
TÉCNICAS DE PROCESO DE ADMISIÓN PSICOTERAPEUTICO DE UN
PACIENTE NO SOLILCITANTE

Matteo Selvini¹

**“No se dará nunca la suficiente
importancia en que la terapia (y
a menudo su destino) empieza con
el primer contacto telefónico”
Mara Selvini Palazzoli (13) p.99**

Premisa

Desde hace más de veinte años he tenido experiencia en distintos procedimientos de admisión de solicitudes de ayuda psicoterapéutica o psiquiátrica en distintos contextos, pero sobre todo en un centro de psicoterapia familiar, el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia, fundado y durante mucho tiempo dirigido por Mara Selvini Palazzoli y es mi experiencia en este último que describiré en este artículo.

En todos estos contextos señalados, he encontrado un problema de base para resolver, la frequentísima no coincidencia entre solicitante y usuario: un padre o otro miembro de la familia piden una intervención especializada para su hijo o familiar. Este tipo de demanda, en la práctica psiquiátrica y psicoterapéutica, recibe respuestas muy diversas en función de los diversos modelos terapéuticos. Mi intención aquí es ocuparme de la reflexión sistémico-relacional de esta temática de gran importancia estratégica.

El abandono de la ficha telefónica

Cuando empecé mi colaboración con el Nuevo Centro, en 1982, todas las llamadas telefónicas que solicitaban una cita eran canalizadas por la secretaria

¹ MATTEO SELVINI: Co-responsable de la Escuela de Psicoterapia de la Familia “Mara Selvini Palazzoli”.

La colaboración de Stefano Cirillo ha sido muy importante en la redacción de este artículo.

hacia un horario de disponibilidad telefónica de un terapeuta responsable de los primeros contactos (G. Prata), quien procedía a una breve entrevista, la denominada ficha telefónica (14, p. 21;16,pp), y fijaba la cita, si era necesario, con uno de los equipos terapéuticos. Todavía hoy seguimos utilizando la técnica de la disponibilidad telefónica, pero creemos que el rol de filtro y de coordinador de los accesos a un centro asociado de psicoterapia deva de estar en manos de un profesional y no de la secretaria.²

A partir de 1990, abandonamos la práctica de la ficha telefónica en favor de las coloquios directos de admisión.(19), fijados por un profesional, después de una breve conversación telefónica llevada a cabo en los horarios de disponibilidad de los profesionales. Los coloquios vienen todos fijados con el **suscrito** el cual se ha convertido en el responsable de los primeros coloquios con los nuevos usuarios.

El primer motivo del cambio fue muy práctico: dado que aumentaban cada vez más las informaciones que considerábamos útiles tener *antes* de la primera sesión familiar, al final las llamadas telefónicas-fichas eran cada vez más largas con una doble y evidente molestia: a) el teléfono eternamente ocupado; y b) la gratuidad de la operación (dado que nos parecía poco elegante pedir unos honorarios por una primera llamada telefónica).

Pero también otros cambios más sustanciales impulsaron al abandono de la acogida telefónica: en efecto, íbamos hacia una relación menos intervencionista y cada vez más colaboradora con las familias. Estábamos abandonando la lógica de “arponear” a las familias con las paradojas o con la prescripción invariable. Y en esta dirección eran evidentes las ventajas de una aproximación personal directa: una acogida más cálida y receptiva. En definitiva iniciamos a pensar que seria conveniente que la primera fase del proceso de admisión no fuese llevado en equipo sino por un solo profesional: las ventajas económicas bien se relacionaban con aquellas de un modo de hacer mas colaborativamente acogedor. Más información implica una hipótesis mejor fundada. Pero para recoger la información todo un equipo no es necesario.

² En los contextos en que una secretaria o otro operador fije las citas, aconsejo que el terapeuta vuelva a llamar al solicitante con l'explícita finalidad (ya anunciada por la secretaria) de discutir quien es oportuno que venga a la cita (sobretudo en los casos en que solicitante y paciente no coincidan).

La casuística tratada

Por lo tanto, son trece años que desarrollo en el Nuevo Centro la misión de responsable de los contactos iniciales. En este tiempo he encontrado alrededor de 1000 familias, en las cuales eran presentes sobretodo graves patologías de adolescentes y jóvenes adultos (trastornos alimentarios, psicosis, trastornos de la personalidad, depresión, toxicodependencia...).

Reflexionando sobre los datos de mis “primeras visitas” (que registro con un cuestionario que me autosubministro), me ha sorprendido constatar una disminución estable del “drop-up”, es decir, de los pacientes que no vuelven después de una primera visita, del 30/40% en el inicio, al 20% escaso en los últimos años. Destacar una serie de investigaciones que destacan el 50% el número de pacientes que no va más de la primera visita con el terapeuta. (Talmon, 25, también para las investigaciones que se refieren a este dato, pp. 20-21, ed.it)

La disminución del porcentaje del “drop-up” en mis primeras visitas, me ha impulsado a escribir este artículo porqué es como una confirmación de los efectos positivos del cambio de proceso que progresivamente he puesto en práctica.

Un cierto porcentaje de “drop-up” es fisiológico sobretodo en un contexto donde demandante y paciente no coinciden. Está también toda la problemática del análisis de la demanda (de la cual no trato en sentido específico en este artículo) en el cual, por ejemplo, un cónyuge puede pedir una terapia familiar agresivamente, para atacar al otro. En línea general es evidente como es más difícil construir el consenso de una entera familia en un proyecto de terapia, respeto a cuando es solo una persona a pedir para ella misma.

Los cambios en los procedimientos.

Estos cambios pueden ser sintéticamente resumidos así:

- 1) transformación del primer contacto telefónico en un breve diálogo orientado exclusivamente a la preparación y negociación de las *convocatorias* para la primera entrevista.
- 2) convocatoria a la primera entrevista no solo del solicitante (que en la ficha telefónica es el único portavoz de la familia), sino también de otros familiares (6, p.122; 12);

3) organización de la primera entrevista en un procedimiento semi estandarizado basado en tres fases fundamentales: a) definición descriptiva del problema; b) explicación psicológica del problema; c) eventual propuesta de acuerdo de consulta psicológica.

Tal y como decía, del punto de vista del “clima relacional” el cambio fundamentales aportados al procedimiento de admisión se refieren sobre todo a *una acogida más receptiva* en la dirección de evitar que los usuarios se alejen sobre la base de sentimientos de culpabilización y vergüenza. Actualmente la idea básica de *acogida* sustituye la idea básica anterior, que era la de la *neutralidad*, también en el sentido de no caer en el juego familiar patógeno en curso (7).

Se trata seguramente de un pasaje que caracteriza gran parte de la terapia familiar, que en los años 90 evoluciona en sentido globalmente “antiautoritario”. A esta crisis de los modelos más interventistas (estratégico-Eriksoniano, paradójico, provocatorios, prescriptivos), contribuyen muchos factores, entre los cuales seguramente la contestación del rol del terapeuta como experto solicitada del constructivismo y de las indicaciones de apoyo prioritario a la familia provista de la psico-educación.

