

Psicopatología y terapia familiar: una relación compleja

ROBERTO PEREIRA

Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar

Red Española/Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas. Bilbao, España.

Resumen

El comentario del brillante artículo de Linares (2013) me ha llevado a reflexionar sobre la relación entre la psicopatología, o más específicamente el diagnóstico psicopatológico o psiquiátrico (psicológico) clínico, y la terapia familiar (TF). El artículo describe las dos almas que ha tenido siempre la terapia familiar. TF, a favor y en contra del uso de diagnósticos, simbolizados por Gregory Bateson y Don Jackson, compañeros en el estudio de la comunicación de pacientes esquizofrénicos y sus familias, pero con una visión muy diferente de cómo acercarse a los problemas relacionales y/o psicológicos / psiquiátricos. La propuesta de (Linares, 2013) se inscribe claramente en la orientación diagnóstica, pero propiciando un nuevo lenguaje diagnóstico relacional que eluda la, hasta ahora inevitable, utilización del lenguaje psicopatológico tradicional.

Palabras clave: *psicopatología, diagnóstico, clínico, terapia familiar, diagnóstico relacional.*

Psychopathology and family therapy: A complex relationship

Abstract

The comment of the remarkable paper from Linares (2013) has led me to think about the relationship between psycho-

pathology or more accurately, psychopathological diagnosis or clinical psychology and family therapy. The essay describes the two souls who has always had the family therapy. Its stance in favour or against the use of medical diagnostic methods is best represented by Gregory Bateson and Don Jackson; both of them colleagues in the study of communication between schizophrenic patients and their families. However, both of them with a fairly different point of view on how to manage the relational and/or psychological and psychiatric disorders. Linares's proposal (2013) reveals an obvious tendency towards the diagnostic method but always suggesting a new relational diagnosis language orientated to elude the unavoidable use of traditional psychopathologic language.

Key words: *Psychopathology, diagnosis, clinical psychology, family therapy, relational diagnosis.*

1. INTRODUCCIÓN

No me parece una casualidad que el título del artículo objetivo del profesor Linares comience por Pasos..., ni que el primer autor que se cita, en la tercera línea, sea Gregory Bateson¹, ya que para el autor, Gregory Bateson, junto con su

Dirigir toda correspondencia al autor a: Director de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Vicepresidente de RELATES (Red Española/Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas). Tel.: +34944757880. C/Luzarra, 18-1º. 48100 – Bilbao, España. <http://www.robertopereiratercero.es/>
Correo electrónico: evntf@avntf-evntf.com
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 175-183.
ISSN-impresión: 2007-0926
www.revistamexicanainvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

1. Gregory Bateson, antropólogo, creó el conocido como "Grupo de Bateson", que estudió la comunicación en las familias de pacientes esquizofrénicos, estudio del que surgió la Terapia del Doble Vínculo como causa etiopatogénica de la Esquizofrenia. Su libro más citado se titula en español, "Pasos hacia una ecología de la mente".

grupo, es el fundador principal de la terapia familiar sistémica².

Y es interesante destacar, tal y como señala Linares (2013), cómo Bateson, pilar de la terapia familiar, en adelante TF, se opuso con claridad y contundencia a la utilización del diagnóstico psicopatológico —que no del lenguaje de la psiquiatría clínica o la psicopatología, esto es mucho más difícil de hacer, como veremos más adelante— en su aproximación a los problemas relacionales humanos, o a la TF, aunque Bateson, antropólogo e investigador, nunca la practicó, al contrario que los miembros de su grupo.

La relación entre la psicopatología y la TF es compleja, pero ha evolucionado y cambiado como un reflejo de los cambios que ha registrado la TF desde su creación.

Desde su origen, la TF ha utilizado con naturalidad la psicopatología. El diagnóstico clínico formaba parte de su lenguaje fundador, que dio sus primeros pasos, no lo olvidemos, buscando respuestas al enigma de la esquizofrenia, así como nuevas maneras de abordar el que constituía y constituye el principal problema de la salud mental, por su gravedad y por las discapacidades que genera.

