumentaba que no encontraba trabajo y María de que no lo buscaba.

Haydée, que no la entendían, ni la acariciaban.

Horacio, que tuvo un intento de autoeliminación planteado por él (lo contó en una sesión a la que asistió solo) porque “no aguantaba más en casa”, dijo.

Pedro dijo en otra sesión: “El aburrimiento es la enfermedad de la familia”.

D. El “rendimiento escolar muy irregular” era la irregularidad del “rendimiento familiar” en la ejecución de sus tareas:

- Las afectivo-sexuales: mala relación con los hijos, mala relación de pareja.
- Las educativas: “no sabemos qué hacer con los niños”.
- Las económicas: estereotipias frente a la obtención, distribución y administración de los recursos económicos en relación a su pertenencia de clase.
- Las sociales: aparecieron divergencias de concepciones políticas ente los integrantes de la pareja.

E. “Tenía un foco epiléptico”. Nos preguntamos, siguiendo a Bleger, hasta qué punto este foco epiléptico no tenía relación con la tipología epileptoide de esta familia: “Vamos a todos lados juntos”: “El problema de uno es de todos”.

En suma:

Tratamos de mostrar la relación entre la sintomatología individual de un niño con la dinámica de su Grupo Familiar, pensando con una concepción “etiopatogénica” “policausal”; con una direccionalidad particular en el enfoque psicoterapéutico, con recursos técnicos dispuestos a abordar el padecimiento de acuerdo con estrategias terapéuticas pluridimensionales, que permiten reconstruir el contexto en el cual cobra otro sentido la organización de la conflictiva mental infantil.

Los resultados de los tratamientos individuales de niños nos llevaron a tener cada día más interrogantes, más dudas, más cuestionamientos sobre los mismos, cuando son una elección estratégica exclusiva y aislada.

Ejemplo II. “Gerardo”.

A continuación, expondremos algunos de los hechos más significativos de esta situación clínica.

Se trata de un adolescente de 13 años, asmático, con un hipocrecimiento, que consultó por fobia a la oscuridad y fue tratado **solamente** con Psicoterapia familiar.

Destacamos, aquí, la relación entre la sintomatología individual y la dinámica de distintos subgrupos de su grupo familiar, particularmente el de la pareja parental.

Para mayor claridad de la exposición, hemos agrupado el material de algunas sesiones en diferentes momentos que transitamos a medida que se desarrollaba cronológicamente la psicoterapia familiar, que duró 5 meses, con una sesión semanal, de 1 hora 15 minutos de duración.

Primer momento.

En la entrevista inicial la madre plantea: “Venimos porque Gerardo tiene miedo de noche, se pone triste de noche, se preocupa, tiene miedo de quedarse solo y despierto, de noche. Además, es asmático.”

Con respecto al asma, dice la madre:

- “toma cortisona, yo también soy asmática y, también, tomo cortisona. Yo soy la que tengo miedo de que se ataque, porque ¿sabe doctor?, los asmáticos tienen rabia porque se sienten diferentes”.

Segundo momento.

Por la noche, cuando Gerardo se despierta, tose. La madre lo oye y tose, también. Se comunican y contestan a través de la tos. Cuando se va el padre a trabajar, a las 4 de la mañana, Gerardo va a la cama de sus padres, donde, ahí, sí puede dormir.

En las sesiones, aparece una clara diferencia en el modo de trato de Gerardo hacia su madre con la cual es muy cálido y afectivo, hasta se ruboriza por momentos. Con su padre es duro, áspero, se comunica reprochándole duramente. Lo mira poco.

El padre es una persona bien dispuesta, servicial, pero poco afectuoso, más bien tajante en su discurso.

La madre es inteligente, muy controladora; fomenta, aún más, la dependencia de Gerardo con ella.

En la terapia, los miedos a la oscuridad aparecieron en Gerardo como condenaciones y desplazamientos de los miedos a las enfermedades (por el asma), a la muerte (por el asma, por la muerte de la abuela paterna acaecida hace un año). Se incrementaba, aún más, la angustia de muerte por el crecimiento corporal de su pubertad. Tenía miedo a la relación sexual de sus padres y, al sentir tan agresivo a su padre, temía por su madre, con quien tenía una relación de intensa cercanía.

Quedarse en la cama grande, significaba obviamente, interponerse en la relación sexual de sus padres, impedir el advenimiento de más hermanos, pero, sobre todo, poseer él a su madre.