Es obvio que no son posibles *follow-up* directos de las primeras entrevistas a las que no han seguido otras. Sin embargo, en una serie de casos, gracias a los contactos con remitentes y conocidos, me han llegado, expresadas muy sintéticamente, las motivaciones del *drop-out*: el denominador común más frecuente es el de la culpabilización, del haberse sentido acusados o juzgados, de la inducción de sentimientos de vergüenza. En primera instancia estos *feedback* me han llevado a reflexionar sobre mi a veces total inconsciencia de haber inducido semejantes reacciones. Parece muy probable que exista un cierto porcentaje de familias muy vulnerables desde este punto de vista y, por tanto, el principal “imputado”, en mi búsqueda de posibles explicaciones, ha pasado a ser la modalidad “estándar” con que, hasta más allá de mediados de los años 90, explicaba la oportunidad de una consulta familiar, y que puedo resumir sintéticamente así: “Los juegos psicóticos en la familia”

La línea directiva de nuestro modo de trabajo consiste en la búsqueda de que cosa no han funcionado en las relaciones entre los varios miembros de la familia, porque pensamos que los problemas personales del paciente están

relacionados directamente con sus relaciones familiares, y en especial modo con la dificultad que sus padres tienen entre ellos. (16,p.229).

He empezado a pensar que este mensaje (que obviamente puede ser expresado también con otras palabras) es equivocado y peligroso, en tanto implica una desorientadora causalidad lineal que liga el síntoma con relaciones equivocadas al interno de la familia con una clara contradicción con una visión compleja y circular del síntoma mismo. En efecto, este mensaje excluye del campo de observación el nivel *intrapersonal* en la determinación del síntoma, es decir, el de la relación con la persona misma, así como aquellos de las influencias micro-sociales y culturales más allá de la familia misma.

Por lo tanto he hipotetizado que tal mensaje radicalmente relacional, en cuanto viene formulado en modo estereotipado con todas las familias, resulta obvio para muchos de ellos, como en cambio, arbitrario y acusatorio para otras, con resultados peligrosos en términos de inmediato *drop-out*.

Esto me ha llevado a teorizar y practicar una modalidad distinta de propuesta de la consulta familiar, que puede resumirse así: “*El testimonio de todos los familiares es decisivo y precioso para entender los orígenes del problema dentro del recorrido evolutivo personal del paciente*”. Esta postura en el proceso de admisión no está erróneamente considerada como una táctica hipócrita, porque tiene sus raíces en un cambio del modelo clínico de referimiento

El modelo sistémico clásico es relacional puro: el síntoma del paciente señalado es la expresión de un problema familiar. Tal reduccionismo sistémico es objetivamente culpabilizador verso a los familiares y pone el paciente en la posición de la víctima. No siendo esta una buena operación terapéutica, durante un tiempo se buscaba de poner remedio hipotizando una activa intencionalidad (siempre hiper-relacional) del mismo paciente (presentado como el salvador de otros familiares). Anulando el nivel de elaboración individual (como el individuo administra su estado mental) conlleva inevitablemente a no poder utilizar la idea clave de la psicología clínica relativa a como cada individuo se construye sistemas de creencias (o defensas) fundamentales para su supervivencia psíquica (2). Conceptos básicos para el modelo clínico individual-relacional en el cual se inspira este artículo.

El primer contacto

Como antes decía, en la práctica de Mara Selvini Palazzoli y de su equipo la óptica con que aproximarse a la primera llamada fue durante muchos años firmemente intervencionista y autoritaria, en coherencia con las características presentes en la filosofía terapéutica de las fases de la paradoja, la prescripción invariable y el desvelamiento del juego (13, pp. 62-73):

- 1) convocatoria de todos los miembros convivientes a la primera sesión familiar;
- 2) rechazo de contactos preliminares con distintos miembros de la familia (particularmente , para evitar la revelación de eventuales secretos familiares) (15);
- 3) sintética y estructurada solicitud de informaciones básicas sobre el síntoma y la composición de la familia (14, pp. 20-21)
- 4) ninguna restitución, con la excepción de la convocatoria, el coste de las sesiones y el programa general de 10 sesiones familiares.

La filosofía terapéutica en la que se sustenta semejante aproximación al primer contacto es la de apostar con decisión por un fuerte e inmediato mensaje de *cambio*: el “paciente” y toda la familia, no se aceptan relaciones privilegiadas o confidenciales con ningún miembro de la familia, firme direccionalidad en la conducción de la relación.

Ésta ha sido la actitud con la que he trabajado de 1978 a comienzos de los años 90 y progresivamente me he convencido cada vez más de que, aun siendo indudablemente muy incisiva en numerosos casos, puede llevar a serias dificultades en muchos otros. La prioridad del primer contacto no es necesariamente la de introducir un fuerte cambio sino la de *acoger* una solicitud de ayuda. Aquí se enfrentan dos filosofías distintas de los tiempos del cambio terapéutico.

En la óptica de la acogida podemos pensar que cuando un paciente o una familia consiguen dar un paso tan difícil y tan crítico como el de formular una solicitud de ayuda, éste ya es un grandísimo cambio que debemos acoger y valorizar sin la pretensión de exigir de inmediato ulteriores y por el momento inmaduros cambios. Sólo debemos orientar la solicitud de ayuda.

Continuidad y diferencias con la técnica clásica de la admisión sistémica

Dos artículos clásicos sobre la admisión sistémica aún contienen líneas-guía muy actuales. Di Blasio, Fischer y Prata (7) nos aconsejan sobre todo de solicitar la descripción de hechos y de comportamientos (p. 9) en la óptica de la hipotización y de un proceso de verificación de las hipótesis (p. 15). Ghezzi, Lerma y Martino (6) subrayan el tema de la autoridad del terapeuta (p. 14) y la necesidad de leer los hechos de manera completamente inesperada (p. 17). Sin embargo, la filosofía terapéutica intervencionista de los años 80 sigue centrada en una visión de la familia como adversario al que vencer;: “Con mucha frecuencia se asiste a la puesta en práctica de un cuadro manipulador por parte de la familia” (9, p. 7). Además, desde las primerísimas frases la aproximación está orientada al cambio en el aquí y ahora: por ejemplo, la ficha telefónica no comienza con el problema, sino con los datos sobre la familia nuclear y extendida, práctica que conlleva una primerísima e implícita redefinición del problema. Idéntico es el significado de la rigidez en la convocatoria de todos los familiares convivientes.

Si aceptamos las observaciones de Di Blasio y sus colegas que subrayan que la “presencia de *pattern* históricos disfuncionales expone al terapeuta al riesgo de no saberlos reconocer y, por tanto, de no poder evitarlos, frustrando así el propio papel terapéutico”.(7,p.5). Una acogida colaboradora y flexible nos hará caer, desde luego, en los *pattern* históricos de la familia. Es posible que en una serie de casos esto conduzca a errores irreparables y al *drop-out*. Por otra parte, caer en el juego de las familias no es necesariamente una debilidad, porque podremos disponer de esa visión binocular o de pensar por idas y venidas (16, p. 28) que nos permite de hipotizar (o ver) sea mirando a la familia “allá fuera” (hechos y descripciones) sea “sintiendo” nosotros mismos respecto de nuestras emociones en relación a esas personas. Y tanto mirar “allá fuera” como mirarnos dentro exige inevitablemente un cierto tiempo, un tiempo de duda e incertidumbre que debemos ser capaces de aceptar (junto con nuestros clientes).

Así, la fase preliminar en el modelo anterior duraba el tiempo de una llamada telefónica (prolongada y frecuentemente retomada en un día sucesivo), mientras que ahora se dilata en 2-3 coloquios.

Un terapeuta que tiene menos prisas creará menos tensión, será menos autoritario y favorecerá, por tanto, una mayor colaboración y participación. Desde luego también perderá ocasiones para un más inmediato efecto de cambio, pero, en

un hipotético balance final, la terapia familiar puede verse beneficiada tanto en términos de eficacia como de humanidad del tratamiento.