Y en los primeros pasos de la TF, se incorpora como algo novedoso —cuando no revolucionario— el diagnóstico familiar. Los diagnósticos psicopatológicos, o psiquiátricos, centrados hasta entonces en los pacientes, se amplían al conjunto de la familia. «La psicosis esquizofrénica del paciente en una manifestación sintomática de un proceso activo que abarca a toda la familia», dice Murray Bowen, uno de los pioneros de la TF (1960, p. 351). Incluso más allá de una patología determinada, se extiende la expresión a toda la familia, tal y como afirma Phillippe Caillé: «El empleo de la expresión ‘psicopatología de la familia’ implica para nosotros que es definido

Artículos publicados por década

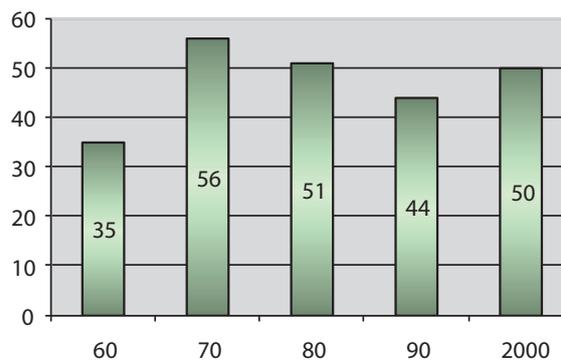


Gráfico 1. Artículos publicados por *Family Process*, que hacen referencia a la psicopatología en sus títulos o palabras clave, agrupados por décadas.

como enfermo todo el grupo familiar» (1980, p. 73).

Sin embargo, y a pesar de esos inicios, la evolución posterior de la TF hace que, en un momento determinado, una buena parte de los terapeutas familiares —o terapeutas sistémicos, como comienzan a denominarse muchos de ellos— rechacen esa vinculación y traten de desterrar la psicopatología de los textos y del lenguaje de la TF (desterrarla de su práctica es mucho más difícil), tal y como plantean Cecchin, Lane y Ray: «La patología es una construcción nacida de la interacción entre los mitos, prejuicios y creencias de una cultura sobre lo saludable y lo enfermo, lo bello y lo feo, lo bueno y lo malo, y la lucha de una persona para sobrevivir y adaptarse a estos criterios contrapuestos» (2002, p. 90).

Sin embargo, esta desvinculación nunca se ha realizado completamente. Aún los autores que más rechazan la psicopatología no han podido evitar que se les cuele en sus textos, como veremos más adelante. Y si revisamos las publicaciones sobre TF, veremos que los artículos relacionados con la psicopatología no han disminuido durante estos años. Al menos eso se deduce de la revisión de los artículos publicados en la revista más prestigiosa de la TF, *Family Process*. En las cinco décadas que lleva publicándose, el número

2. Ver la página web de la Escuela de Terapia Familiar SantPau, en concreto el apartado La TF en tres artículos: <http://www.etsfantpau.com/la-tf-en-3-articulos.html>

de artículos que en su título o sus palabras claves hacen referencia a algún término psicopatológico no han variado mucho: 35 en la década de los 60, 56 en la de los 70, 51 en los 80, 44 en los 90 y 50 en la primera década del siglo XXI (véase: Gráfico 1).

¿Cómo se origina este distanciamiento, este rechazo en algunos autores, esta dificultad que se aprecia a menudo para que los terapeutas familiares hablen de psicopatología? Vamos a tratar de describirlo y entenderlo.

Para empezar, debemos señalar una inicial confusión terminológica. Se habla de psicopatología, cuando la mayoría de las veces debería hablarse de psiquiatría (o psicología) clínica. La psicopatología se define como la ciencia que estudia los trastornos psíquicos, y precede a la psiquiatría (o psicología) clínica, que agrupa los síntomas que describe la psicopatología en entidades que supuestamente tienen una relación etiopatogénica y/o similares tratamientos entre sí.

La psicopatología describe los problemas o trastornos que podemos encontrar al utilizar las funcionalidades y potencialidades de nuestra mente: la percepción, la inteligencia, la memoria, la afectividad, la expresión verbal, el pensamiento, la consciencia, la sexualidad, la agresividad, etc. Así, habla de delirios, alucinaciones, amnesia, miedos, insomnio, parafilias, obsesiones, compulsiones, euforia, melancolía, etc.