Su madre, portadora de varias enfermedades etiquetadas por ella misma como “reumáticas”, pero que clínicamente impresionaban como somatizaciones de su angustia (o depresión), deseaba que Gerardo fuera a hacer colecho con ella porque el niño era muy afectivo, la acariciaba, la mimaba, como no hacía su esposo. Pero, como sí hacía su padre con ella, cuando era niña (expresión textual de la madre en una sesión).

El esposo se acostaba a las 21 hs. y se levantaba a las 4 hs. de la mañana, hacía cinco años, para concurrir a su trabajo.

En las sesiones, apareció un reclamo de la madre para que su esposo fuera más cariñoso y menos frío.

- “Vos sos cómodo, parece que te casaste con la empresa y no conmigo, te pasás afuera, trabajando, y yo, aquí, encerrada con los chicos, haciéndome cargo de todo. No salimos nunca.”

En estas viñetas se evidencian las diferencias entre los enfoques ideológicos plasmados en la vida cotidiana familiar de los integrantes familiares; el complejo de

Edipo en “interacción” (como planteaba I. Berenstein), o la situación triangular básica para EP-R.

El padre aceptó, en las sesiones, que ser afectivo era igual a no ser hombre, a ser “poco macho” y, por eso, su angustia aumentaba ante las expresiones afectivas de Gerardo hacia su madre. Pero, de cualquier modo, se beneficiaba con la dependencia de Gerardo con su madre, pues esto le permitía no cambiar sus vínculos y roles (funciones) en su familia (trabajo “invisible” de la mujer, tareas educativas, etc.).

Gerardo, al mismo tiempo, les impedía salir solos. Cuando lo lograban, algún sábado aislado, debían regresar a las 19 hs., porque si no, esa noche, tenía una crisis asmática, o no podía dormir.

Su temor (explícito) era que hubieran tenido relaciones sexuales fuera de la casa y que su madre lo abandonara.

Los padres, como pareja conyugal, aceptaban este manejo de Gerardo: la madre porque no obtenía de su esposo el afecto que deseaba, tal como su padre fallecido sí le brindaba, y que ella intentaba sustituir por Gerardo.

El padre no se acercaba más a Gerardo porque ser afectuoso, deprimirse y llorar representaba algo malo, rechazante, y porque sentía cierta frialdad por su mujer, que ya no lo atraía sexualmente.

Tercer Momento.

A través de la experiencia terapéutica, Gerardo y sus padres lograron comenzar a elaborar los duelos de la adolescencia (A. Aberastury), así como el miedo a la muerte de sus padres y de él mismo.

Trabajaron, también, sobre la prohibición del incesto, así como, también, la seducción de la madre hacia el hijo.

Ya la misma noche de su última sesión Gerardo pudo dormir toda la noche, durante esa semana, y si bien se despertó, no fue a la cama de sus padres, ni llamó a su madre. Ella sí lo llamó a él a través de la tos, pero él no respondió.

Se veía, claramente, que la figura materna tenía más dificultades que el hijo para salir de su dependencia con él.

Esa semana permitió que sus padres salieran de noche, regresando ellos a las 3 hs. de la madrugada, sin que Gerardo presentara problemas.

La semana siguiente decidió jugar al volley, a pesar de su hipocrecimiento, aceptó ser suplente (hecho rechazado hasta el presente), y “suplente” frente a su padre para estar con su madre. También, consiguió solo y sin que primero lo supieran sus padres, un empleo de mandadero en un comercio, para tener su propio dinero.

Cuarto Momento.

Al final del tratamiento familiar, los padres se fijaron un proyecto como pareja: conversar más en el hogar, hecho que hacía años no lograban entre ellos.

Quinto Momento.

Al mes se efectuó un control de la evolución y apareció el temor de Gerardo de que lo abandonaran si crecía; a abandonar a su madre que se quedaría sola si sus padres no cumplían con el proyecto fijado por ellos dos (Perspectiva individual del subgrupo pareja parental).

Sexto Momento.

Al mes siguiente: Gerardo ha evolucionado favorablemente, al igual que sus padres, quienes mejoraron la relación afectiva como pareja conyugal. Este hecho, logrado sólo con sesiones familiares, no es frecuente. En general, se hace necesario una terapia de pareja conyugal.

Al año, llamaron, telefónicamente, para saludar y para decirnos que “se sentían y estaban bien como pareja”.