Objetivos del primer contacto

El primer contacto telefónico debe establecer cuatro objetivos:

1) VERIFICAR SI EXISTE UN PROBLEMA RESPECTO AL CUAL NOS SINTAMOS COMPETENTES PARA INTERVENIR CON INSTRUMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS.

A este fin se debe preguntar por teléfono el motivo de la solicitud, prestando atención a contener la respuesta en una brevísima descripción.

Fijaremos una primera cita para aquellos problemas que nos sintamos competentes y para los que creamos que exista en línea general una indicación psicoterapéutica.

Es necesario una profundización sólo en caso de serias dudas sobre la dimensión psicológica del problema. La brevedad, más allá de la utilidad práctica, sirve para valorizar la primera conversación como *verdadero* inicio de la relación y, por tanto, inicio *no* sólo con el solicitante.

2) EMPEZAR A CREAR UN CONTEXTO DE COLABORACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA PARA AFRONTAR EL PROBLEMA.

A este fin pregunto si tanto los padres como el hijo paciente están dispuestos a un primer coloquio de conocimiento y valoración. Resulta obvio , también demostrable (21), como un factor clave para el suceso de una psicoterapia sea la alianza terapéutica con el paciente. Es por lo tanto erróneo excluir el paciente de un momento tan delicado de construcción de la relación como el primer coloquio, especialmente en aquellos no pocos casos en los cuales él mismo había solicitado ayuda. . Es evidente como la presencia contemporánea de padres y paciente sea una implícita invitación a una dimensión de colaborativa división de ideas y de esperanzas.

Es una norma férrea, convocar siempre a quien llama (por lo menos, si es un miembro de la familia), en cuanto es por definición el principal solicitante, salvo rarísimas excepciones. Otra norma férrea es la de no fijar *nunca* una cita para personas distintas del solicitante telefónico, sin la presencia del solicitante

mismo. Es del todo aceptable (aunque con esta casuística grave es bastante raro) que un paciente, especialmente si es adulto, quiera venir solo. También es del todo aceptable, es más, deseable, que vengan solo los padres en el caso que un paciente (como es frecuente en esta casuística) sea reacio a implicarse en la consultación

La convocatoria inicial de ambos padres es una prueba muy importante sea de la estructura de la familia sea de la naturaleza de la solicitud. Sin embargo, es aceptable, aclarando los riesgos para la eventual futura colaboración de los familiares, que venga sólo el padre o la madre con el hijo paciente o también solo (sin el hijo), siempre en los casos en los que el paciente sea reacio a participar en la consulta .

Las familias separadas-reconstituidas implican profundizar en la posibilidad y en las oportunidades de convocar conjuntamente los padres.

Cuando el solicitante es un hermano o hermana es muy deseable una primera conversación que incluya también a los padres y al paciente. Si el paciente no es colaborador, entonces se hace necesario comprobar directamente (con una llamada telefónica) la disponibilidad de los padres a implicarse y es, por tanto, uno de los pocos casos en que puede ser oportuno excluir, al menos inicialmente, al primer solicitante, es decir, al hermano o hermana.. En efecto, nos parece peligroso confirmar desde el inicio el liderazgo y la parentificación de un hermano, al menos cuando los verdaderos padres aún están vivos y gozan de buena salud. Con esta última “norma” la filosofía de la acogida encuentra un límite en el riesgo de coludir con un esquema relacional estructuralmente disfuncional.

Obviamente situaciones diversas implican otras medidas: si quien telefonea es el cónyuge exigimos la presencia del paciente en el primer coloquio, si la solicitud es para un niño de menos de 11 años se convoca sólo a los padres (13).

Invitar a los hermanos/hermanas al primer coloquio, resulta de dudosa utilidad por varias razones:

- a) como pronto veremos, el planteamiento de la primera conversación da espacio sobre todo al paciente y esto amenaza con que la fratría juegue un papel de inútil comparsa. En una primera conversación no tenemos tiempo de hacer más que un limitado número de cosas

- b) Con mucha frecuencia hay un gran conflicto en estas fratrías, por tanto excluir a los hermanos facilita, en líneas generales, un clima más colaborador y menos irritado.
- c) La fratría puede llegar a menudo muy contrariada y perpleja (especialmente cuando es joven) a estos encuentros. En efecto, los padres al no haber aún comprendido el espíritu de la iniciativa, no pueden explicarla a los hijos “sanos”

En el caso de que el padre que telefona dude sobre el formato preferible para la primera conversación se puede proporcionar el siguiente criterio: “Si se sienten tranquilos hablando de todo lo que consideren importante delante de su hijo, tráigalo con ustedes, de otro modo es mejor que vengan sólo ustedes dos, los padres”.

En líneas generales, la eficacia del primer coloquio es mayor, en cuanto menos el clima entre las personas presentes (y por lo tanto entre ellas y nosotros) es polémico y agresivo. . Esta variable es importante, en especial para un terapeuta que trabaje sin el apoyo del equipo.

Un terapeuta que trabaje sólo será, desde luego, más acogedor, mientras un equipo tenderá a proponer inmediatas intervenciones para el cambio. Hemos escogido la fórmula de un solo terapeuta para los coloquios preliminares, y del equipo en la fase de la consulta familiar.

A menudo se constata en el coloquio preliminar que no están (o todavía no) las condiciones para un trabajo familiar, sea por falta de disponibilidad de miembros importantes de la familia, o por la presencia de dinámicas intrafamiliares demasiado violentas y acusatorias. La primera llamada y el primer coloquio sirven para evaluar la factibilidad de una terapia familiar y para intentar de crear las condiciones que la rinden posible. En sentido general la terapia inicia con la primera llamada telefónica y todo el proceso tiene sentido solamente en cuanto desencadenante de cambios evolutivos, sin embargo pensar la psicoterapia como un trayecto de construir pasando por fases sucesivas ayuda al orden de los objetivos del terapeuta y también a la claridad del contrato con los clientes.

Es muy importante evitar que en el primer coloquio se presenten el paciente o otros miembros de la familia forzados y contra su voluntad. Esto amenaza

gravemente la dimensión comunicativa y colaborativa fundamental en el primer coloquio. La experiencia enseña que si un miembro importante de la familia es más bien reactivo, por lo menos otro es probablemente bastante ambivalente. Y es más fácil ganarse en confianza y autoridad si no tenemos demasiados “enemigos” en la sala. En muchas terapias familiares exitosas, la confianza viene ganada paso a paso y miembro tras miembro.

Es más que oportuno fijar el primer coloquio a la menor distancia de tiempo posible. Sucede a menudo que coloquios fijados a distancia de más de 10 días vienen cancelados definitivamente.

3) CONSTRUIR LA AUTORIDAD DEL CONDUCTOR TERAPEUTA

A este fin la claridad y determinación telefónica en la negociación de las convocatorias es importante. La autoridad parece estar relacionada con el éxito de la intervención (28).

4) EMPEZAR A CONSTRUIR UN CONTEXTO DE CONFIANZA Y COLABORACIÓN ENTRE EL CONDUCTOR Y LA FAMILIA IMPLICADA EN EL PROBLEMA.

A este fin la línea-guía es la de un liderazgo seguro, pero *flexible*, evitando tanto el riesgo (pasado) del autoritarismo como también el opuesto de “someterse” a cualquier solicitud del “cliente”. Por ejemplo haremos de las objeciones de la ausencia de un padre si es motivada solamente por cuestiones de su trabajo, así mismo nos opondremos a fijar una cita a quien el solicitante no quiere que participe.