La psiquiatría (o psicología) clínica agrupa los problemas descritos por la psicopatología y define trastornos, síndromes, etc.: esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, toxicomanías, demencias, trastornos fóbicos, trastornos alimenticios y de la personalidad, etc.

La psicopatología es un lenguaje utilizado habitualmente por los profesionales de la salud mental para describir las disfunciones que observan en el funcionamiento de la mente. En lugar de decir:

«El relato del sujeto refiere que siempre que se sale a la calle siente que alguien le persigue

con intención de matarle; tiene que cambiar cada día el recorrido que hace al trabajo; no se arriesga a recoger a sus hijos en el colegio por miedo a que si le atacan puedan hacerles daño; mira siempre debajo del coche para asegurarse que no hay una bomba; ha cambiado prácticamente todas sus rutinas y todo ello le genera una gran ansiedad y angustia...»,

Decimos que sufre de un delirio de persecución, con lo cual ahorramos bastante tiempo y palabras. Los terapeutas de familia también hacen lo mismo. En lugar de decir:

«La pareja discute con mucha frecuencia. Son discusiones en las que ambos parten de un nivel relacional similar, pero cada uno trata de ponerse ligeramente por encima del otro. Rara vez estas discusiones terminan dándole uno la razón al otro, sino que por lo general terminan en una ruptura...», decimos: Escalada simétrica.

Y como todo lenguaje, es producto de un consenso, tiene una historia y permite ambigüedades e interpretaciones. Sin duda, el lenguaje de la psicopatología, o el de la TF, tiene una serie de implicaciones añadidas: no es neutral, pero sirve para que los que lo han estudiado se entiendan entre sí, ganen en precisión, y ahorren tiempo y espacio en sus comunicaciones.

2. EL DIAGNÓSTICO

Una vez establecido que el lenguaje de la psicopatología, o el de la TF, sirve para facilitar la comunicación entre profesionales, podemos preguntarnos si tiene alguna otra utilidad. Sirve también para hacer diagnósticos. ¿Y que es un diagnóstico? J. Guimón lo define de la siguiente manera: “El diagnóstico sirve para agrupar síntomas/conductas en unos constructos llamados enfermedades, trastornos o patologías relacionales que idealmente tienen un origen único, para desarrollar tratamientos o intervenciones específicas para resolver esos problemas” (Guimón, 2007, p. 53). Parece claro que si se consiguen tales agrupaciones y estas resultan coherentes y prácticas, sigue favoreciéndose la comunicación

entre los profesionales, no solo para explicar lo que ocurre, sino para proponer qué hacer para solucionarlo. El mismo autor plantea los propósitos del diagnóstico:

- Diferenciar el cuadro observado de otros cuadros.
- Darle un nombre que permita comunicarnos acerca de él.
- Establecer pronósticos respecto a su evolución espontánea o con tratamiento.
- Medir los cambios que se producen en su evolución.
- Realizar estudios sobre su etiología (Guimón, 2007, p. 53).

Vemos cómo la utilización del diagnóstico puede facilitar varios objetivos, además del ya citado, de facilitar la comunicación entre los profesionales, por ejemplo, el de diferenciar el cuadro o situación o problema observado, de otros tantos que pueden ser similares, pero cuyo significado es muy distinto.

Unos párrafos atrás expusimos un ejemplo de diagnóstico. Decíamos:

«El relato del sujeto refiere que siempre que se sale a la calle siente que alguien le persigue con intención de matarle; tiene que cambiar cada día el recorrido que hace al trabajo; no se arriesga a recoger a sus hijos en el colegio por miedo a que si le atacan puedan hacerles daño; mira siempre debajo del coche para asegurarse que no hay una bomba; ha cambiado prácticamente todas sus rutinas y todo ello genera una gran ansiedad y angustia...».

Y el nombre propuesto para ese relato era *delirio de persecución*.