El objetivo central del primer coloquio: el reconocimiento del sufrimiento

El objetivo esencial y prioritario de la primera conversación puede ser considerado el de que el paciente mismo, y todos sus familiares, entiendan que el *síntoma es sobre todo la expresión de un sufrimiento personal y a la vez, un intento de defensa o al menos de contención del sufrimiento mismo.*

Esta visión está sin duda ya presente en muchos casos, pero no en todos, y precisamente estos últimos son los cruciales para nuestra estrategia de admisión. Por ejemplo, no es en absoluto previsible que una anoréxica sea vista como sufriente: la visión “natural” del síntoma por parte de ella misma y de sus familiares muy a menudo privilegia otros estereotipos:

- 1) una mala educación alimentaria;
- 2) la dependencia de las modas estéticas corrientes;
- 3) un mal carácter orientado a hacer sufrir y esclavizar a los familiares.

Cuántas anoréxicas se describen como del todo libres de dificultades personales y como tales son también descritas por sus familiares

Un razonamiento análogo podría hacerse para cualquier clase de problemas como: la toxicoddependencia, psicosis, depresiones, donde las explicaciones de tipo biológico son muy difundidas. Para hacer otro ejemplo, padres dominados por un hijo que les impone un orden tanto arbitrario como absoluto (a base de objetos perfectamente paralelos, persianas cerradas, nevera rigurosamente vacía, rituales de inspección...) no está para nada descontado que hayan entendido que de aquella manera su hijo busca el sentirse *activamente en una situación de control total*, para intentar dominar un estado mental de angustia desesperada y de impotencia.

En muchos casos, con variantes diversas, una negación (o una subestima) del estado de sufrimiento y de crisis personal es común a la visión del paciente mismo y de sus familiares.

Las tres fases del primer coloquio: la definición del problema

El primer coloquio comprende tres fases:

- 1) la definición descriptiva y comportamental del problema;
- 2) la explicación psicológica individual (o intrapersonal) del problema;
- 3) la propuesta de negociación.

Respecto de la primera fase las técnicas de entrevista parten del paciente y entrelazan la cronología del síntoma con elementos biográficos del paciente. Esta primera fase teóricamente concluye con la enunciación de la definición diagnóstica del problema, por ejemplo: “Se trata precisamente de una clásica anorexia restrictiva, como está descrita en los manuales”.

Esta conclusión de la fase de definición es útil para los siguientes fines:

- 1) *enunciar una definición del problema lo más sencilla y clara posible, a fin de verificar el consenso de todos sobre el hecho de que éste es el problema que estamos llamados a resolver.*(8,p.89)

En la mayoría de los casos la definición del problema es bastante previsible: puede ser obvio que se trate de una anorexia, de una dependencia de la heroína, o de una esquizofrenia paranoide, etc. Pero existen algunos casos donde la definición del problema es decisiva para la planificación del tratamiento. *En efecto, es estratégica la detección de la principal “territorialidad” del problema.* ¿Definimos la existencia de un problema individual? ¿O bien definimos la existencia de varios problemas en distintos miembros de la familia? ¿Los ponemos en el mismo nivel o les damos una jerarquía de creciente gravedad? ¿O bien definimos que no existe un claro problema individual sino más bien un problema relacional? Piénsese en ciertos casos de “leve” inadaptación a los que hemos aludido precedentemente. O bien piénsese en esos casos donde no está claro si es más problemático el modesto trastorno alimentario de la hija o la vistosa ansiedad de la madre.

Recientemente he recibido una solicitud de asesoramiento de un joven marido, preocupado por el trastorno alimentario de su esposa. La esposa misma, convocada con su cónyuge para la primera conversación, negó con argumentos convincentes la existencia de un serio problema alimentario: es una hermosa muchacha, en el peso ideal, nunca ha vomitado. Más bien sentía que tenía un serio problema de pareja porque ya no aguantaba los continuos controles de su marido sobre su alimentación, su obsesión de que sólo ingiriera alimentos sanos e hipocalóricos, las escenas por un dulce o un helado de más. Concluí la primera parte de aquella conversación definiendo la existencia de un serio problema personal del marido: éste no sólo era para sí mismo un fanático del gimnasio, la forma física y la alimentación sana, sino que había desplazado gravemente sus obsesiones sobre su joven esposa, haciendo la convivencia conyugal casi insostenible (recientemente la joven había huido durante unos días a casa de su hermana).

Definida la existencia de un problema personal (de tipo obsesivo compulsivo) del cónyuge, siguieron algunas hipótesis de explicación psicológica general de aquel síntoma y un coherente pacto terapéutico que preveía sesiones de pareja y sesiones con la familia de origen de él.

También en muchos otros casos la definición del problema puede resultar una ambigüedad muy importante que aclarar. También y precisamente porque los

distintos miembros no necesariamente declaran de manera abierta su definición del problema principal. Véase, por ejemplo, el caso clásico de una solicitud para un hijo , cuando en realidad uno de los dos cónyuges piensa que el verdadero paciente al que curar es el otro cónyuge.

Otra típica situación es la de aquellos padres que vienen a la consulta con su hijo, hablando de genéricas dificultades de relación en la familia, mientras que en realidad están preocupados por una patología del hijo que el hijo niega encarnizadamente. Y también aquí es importante llegar a una definición del problema que no sea mistificatoria, sino que intente acoger el estado de sufrimiento del paciente (de costumbre, con problemáticas de violencia o de tipo persecutorio).

Pero pasemos a otro fin de la definición del problema:

1) funcionar como una prueba de realidad que informa a pacientes y familiares sobre las características generales del problema.

Dado un nombre a la “enfermedad” es posible anunciar en líneas generales su pronóstico.. Por ejemplo, para la anorexia restrictiva utilizo los datos de las investigaciones, entre otras la nuestra, sobre el *follow-up* de 143 pacientes (17), para explicar que la anorexia tiende a tener una excelente prognosis, pero también una larga duración (más de 5 años en el 39% de los casos). Si la familia colabora el éxito está casi garantizado, pero es también necesaria mucha paciencia porque a menudo los progresos no son en absoluto inmediatos.

Estimo que es muy importante estar informados sobre las investigaciones existentes de los distintos tipos de problemas, a fin de poder dar las informaciones más realistas posibles (8, p.112), también respecto de los distintos puntos de vista de diferentes orientaciones clínicas.

Esta realimentación definitoria y pronóstica está conectada con el objetivo precedentemente enunciado de probar la adecuación de todos para hacer frente a la problemática en curso. Por último,

3) una clara definición del problema es útil también para nosotros mismos, para preguntarnos si nos sentimos preparados para abordar ese tipo de problema, y en qué condiciones.

Pueden existir tipos de problemas para los que no nos sintamos la primera opción de intervención. Por ejemplo, recientemente se ha puesto en contacto conmigo una

familia con dos chiquillas deficientes mentales, seguidas por los servicios sociales y ayudadas con un apoyo en la inserción escolar. La familia se quejaba de que nadie les hubiera explicado nunca los orígenes del drama y ellos no estaban seguros de si lo que estaban haciendo era efectivamente lo mejor. En este caso me declaré incompetente para responder a su problema y les prometí ayuda para localizar un servicio especializado que pudiera auxiliarlos en sus legítimos interrogantes.

En otros casos nuestra intervención debe estar condicionada a la colaboración en paralelo con otras intervenciones que tienen un carácter de mayor urgencia respecto de la nuestra: éste es, por ejemplo, el caso clásico de una anoréxica gravemente deteriorada o de un drogodependiente que no estén a cargo de ningún médico, o bien de una descompensación psicótica en fase aguda, donde parece indispensable una paralela consulta psiquiátrica.

Muchos pacientes no son tratables en terapia familiar sin un acuerdo de colaboración con los demás especialistas ya involucrados en la cura: véanse, por ejemplo, los drogodependientes a cargo de un SERT o, en cualquier caso, todos los pacientes que ya están en tratamiento individual psiquiátrico o psicoterapéutico.(18).

También tener en cuenta los pacientes que no aceptan su “enfermedad” . Con muchos pacientes psicóticos que han sido en qualche forma “llevados” de los padres acabamos el primer coloquio tomando nota de su no disponibilidad y dejándolos por lo tanto en su casa, para continuar con los padres, en los casos que sea posible (de los cuáles hablaré más adelante).

El contrato de una consulta familiar implica una claridad en el consenso en sus puntos clave: *quien no está de acuerdo no tiene sentido que participe.*

En los casos más exitosos hemos podido verificar como, conquistando la confianza de los padres, llegamos a conquistar también la confianza del hijo paciente (4). Muchos pacientes dentro del área psicótica están implicados desde el inicio en un contrato de consultación familiar, mientras no aceptarían, o no encontrarían ningún beneficio, en un proceso psicoterapéutico individual.

Más difícil es el caso de los adolescentes problemáticos, con problemas escolásticos, antisociales, a menudo pre-toxicodependientes, con problemas relacionales con los padres. Con estos chicos, si milagrosamente consiguen traerlos, resulta difícil seguir la temática básica del sufrimiento del que hemos

hablado. De hecho su actitud de negación del sufrimiento es a menudo extremadamente reactivo.

Un contrato familiar puede en cambio ser tratado sobre temáticas más relacionales, como la total incomunicabilidad y la imposibilidad de confiar en la guía de los padres. Podemos ponernos como mediadores, sin hacer una operación demasiado mistificada, dado que estamos delante de patologías todavía volubles. La misma operación de definir el problema en términos puramente relacionales sería en cambio anti-terapéutica con graves pacientes psicóticos, porque avalaría peligrosamente la negación de un estado límite de desesperación, que tiene urgente necesidad de ser reconocido.

Por qué “etiquetar”

En general, la explicitación de una diagnosis no es en absoluto previsible en la terapia familiar: los terapeutas familiares, siguiendo a Haley (10), tienden a pensar que las diagnosis no sólo son inútiles, sino también perjudiciales. Perjudiciales en tanto que objetivizan dentro del paciente un problema que, en cambio, pensamos que involucra a toda la familia.

No estoy de acuerdo con este planteamiento por su demasiado ingenuo relacionismo radical. En efecto, en todas las series psicopatológicas, más allá de las complejas problemáticas de la etiopatogénesis, no podemos dejar de reconocer la efectiva y presente existencia de una seria dificultad individual, es decir, de formas importantes de déficit o incapacidades personales. Ayudar tanto al paciente como a sus familiares a *reconocer* a la persona del paciente de manera no distorsionada (véase el tema ya tratado de la defensa del sufrimiento) es un objetivo muy importante y prioritario en el proceso de admisión (20).

El objetivo de la autocrítica de padres y hermanos, es decir, el reconocimiento de su involuntaria parte de responsabilidad en la etiología de las dificultades del paciente se debe plantear más adelante en el proceso de la admisión y del tratamiento. ¡Podría a veces ser ingenuo, apresurado o sencillamente estúpido pretender hacerlo todo en un primer coloquio.!

El objetivo de despacientificar o despatologizar al paciente se presenta en el tiempo de la terapia y no es necesariamente la prioridad de la primera sesión. La aplicación demasiado prematura y/o demasiado radical de aquel que Mara Selvini

Palazzoli llamaba el principio de competencia podría ser perjudicial. Y éste es, desde luego, un gran cambio respecto de técnicas terapéuticas como, por ejemplo, las utilizadas por Mara Selvini Palazzoli en los años 80, cuando abría la primera sesión familiar preguntando a una muchacha anoréxica: “¿La anorexia es una huelga de hambre no declarada que has dirigido contra alguien que te ha hecho tragar demasiados sapos? ¿Quién es este alguien? ¿Qué sapos?”(En italiano “tragar demasiados sapos” quiere decir hacer una cosa que no se quiere hacer pero que las circunstancias te obligan a hacer).

El planteamiento actual proyecta una distinta gradación de la colaboración y de la comprensión, en la óptica de proceder paso a paso, fijando una sucesión lógica de objetivos que alcanzar. Todo esto remite al tema decisivo de la construcción de procedimientos o protocolos de la psicoterapia (22,24).

Respecto del uso de la diagnosis, evito solamente usar etiquetas como la de esquizofrenia, que podría resultar demasiado terrorífica tanto para el paciente como para sus familiares.

La visión descrita en este artículo permite reducir el conflicto (explícito o implícito) en la primera conversación con padres firmemente autodefensivos y a la vez críticos con su hijo paciente

Simultáneamente la disponibilidad para una alianza incluso individual con el paciente permite intentar una admisión individual paralela a la familiar.

Por estas dos razones acabamos teniendo menos *drop-out* y, por tanto, seleccionando menos la casuística que llega a la consulta familiar en el equipo. Esto nos permite estar más preparados y más equipados en el momento en que se hace necesario “atacar” los nudos de fondo de la actitud paterna de auto-absolución y hostilidad con el paciente. Estamos más preparados porque sabemos más cosas sobre el paciente y su familia, estamos más equipados porque ya hemos construido una primera alianza con uno o varios miembros de la familia.

Del punto de vista de la teoría clínica, el concepto de reconocimiento del sufrimiento representa una evolución del histórico concepto de la connotación positiva (14). De hecho un objetivo terapéutico no específico pero prioritario es aquel de construir un clima de benevolencia respecto a los pacientes. Con esta finalidad muchos modelos terapéuticos (también de tipo psicoeducativo) utilizan sobretodo el concepto de *enfermedad*. Tal y como hemos visto, en muchos casos

también yo lo encuentro útil (en la fase de la definición del problema), pero solo con asociaciones con una específica explicación psicológica declinada en el lenguaje del sufrimiento psíquico. El puro concepto de enfermedad tiene el riesgo de ser demasiado invalidante para el paciente y pasivo para las capacidades reflexivas de todos los actores en juego. En la tradición sistémica la connotación positiva equivalía a la negación del estado de enfermedad: “el paciente ha escogido libremente de sacrificarse en los intereses de otros familiares”. Una intervención que quería, a menudo con suceso, producir benevolencia hacia el paciente y confianza en sus recursos. Los efectos a medio plazo eran frecuentemente contraproducentes, probablemente por la petición a esfuerzos o arbitrariedad interpretativa, y aún más, porqué negar la enfermedad comportaba el riesgo muy peligroso de negar el sufrimiento mismo (22, p.122).

La conducción del primer coloquio. El paciente es el protagonista

La prioridad en el primer coloquio no es tanto o solamente aquella de consolidar la relación con el solicitante, sino la de buscar una alianza con el paciente. Por tanto, en el caso de que el paciente esté presente el conductor empieza dirigiéndose a él y trata de facilitar la posibilidad de que el paciente mismo pueda describir su problema y formular una más o menos explícita solicitud de ayuda. Naturalmente esto no siempre es posible. A veces, a pesar de las recomendaciones dadas por teléfono, el paciente es hostil, arrastrado y se niega a responder. La conversación proseguirá entonces con los padres y en ocasiones, una vez roto el hielo, en una segunda parte de la conversación se logrará activar también una colaboración con el paciente mismo.