Ahora bien, ¿tenemos la seguridad de que ese diagnóstico realizado, utilizando el lenguaje de la psicopatología, contiene efectivamente el significado que se atribuye a ese término? Es decir, ¿es un relato que se sitúa fuera de la realidad, incoherente, no plausible y no confirmable por otros testigos? Para saberlo, es decir, para confirmar el diagnóstico, es necesario situar el relato

en el contexto en el que se inscribe y solicitar la confirmación o no de su veracidad por testigos que nos puedan aportar visiones similares de la realidad que se describe.

Así, en el relato examinado, podemos preguntarnos y tratar de confirmar si se trata de un ciudadano anónimo, con un trabajo intrascendente, que nunca ha recibido amenazas y que vive en un lugar donde la violencia de ese tipo es excepcional, por lo que su conducta no se puede contextualizar como adecuada ni hay ningún testigo que pueda confirmar que, a pesar de lo extraño de la situación, ha podido comprobar la realidad de la amenaza y, por lo tanto, lo coherente de la conducta.

O bien, si el consultante es una persona que ocupa un cargo o una profesión por la que ha recibido amenazas por parte de un grupo terrorista que actúa donde vive, de lo que resulta una plausible amenaza a su vida, razón por la cual su conducta es adaptada y coherente con su situación, lo que puede ser ratificado por testigos fiables.

Ante un relato de semejantes características, dos posibles respuestas son las siguientes:

- Tranquilícese, creo que podemos ayudarle, tómese esta medicación y pasados unos días es muy probable que compruebe que las amenazas han cesado.
- Comprendo su situación, debe ser muy angustiada. ¿Qué podemos hacer para disminuir esa angustia?

¿Daría lo mismo una respuesta que otra? Evidentemente, no. Si hemos llegado a la conclusión de que el relato es adecuado, verídico y fiable, la primera respuesta carece de sentido. Es decir, que según cuál sea el lenguaje que utilicemos para describir lo que sucede, el diagnóstico que hagamos tras escuchar el relato condicionará nuestra actuación posterior.

Entonces, si el diagnóstico, con su lenguaje psicopatológico, nos orienta acerca de cómo in-

tervenir, ¿podemos prescindir de él?, ¿debemos hacerlo?

¿Es útil, por ejemplo, discriminar entre un delirio esquizofrénico y un delirio producido por el abuso de tóxicos? ¿O entre la tristeza de un proceso de duelo y la tristeza melancólica? ¿O entre la angustia de origen psicológico y la angina de pecho?

Hay dos posturas claramente contrapuestas respecto al diagnóstico:

- Los que utilizan alguna clasificación diagnóstica para acercarse a los problemas, ya sean las grandes clasificaciones de las enfermedades (CIE, DSM), o los mecanismos de defensa, o los diagnósticos sistémico-relacionales.
- Los que se aproximan a cada caso como distinto de todos los anteriores. No hay una idea de patología individual o relacional, sino problemas existenciales que se sustentan entre familia/pareja/paciente y terapeuta.

Veamos las ventajas e inconvenientes de cada una de estas aproximaciones. Los críticos con la primera aproximación señalan cómo la utilización de diagnósticos implica una etiquetación y estigmatización del paciente/familia que va más allá de su mera utilización profesional. Diversos autores, especialmente en la 2.^a mitad del siglo XX, escribieron sobre esta situación analizando las implicaciones socioculturales de los diagnósticos psiquiátricos: Szasz (1961/2008), Goffman (1972), Laing y Cooper (1969) fueron algunos de los más destacados en las críticas hacia la utilización de un lenguaje «reduccionista», que «estigmatizaba y alienaba» a aquellos que recibían las «etiquetas diagnósticas». Tuvieron una gran difusión, así como también, un notable éxito en la humanización de la psiquiatría y en la inclusión de la dimensión sociocultural en la contextualización de los problemas psiquiátricos y el desarrollo del concepto de «salud mental». La práctica psiquiátrica comenzó a evitar, no hacer diagnósticos, sino transmitirlos

a los pacientes y a menudo también a las familias. Sin embargo, esto conducía a situaciones complicadas y en ocasiones paradójicas, en las que se prescribían tratamientos complejos que a menudo tenían efectos secundarios muy desagradables y un pronóstico incierto, sin más justificación que el «confíe en mí», ya que no se hablaba de psicopatología o clínica psiquiátrica, más allá de «está mal», o «está enfermo», o «tiene un problema importante». Esta conducta comenzó a ser insostenible conforme los pacientes y sus familias fueron tomando un mayor protagonismo en la toma de decisiones respecto al tratamiento por seguir, exigiendo una mayor y más exacta información. Sin embargo, la lucha contra la estigmatización continúa; incluso hay asociaciones de enfermos o familiares de enfermos psiquiátricos que piden cambios en los nombres de las patologías más estigmatizantes, como la esquizofrenia, con propuestas como la de Van Os de red denominarla «*salience dysregulation syndrome*» (2009).

Los profesionales opuestos al diagnóstico, sea psicopatológico o relacional, defienden la aproximación individual a cada caso. Sin embargo, esta aproximación incide en la dificultad de organizar el conocimiento sobre los trastornos o conflictos de origen psicológico. Si cada caso es distinto de los demás, y no podemos agruparlos en cuadros con características similares ni darles un nombre que nos permita entender de qué estamos hablando, es evidente que la comunicación se dificulta extraordinariamente, así como la posibilidad de hacer pronósticos acerca de la evolución o realizar estudios acerca del posible origen común de los problemas a los que nos acercamos. Si cada problema es diferente, la intervención será diferente en cada caso, por lo tanto, no podremos comparar las intervenciones entre sí y llegar a la conclusión de cuáles son útiles y cuáles no, puesto que cada caso requerirá soluciones diferentes. De ahí a inferir que cualquier intervención sirve no hay mucho camino, lo que no parece muy sensato.

La cuestión de la comunicación también es importante. Si cada caso es diferente, para poner en común posibles soluciones deberíamos describir minuciosamente cada uno de ellos. No olvidemos que el lenguaje de la psicopatología o la psiquiatría clínica se creó precisamente para facilitar la comunicación entre los clínicos, primero, y con el resto de la sociedad, después.

3. DIAGNÓSTICO Y TF

Estas dos aproximaciones, a favor y en contra del diagnóstico, se han dado desde el principio en el campo de la terapia familiar sistémica. Podemos simbolizarlas en dos de los pioneros que coincidieron en uno de los grupos fundadores de la TF, el grupo de Bateson: Gregory Bateson, que da nombre al grupo, y Don Jackson, que se une a éste tardíamente, fundador del *Mental Research Institute* de Palo Alto (MRI) y cofundador, junto a Natham Ackerman de *Family Process*, la principal y más antigua revista de terapia familiar.

Bateson era un antropólogo interesado en la comunicación, quien se aproximó a la psicopatología y a la clínica psiquiátrica por su interés en estudiar la comunicación humana. Pero su aproximación a ambas es muy diferente de la de su compañero y psiquiatra Don Jackson. Paul Watzlawick, quien los conoció muy bien a ambos, lo explica de manera clara:

«Por pura casualidad, el grupo de Bateson trabajó en un edificio vacío llamado V-A Hospital, que en EEUU son los hospitales para los veteranos de guerra, del servicio militar. Fue un hospital predominantemente psiquiátrico y, de este modo, el grupo de Bateson, que es un grupo muy pequeño: Bateson, Weackland, Haley y Fry, fue, más o menos, el grupo nuclear. Se encontraban cada día en el jardín, en la cafetería, con personas cuyo comportamiento no... tenía sentido en la situación dada del hospital psiquiátrico. Creo que allá está tal vez, la contribución más importante de Gregory Bateson a nuestro campo. Gregory Bateson, como ustedes saben, fue antropólogo e introdujo a nues-

tro campo una perspectiva que es casi el opuesto de la tradicional perspectiva psiquiátrica. El psiquiatra, como sabemos, ya tiene, a través de su formación profesional, en su cabeza, por así decir, un modelo o hasta una explicación de los fenómenos, de los trastornos, mejor dicho, de la mente humana. Entonces, en el trabajo con un determinado caso, aplica, para comprender la patología de ese caso, el modelo que tiene. El antropólogo, o la formación profesional de un antropólogo, es el opuesto. Él está entrenado para aproximarse a los fenómenos de su observación, con el mínimo posible de sus posesiones y de ideas anteriormente formadas acerca del campo de observación. Para quedarse, dentro de lo que sea humanamente posible, lo más objetivo, lo más pasivo posible. El observador pasivo que trata de comprender el funcionamiento de ese sistema humano que, por supuesto, va a ser diferente del comportamiento típico de la cultura de la cual viene el antropólogo mismo» (Watzlawick, 1984).