Algunos pacientes (pocos) declaran en seguida que no están dispuestos a hablar delante de sus padres. En estos casos mi sugerencia es que no digan nada que, si bien importante, pudiera ponerlos en una situación embarazosa. Luego habrá un espacio más individual y reservado. Dar prioridad a la relación con el paciente no es en absoluto previsible en la tradición relacional, sea en la óptica de la despatologización o despacientificación, sea en la estructural del respeto/confirmación de las jerarquías. Por ejemplo, Kaslow (11) en su teorización de la primera sesión familiar, aconseja dirigir la palabra al paciente en último

lugar, es decir, después de haber interpelado a todos los demás familiares presentes.

Hemos hablado de las tres fases del primer coloquio (definición, explicación, contrato), En coherencia con la primera fase (definición descriptiva del problema), el primer coloquio empezará por solicitar una descripción del problema. Una descripción guiada y no libre. En efecto, trato de ayudar al paciente a partir de las dificultades presentes y de los aspectos más objetivos y comportamentales. Por ejemplo, para las anoréxicas, su peso, el eventual vómito y la amenorrea. En general, intento tener una descripción actualizada, lo más detallada posible, de los síntomas, aunque no dedico al asunto excesivo tiempo. Partir de los hechos y de su precisa descripción sigue siendo el criterio fundamental (7).

Respecto del objetivo de facilitar la colaboración dentro de la familia, en esta fase del coloquio nos encaminamos a verificar sobre todo la capacidad de los padres de *escuchar* al paciente. Es ya un dato relacional fundamental cuando uno o ambos padres sistemáticamente interrumpen al paciente, hablan en su lugar o incluso polemizan con él. Intervenciones a las que intentaré poner freno delicada y suavemente. Si el paciente está en condiciones de describir su problema, y los padres son capaces de escucharlo, los interpelaré sólo después de unos treinta minutos de conversación, a fin de oír su punto de vista sobre cuanto ha dicho hasta entonces su hijo, con una pregunta del tipo de: “¿Hay algo significativo que quieran añadir o subrayar?”.

Respecto del tercer y cuarto objetivo (conseguir la autoridad del terapeuta y confianza en él) creo que es fundamental el papel directivo de un guía que, no obstante, se sitúe también en una posición de escucha partícipe y relajada. El conductor *está* como profesional, pero también como persona y, por tanto, puede permitirse, por ejemplo, alguna carcajada y alguna broma.

Una técnica de comunicación implícita

Respecto de la elección de los contenidos de la primera media hora de conversación, debo hacer referencia al siguiente objetivo de esta fase del trabajo: *empezar a ayudar a todos a pensar en el problema, suspendiendo o al menos ralentizando durante un momento la “natural” tendencia a ejecutarlo o a reaccionar emocionalmente.*

A este fin, la primera parte de la conversación comienza por la descripción de las dificultades presentes, y en seguida se entrelaza con una descripción de la vida actual del paciente: “¿Qué está haciendo ahora? ¿Qué curso de bachillerato, qué año de universidad, y cómo van las cosas?” (siempre en términos de hechos y descripciones de hechos).

La entrevista avanza al revés, pasando de la clásica pregunta sobre “cuándo se puede fechar el inicio del problema”, indagando paralelamente qué sucedía entonces en la vida del paciente. En la práctica, se trata de ayudar al paciente a *poner en paralelo una cronología del síntoma con una cronología de su vida*. En la cronología de la vida, además de los hechos referentes al rendimiento, se indagan con preguntas directas los acontecimientos en la vida amistosa y sentimental y otros sucesos importantes relativos a la salud física y las relaciones familiares.

Esta doble cronología paralela a menudo sugiere interesantes coincidencias temporales, como en la celeberrima frase de Bowen (1): “Let’s the calendar speak”, “Dejemos hablar al calendario”.

Esta técnica se enlaza muy directamente con el objetivo fundamental de conectar el problema con una crisis personal y un sufrimiento del paciente. En esta fase el objetivo es perseguido con una técnica de comunicación implícita.

Este tipo de intervención es una prueba inmediata del tipo de actitud del paciente y de sus familiares hacia el problema. Con muchos, respecto del objetivo fundamental, nos percatamos en seguida de que estamos gastando pólvora en salvas: ya están en condiciones de conectar el síntoma con algunas vicisitudes personales. Pero a nosotros nos interesa sobre todo sembrar al menos una pequeña duda en los demás, aquellos, por ejemplo, como muchas anoréxicas, que no ven ningún tipo de dificultad en su vida personal pre-morbosa. Otros casos difíciles son aquellos en que el paciente es extremadamente acusador con sus padres o, por el contrario, los padres con el paciente, ¡o incluso todos contra todos! (como en ciertas familias con pacientes en la vertiente *border* e histriónica).

En esta última situación es importante mantenerse firmes en la objetivación del grave sufrimiento psicológico del paciente, a fin de no echar leña al fuego de la escalada conflictiva en curso.

Mi norma férrea es *no hacer* en la primera conversación ninguna pregunta relacional (del tipo de: “Cómo ha sido o cómo es la relación paciente-padre,

aquella entre los padres, etc.”). Estas preguntas se dejan eventualmente para la primera sesión de consulta en equipo. Las observaciones relacionales surgen en gran número de las simples observaciones y de los hechos que son relatados. No hay tiempo para preguntas relacionales, que, además, son peligrosas en el terreno de la culpabilización y de la vergüenza de las que ya he hablado

La comunicación de co-responsabilidad implícita en una convocación familiar y en un coloquio conjunto es muy fuerte y no existe ninguna necesidad de darle más peso ni con declaraciones estereotipadas sobre tensiones familiares, ni con preguntas sobre el estado de la relación. Nos concentramos, en cambio, en nuestro objetivo fundamental: el consenso sobre la presencia de un sufrimiento del paciente y sobre un proyecto de colaboración para entenderlo y por lo tanto ayudarlo.

Debido a este fundamental objetivo, la restitución de una *explicación psicológica* (segunda fase) del problema tiene que ser lo más intrapersonal posible, es decir, referida a la relación que el paciente tiene consigo mismo. Una explicación que, por tanto, capta un solo nivel de la realidad, que es prioritario en esta fase: tratar de “desmontar” la indiferencia, la distancia emocional de los familiares del paciente (y del paciente de su mismo sufrimiento u hostilidad) para hacer ver, en cambio, los síntomas como expresión del sufrimiento y a la vez intento de “tenerlo vigilado”. En esta fase inicial, las explicaciones relacionales corren el riesgo, en cambio, de alimentar espirales de acusación y conflicto.

Por lo que se refiere a las informaciones básicas sobre la familia en la primera conversación nos basta saber la composición de la familia nuclear. No nos interesan las biografías de los padres y hermanos, ni aún menos las historias de las respectivas familias extendidas.

En cambio, tenemos un sexto objetivo, estrechamente conectado con el central: *someter a prueba a los distintos agentes en relación al hecho de enfrentarse al problema ¿son adecuados, dramatizan o banalizan?*

Sus actitudes, sus palabras son la respuesta a esta pregunta.