Bateson se instituye entonces como el fundador de una de las dos almas de la TF: aquella que rechaza el diagnóstico psiquiátrico, que hemos simbolizado con la cita de Cecchin y colegas (op. cit., 2002). Pero no es este el único representante, sino que hay muchos autores que siguen este modelo, predominante en los últimos años en la TF anglosajona. Citaremos solamente a algunos autores que pueden ser representativos. Comencemos por Jay Haley, miembro del Grupo de Bateson, fundador de la Escuela Estratégica. En su conocido libro *Leaving home*, pésimamente traducido al español como *Trastornos de la emancipación juvenil y TF*, dice: «No es útil hacer diferencias o diagnósticos salvo que este determine una manera especial de hacer terapia» (Haley, 1985, p. 11). Es decir, si no utilizamos una manera diferenciada para trabajar cada caso, ¿para qué nos sirve hacer diagnósticos? Si nuestro tratamiento se va a centrar en tratar de encontrar las reglas disfuncionales del sistema para cambiarlas sin variar el procedimiento de acuerdo

con el tipo de problema presentado, ¿para qué nos sirve diagnosticar? No es una cuestión baladí, que a menudo se presenta en la intervención psiquiátrica, psicológica o psicoterapéutica. Si realmente el diagnóstico no sirve para diferenciar el tratamiento que utilizamos, ¿para qué nos sirve hacerlos? De cualquier manera, en el libro citado, Haley utiliza con frecuencia el lenguaje psicopatológico, (op. cit., p. 11) y el libro en sí mismo está basado en el «*proyecto esquizofrenia*» (op. cit., p. 12).

Otros autores representativos de esta corriente son Harlene Anderson y Harry Goolishian. En su artículo «El cliente es el experto: un enfoque de la terapia del NO saber», defienden la posición del «no saber, que requiere que, en la terapia, nuestra comprensión, explicaciones e interpretaciones no están limitadas por experiencias previas o verdades y conocimientos teóricos» (Anderson & Goolishian, 1995, p. 12). Más adelante, «la posición de no-saber sugiere un tipo diferente de postura o pericia terapéutica, una pericia que está limitada al proceso de la terapia más que al contenido (diagnóstico) y cambio (tratamiento) de la estructura patológica» (op. cit., p.15).

Como vemos, es la genuina postura «antropológica» defendida por Bateson, según la cual, el diagnóstico y el tratamiento —se supone que diferenciado— son irrelevantes. Pero, no pueden sustraerse a la utilización del lenguaje psicopatológico, como veremos más adelante: «La posición del no-saber, sin embargo, excluye la postura de que la historia del hombre era delirante....de que la enfermedad era un invento del nombre, o un delirio o distorsión que necesitaban ser corregidos» (opus cit. p. 18).

Autores más actuales del norte de Europa, que siguen esa misma línea, otra base fuerte de los planteamientos «batesonianos», son Seikkula, Aaltonen, Alakare, Haarakangas, Keränen, y Sutela, que en un artículo también publicado por *Sistemas Familiares*, citan a Anderson y Goolishian (1995) y rechazan la aproximación psico-

patológica o del diagnóstico clínico, al proponer que la psicosis «deje de ser concebida como una condición independiente que es inherente al paciente, y pase a concebírsela como una de las voces de la interacción terapéutica actual». Aunque un poco más abajo, pero en la misma página, dicen: «Se acompañan estadísticas recogidas en un proyecto oficial del gobierno finlandés para el tratamiento de las psicosis agudas, en centros hospitalarios, las que muestran que el enfoque dialógico permitió reducir el tiempo de internación y el curso de medicamentos neurolépticos, así como el número de pacientes crónicos» (Seikkula et al., 1998, p. 25).