El paso a la comunicación explícita: la primera explicación psicológica

Después de los primeros 30-60 minutos de una conversación que está previsto que dure 75-120 minutos, deberíamos haber obtenido una *clara definición y descripción del problema*. Hemos trabajado para eso, hemos pedido toda una serie

de aclaraciones, hemos interpelado a todos los presentes. Entonces debemos estar en condiciones de pasar a la segunda fase de nuestra escaleta: *Dar una explicación psicológica general del problema, con algunas sencillas referencias a su caso*

Una primera explicación del síntoma como defensa del sufrimiento de un estado de crisis personal es el primer y fundamental paso de un proceso de admisión. En el primer coloquio se tendrá que explicar en qué consiste aquel síntoma. Por ejemplo, en la anorexia se hablará de un sentimiento de inadecuación (17, pp.107-108) que encuentra confrontación en el sentimiento de poder sobre ella misma y sobre los otros inducido por el mismo síntoma. En cambio en el caso de una psicosis paranoide alucinatoria se podrá hablar de la imposibilidad para el ser humano de soportar un aislamiento comunicativo y afectivo, del cual la necesidad de “inventar” interlocutores que devuelvan un sentimiento de centralidad y de importancia, vital para la supervivencia psíquica de quien ha llegado en aquel punto de sufrimiento extremo. En las depresiones se podrá hablar de un síntoma que exprime la incapacidad de adaptarse a los eventos que han producido un sentimiento de impotencia. (22)

Este es por lo tanto el “jugo” de este artículo, la propuesta de un procedimiento de admisión que privilegie un objetivo fundamental: el reconocimiento del sufrimiento del paciente, como etapa preparatoria esencial a un más específico proceso de cambio a través de la psicoterapia.

La explicación psicológica del problema es un test directo y transparente de la capacidad de los diversos actores de sintonizarse en el estado de malestar del paciente.

Esto es muy importante para construir la autoridad del conductor y la confianza en él. Tal y como decía, un primer coloquio no puede ser una simple recogida de información: nuestros pacientes esperan de recibir una primera restitución y es justo que así sea. Como subrayan Ghezzi y otros colegas (9) la restitución es útil en cuanto más contenga algo de nuevo y inesperado para el paciente y para la familia. Varios autores de diversa orientación destacan la necesidad de la reciprocidad del cambio en el primer coloquio (23, pp.32-33).

La explicación psicológica es una primera restitución sobre la vertiente del pensamiento. En muchos casos es contextualmente y coherentemente necesario dar también simples consejos comportamentales. Del tipo “dejar de controlar o insistir

sobre la comida, asunto de vuestra hija anoréxica”, “ estar cerca de vuestro hijo en fase de descompensación paranoide, hacedlo hablar, no criticarlo, no hacerle callar, no reírse de el, escucharlo, entenderlo, que se sienta protegido”.

Una parte del primer coloquio se basa, por tanto, en las reacciones y comentarios de todos a la explicación psicológica proporcionada por el conductor. El conductor mismo puede contrarreactar proporcionando algunas explicaciones suplementarias.

Una importante variante es la de cuando los usuarios mismos definen el problema en términos psicológicos, no en terminos comportamentales y descriptivos (como anorexia, drogodependencia, psicosis maníaco-depresiva, etc.,) sino ya como sufrimiento o malestar de la persona. No siendo necesario, por tanto, el paso de la definición de enfermedad a la explicación psicológica, entonces puede ser útil dar un paso adelante y pedir a todos los presentes su explicación de las causas del problema psicológico detectado por ellos. Esta pregunta permite activar a todos en una reflexión sobre los orígenes del problema, que es una verdadera prueba general del trabajo de psicoterapia que estamos proyectando. El papel del conductor, en reacción a las distintas respuestas, se transforma en el de dar un *feedback* de confirmación o de perplejidad a sus espontáneas elaboraciones.

Esta parte de la sesión servirá, por tanto, como una especie de demostración de cuál podrá ser el trabajo que hacer durante la consulta propiamente dicha.

Las preguntas sobre las causas del problema (o sobre las causas de su persistencia en el tiempo) pueden ser útiles con cualquier familia, en especial cuando la primera parte de la conversación no ha proporcionado unas respuestas sobre sus “teorías de la enfermedad”. Además de su interés en sí, esta pregunta se presta perfectamente a ser dirigida a todos los presentes favoreciendo la activa participación de cada uno y permitiendo una inmediata confrontación sobre su actitud hacia el paciente y hacia la terapia.

Dentro de los objetivos de este artículo, no puede estar el de producir un catalogo de todas las explicaciones psicológicas preliminares posibles. He indicado ya las explicaciones “estándar” para la anorexia, la psicosis paranoide y la depresión. Para un disturbo bipolar se puede hablar de la maniacalidad como un desesperado tentativo de reaccionar a una grave depresión suicida, para la enuresis de un estado diurno de fuerte tensión y hipercontrol que puede disminuir solo durante la

noche, para la toxicoddependencia del tentativo auto-terapéutico de un grave estado de ansia o de depresión, para una fobia de la concretización de un estado ansioso global.

Propongo un breve y simple ejemplo de como una conducción similar del primer coloquio puede ser útil para “conquistar” una paciente muy ambivalente sobre el querer y no querer un ayuda psicoterapéutico.

Sara, 17 años, 39 quilos, anoréxica desde hace dos años. Varios interventos terapéuticos fallidos. En los primeros momentos del primer coloquio se declara contraria a la terapia familiar, porque teme que sea demasiado pesada para sus padres. Reconstruyendo el desarrollo del síntoma, descubro que ha tenido dos crisis, una hace dos años y otra más recientemente. A la pregunta directa sobre cuales dificultades personales estaba viviendo hace dos años, Sara responde secamente “todo bien”: notas excelentes, muchos amigos, una pareja...

La evidencia del problema me hace pasar directamente a la explicación psicológica de la anorexia. La pregunta explícita viene así : “Porqué Sara se ha sentido y sigue sintiendo inadecuada?”. La madre empieza a explicar que la primera pareja de Sara ha entrado en escena un mes después del inicio de la primera dieta de hace dos años. Sara explica que era muy celoso, quería que abandonara todas sus amigas. Descubro que al cabo de pocos meses dejaron la relación y el peso volvió a 45 quilos. En este punto, como queriendo hacer broma, dice “Y sabe cuando he vuelto a empezar una relación con otro chico? Hace cuatro meses” (poco antes de la segunda caída).

A este punto, siempre con un tono explicativo psicopedagógico, puedo explicar que una excesiva condescendencia es un clásico tema de sentirse inadecuadas, que hace sufrir tantas chicas anoréxicas: parece realmente que Sara no pueda nunca seguir sus deseos y sus ideas, porque no puede molestar sus padres (tal y como explica en terapia) o porque no puede absolutamente descontentar los chicos con los cuales inicia una relación.

Esta explicación psicológica deja a todos impresionados: una primera motivación a la terapia familiar la hemos construido juntos.

La propuesta de pacto de consulta

Cuando las fases de la definición y de las explicaciones produzcan un consenso y una buena implicación cognitiva y emocional de los usuarios, estaremos en condiciones de concluir la primera conversación con la propuesta de un esbozo de *pacto de consulta*. Entonces diré que veo la indicación para una consulta familiar.

La propuesta de consulta familiar, o de consulta individual, familiar-individual en paralelo, etc., debe ser coherente con las explicaciones psicológicas precedentemente proporcionadas, pero también basarse en las explícitas expectativas y exigencias de todos, tal como debe fundarse en la reseña de las precedentes tentativas de intervención, indagación que es siempre buena norma efectuar, aunque rápidamente, en una primera conversación preliminar. Por ejemplo, una consulta familiar resultará con mayor razón indicada si hasta entonces han fracasado todos los intentos de tipo individual. Por el contrario, es mucho más dudosa si una anterior terapia familiar no ha dado resultados.