Podemos ver de nuevo la dificultad de evitar la utilización del lenguaje psicopatológico para hacernos entender, aun cuando este se rechace.

Tenemos entonces al grupo de seguidores de Bateson, que proponen aproximarse a cada caso, a cada sistema, como distinto de todos los anteriores. No hay una idea de patología individual o relacional, sino problemas existenciales que se sustancian entre familia/pareja/paciente y terapeuta. Es esencial acercarse a cada situación con la posición del «no-saber», por lo que en realidad lo aprendido en el tratamiento de un caso no nos sirve demasiado para enfrentarnos al siguiente, ya que cada uno es diferente. El diagnóstico, es decir, la agrupación de conflictos/problemas/conductas similares no tiene mucho sentido, ya que nunca vamos a encontrar dos sistemas iguales entre sí. No podemos encontrar tampoco «evoluciones previsibles» ni sistematizar posibles intervenciones.

Sin embargo, hemos visto también la enorme dificultad de utilizar un lenguaje diferente de aquel de la psicopatología o la psiquiatría (o psicología) clínica, al menos para hacerse entender a la hora de describir lo que hacen o los problemas que presentan aquellos con quienes se encuentran en sus consultorios.

Frente a esta aproximación, tenemos otra contrapuesta que representábamos en otro de los pioneros indudables de la TF, miembro del gru-

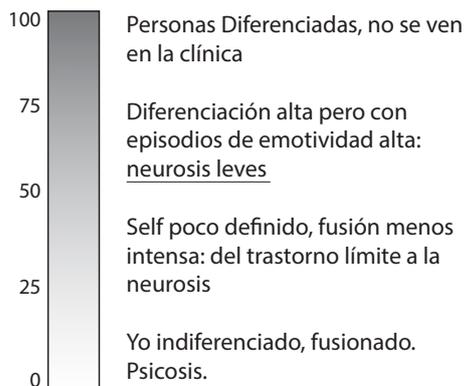


Gráfico 2. Escala de diferenciación del self de M. Bowen

- Desvinculación imposible – Esquizofrenia Tipo 2
- Desvinculación inaceptable – Esquizofrenia Tipo 1
- Desvinculación aparente – Psicosis Afectiva, Trastorno Bipolar
- Desvinculación de compromiso – Trastorno límite.

Gráfico 3. Patología de la *desvinculación* de L. Cancrini

po de Bateson, Don Jackson. Jackson, psiquiatra de formación, se aproxima a las familias con las que trabaja con sus esquemas psicopatológicos bien presentes, pero con una novedad: intenta introducir un lenguaje diagnóstico relacional, alternativo o complementario al lenguaje psicopatológico. Así lo hace cuando presenta su concepto de «homeostasis familiar» para explicar las reglas que se oponen al cambio, que fomentan en el equilibrio especialmente en familias rígidas (Jackson, 1974).

El camino que abrió Jackson ha sido seguido por numerosos autores señeros de la TF que han aportado sus propuestas a un posible diagnóstico relacional que agrupe y haga comprensibles determinadas conductas familiares.

Así, Murray Bowen (1979), con su «Escala de diferenciación del Self» (ver Gráfico 2), Salvador Minuchin (1979), con su clasificación de familias desligadas-aglutinadas, Luigi Cancrini (1991), con su patología de la desvinculación

(ver Gráfico 3) y muchos otros, algunos citados por el profesor Linares (2013), son ejemplos de propuestas de diagnósticos relacionales, es decir, asociaciones entre un conjunto de pautas relacionales disfuncionales y una determinada psicopatología.

4. HACIA UN DIAGNÓSTICO RELACIONAL

Creo que no resulta difícil determinar en cuál de las dos corrientes se inserta la propuesta del autor (Linares, 2013). Evidentemente, se trata de desarrollar un diagnóstico relacional, un lenguaje que dé cuenta de las disfunciones de los sistemas que acuden a nuestras consultas, y que conecte con el lenguaje psicopatológico y de la psiquiatría (psicología) clínica, buscando tender puentes y una mejor comprensión del sufrimiento humano. Pero hay una novedad importante: de todas las propuestas hechas hasta ahora, es, sin duda, la más comprensiva y completa, ya que abarca el conjunto de, en palabras del autor, «las bases relacionales de la psicopatología», un trabajo ímprobo, que resume prácticamente toda la vida profesional de Linares (2013), y que constituye una base a partir de la cual desarrollar intervenciones que puedan sistematizarse y, por supuesto, ‘protocolizarse’ o ‘manualizarse’.

Es una clara confrontación con la posición del «no saber», sin que eso signifique que los prejuicios nos nublen el juicio o nos impidan una adecuada anamnesis del funcionamiento familiar. Sin rechazar que cada caso sea diferente, pero tratando de encontrar también los puntos en común que permitan agrupar los problemas relacionales para hacerlos más comprensibles.

El planteamiento de desarrollar una «psicopatología relacional» es apasionante. Se trata de sustituir las descripciones fenomenológicas de los signos y síntomas que nutren la psicopatología tradicional por las disfunciones, trastornos y conflictos relacionales, especialmente los asociados con la familia de origen, que estarían en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos relacionales. Es un trabajo ambicioso,

ingente, pero para el cual el autor (Linares, 2013) sienta unas amplias bases.

Estas bases, que parten de los ejes fundamentales de la conyugalidad y la parentalidad, que se organizan en deprivaciones, caotizaciones y triangulaciones, van conformando el marco en el que se inscriben las psicosis, la neurosis, la depresión y los trastornos de vinculación social. Cada uno de ellos está extensamente descrito en términos relacionales, con descripciones que los clínicos de la terapia familiar no tendrán ninguna dificultad en reconocer. Tal y como Linares (2013) afirma en las conclusiones, abre numerosas preguntas que deberán ir respondiéndose en un futuro, esperemos que cercano. Pero la propuesta es clara: necesitamos un lenguaje que nos permita entendernos a la hora de describir lo que les ocurre a nuestros consultantes. Si el lenguaje psicopatológico tradicional no nos complace, busquemos uno nuevo, que se adapte a los conceptos relacionales que manejamos, que sea abierto, flexible, nada dogmático, pero que haga comprensibles y agrupables los problemas de las familias que buscan ayuda para resolver sus dificultades. Y que esas agrupaciones permitan desarrollar intervenciones que, con las necesarias adaptaciones a cada caso, puedan servir de orientación y guía a los terapeutas que se aproximan, aprenden y practican la terapia familiar sistémica.

REFERENCIAS

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1995). *El cliente es el experto: un enfoque de la terapia del NO saber*. *Sistemas Familiares*, 11(3), 9-21.
- Bowen, M. (1960). Etiología de la esquizofrenia. En D. Jackson (Comp.), *Comunicación, familia, y matrimonio* (Cap. 12). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1979). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós, 1991.
- Caillé, P. (1980). Psicopatología de la familia. *Terapia Familiar*, 4, 73-85.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. Lane, G., & Ray, W. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Guimón, J. (2007). *El diagnóstico psiquiátrico no categorial (relaciones, dimensiones y espectros)*. Bilbao: OM editorial. Goffman, E. (1972). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jackson, D. (1974). Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. En C. E. Sluzki (Comp). *Interacción Familiar: aportes básicos sobre teoría y técnica*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Laing, R. & Cooper, D. (1969). *Razón y violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 119-146.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1998). Tratamiento de la psicosis mediante diálogo abierto. *Sistemas Familiares*, 14(2), 25-38.
- Szasz, T. (2008). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu. (Versión en castellano de *The Myth of Mental Health, 1961*, New York: Holber-Harper).
- Van Os, J. (2009). A salience dysregulation syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 194(2), 101-103.
- Watzlawick, P. (1984). Comunicación oral no impresa. Seminarios del Colegio de Médicos. Madrid: Colegio de Médicos.

Recibido el 06 de noviembre de 2013
Revisión final 17 de noviembre de 2013
Aceptado el 21 de noviembre de 2013