La consulta familiar servirá para continuar y profundizar un trabajo que en la primera conversación sólo ha sido “rozado”:

- a) comprender los orígenes de las dificultades del paciente gracias a los testimonios y a la colaboración de todos los miembros de la familia.
- b) buscar soluciones que favorezcan un cambio positivo. Es útil anticipar, si ya estamos en condiciones de hacerlo, que la consulta no será única y exclusivamente familiar, sino que también se basará en encuentros individuales en paralelo con el paciente, o bien en sesiones separadas con los padres y con la fratría.

Explico que antes de la consulta familiar propiamente dicha es necesario un segundo encuentro preliminar con toda la familia nuclear para recoger los datos referentes a la historia de los padres y de los hermanos.

Indico en unas 3-4 sesiones de periodicidad mensual la duración previsible de la consulta. Explico qué costes están previstos y nuestras modalidades de trabajo en equipo.

Para suministrar todas estas complejas informaciones me ayudo con un folleto informativo que damos a todos presentes al inicio de la primera conversación. En este desplegable se explica quiénes somos, qué hemos hecho, cómo funcionan las consultas en nuestro Centro, el espejo unidireccional, el uso de

la grabación en vídeo, la colaboración con nuestra Escuela de Psicoterapia, etc. A diferencia de cuanto se hacía en el pasado, (15) se remarca que la consulta familiar sólo es posible en paralelo con otras intervenciones de tipo psicoterapéutico individual o psiquiátrico-farmacológico. La única condición es el consenso de los colegas en la consulta familiar y su disponibilidad a los contactos de colaboración con nosotros.(18).

De este modo concluimos las tres fases del primer coloquio: definición, explicación y pacto. Estamos listos para la segunda conversación preliminar que se basará en una amplia recogida de informaciones. También para esta segunda conversación, y con mayor razón, es suficiente la presencia de un solo conductor.

El paso del primer al segundo encuentro preliminar

Como hemos dicho, el primer coloquio preliminar prevé uno de los siguientes formatos: 1) paciente más padres (el más frecuente y más favorable); 2) padres solos (si el paciente es reacio); 3) paciente solo (un adulto que toma contacto personalmente después de la petición del familiar).

Otros formatos son decididamente raros y, por tanto, no vale la pena enumerarlos.

En líneas generales, el segundo coloquio se realiza con la presencia de toda la familia nuclear, por lo que la técnica prevé que el conductor se dirija a los ausentes en el primer coloquio(normalmente los otros hijos), sintetizándoles las tres fases de la primera conversación: definición del problema, explicación psicológica y contrato.

En este punto, objetivos y escaleta en el segundo coloquio preliminar no difieren de aquellos de la segunda parte de la primera conversación. Se trata de verificar el consenso de todos sobre las definiciones que se han dado y se trata de escuchar cuanto quieran proponernos como confirmación, desmentido o complemento de lo que hemos afirmado.

Hecho esto, se pasa a la recogida de datos, según la siguiente escaleta.

Comienzo por la biografía de un padre pidiendo, además de los datos del registro civil, un breve resumen de sus estudios, profesión y salud. Una brevísima indagación afecta a la fecha de la boda y la duración del “noviazgo”. La misma biografía del otro padre, basada, por tanto, en los hechos, pero con

algún breve *flash* sobre sus vivencias (por ejemplo, una valoración de las satisfacciones/insatisfacciones laborales).

Luego paso a las biografías de los hijos pidiendo a los padres una breve síntesis sobre qué tipo de niño ha sido cada hijo y al mismo hijo algunas palabras sobre sus recuerdos, en especial extrafamiliares, de la infancia y la adolescencia (cómo se ha sentido en las distintas escuelas, cómo han ido sus amistades). Por último, la conversación concluye con las familias de origen de ambos padres. Partiendo de su composición, de las fechas de nacimiento y eventualmente de muerte de los padres (abuelos), de su profesión, para llegar al fin a un breve relato sobre “¿qué recuerdo tiene del clima de su familia cuando era niño o adolescente?”, “¿cómo describiría la relación con su padre, con qué adjetivos?”. Y repitiendo luego la misma pregunta respecto de la madre.

Estas preguntas están inspiradas en el “five minutes speech” experimentado en las investigaciones sobre el tipo de apego de los adultos (2, 24 p. 37).

En efecto, esta técnica permite obtener informaciones diagnósticas en los tiempos necesariamente muy reducidos de una recogida de informaciones, a menudo con la ventaja de corregir el clima emocional de esta parte de la sesión preliminar, que puede correr el riesgo de ser excesivamente fría y burocrática.

Es muy útil hacer esta recogida de datos con toda la familia nuclear: muchas veces los hijos descubren eventos importantes en la vida de sus padres y de sus familias y esto implica importantes movimientos cognitivos y emotivos.

El coloquio se concluye fijando el próximo encuentro de consultación en equipo, en la cual el cambio de contexto está marcado por la presentación y la presencia del equipo y del ingreso de un nuevo terapeuta que, dos veces sobre tres, me sustituye a mi que había jugado hasta el momento el rol de único conductor.

Conclusiones

En nuestro modelo actual, una psicoterapia consta por lo tanto de tres fases diferentes:

- 1) Contactos y coloquios iniciales;
- 2) Consultación familiar y individual;
- 3) Psicoterapia propiamente dicha.

En este modelo la supervisión directa en equipo es inútil en la primera fase, fundamental en la segunda, la de la consultación, importante (pero no indispensable sesión por sesión) en la tercera fase, aquella de la terapia. No utilizar el equipo en todas las sesiones es muy útil también para reducir los costes de la psicoterapia relacional.

El primer coloquio con un paciente no solicitante es difícil, exige una flexible y elaborada dosificación de muchos elementos: escucha, autoridad, colaboración, información, inteligencia en las preguntas, sorpresa, empatía, paciencia, capacidad de reenviar interventos presurosos que miran inmediatamente al cambio, renuncia a hacer conexiones tal vez acertadas pero prematuras, en fin, humildad...

. Por todo esto no podemos basarnos sólo en la intuición o en las cualidades innatas del terapeuta, sino que podemos tratar de construir unos procedimientos, como los que hemos presentado en este artículo, es decir, unas sucesiones de fases y objetivos que alcanzar, que nos ayuden a minimizar los errores, incluso cuando nos cueste estar en sintonía con esas nuevas personas a las que acabamos de conocer.

RESUMEN

En este artículo Matteo Selvini examina la aproximación relacional en los primeros encuentros con una solicitud de ayuda de los padres para una patología individual de un hijo (cuando el solicitante no es el paciente).

¿Cómo pasar del primer contacto al primer coloquio? ¿Cuáles son los objetivos de la primera conversación y cómo favorecer el subsiguiente transcurso de consulta y psicoterapia?

La acogida de la solicitud está orientada a construir una alianza con el paciente basada en el reconocimiento de su sufrimiento. Se redimensiona el clásico planteamiento intervencionista de abogar por un cambio inmediato, para ir hacia un modelo de psicoterapia como “procedimiento” que pase por distintas fases, cada una con sus objetivos, y no como serie de “sesiones únicas” con las que se pretende resolver el problema.

SUMMARY

In this paper Matteo Selvini discusses the relational approach in the first meetings after a request for help made by parents for the individual pathology of a child (when who requests is not the patient). How to pass from the first contact to the initial session? What are the targets for the first session and how to facilitate the ensuing process of consultation and therapy? To welcome a request aims at building an alliance with the patient based on the recognition of his/her suffering. The classical interventionist approach aimed at immediate change has been redimensioned in favour of a model of psychotherapy as a procedure (protocol) with progressive phases, each phase with specific goals, i.e. a different model from that of a series of «single sessions» designed to solve the problem.

AÑADIR BIBLIOGRAFÍA

”.