

En Ceverino Domínguez, A. (Coord.), *Salud mental y terapia grupal*. Madrid (España): Grupo 5.

Psicoanálisis multifamiliar: una experiencia formativa grupal.

Arroyo Guillamón, R., Fernández-Mayoralas Rubio, V., Reguera Nieto, E. y Martínez Pérez, C.

Cita:

Arroyo Guillamón, R., Fernández-Mayoralas Rubio, V., Reguera Nieto, E. y Martínez Pérez, C. (2014). *Psicoanálisis multifamiliar: una experiencia formativa grupal*. En Ceverino Domínguez, A. (Coord.) *Salud mental y terapia grupal*. Madrid (España): Grupo 5.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/rafael.arroyo.guillamon/6>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pnrs/WMu>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Psicoanálisis multifamiliar: una experiencia formativa grupal

Rafael Arroyo Guillamón*, médico psiquiatra.

Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid).

Virginia Fernández-Mayoralas Rubio*, psicóloga clínica.

Centro de Salud Mental de Barajas (Madrid).

Eduardo Reguera Nieto*, médico psiquiatra.

Práctica privada (Madrid).

Cristina Martínez Pérez*, psicóloga clínica.

Centro de Salud Mental de Molina de Segura (Murcia).

*Miembros del Centro Psicoanalítico de Madrid

Introducción

En los últimos años está aumentando la creación de grupos multifamiliares para atender a las personas con trastorno mental grave y sus familias. Desde las primeras experiencias de este tipo, llevadas a cabo por Badaracco durante los años sesenta en Argentina, el incremento de estos grupos y sus buenos resultados están contribuyendo a su consolidación. De forma paralela se ha ido perfilando el armazón teórico de este modelo, el psicoanálisis multifamiliar, que aporta nuevas formas de entender y trabajar las complejas dinámicas de estos pacientes, con los que la psiquiatría y el psicoanálisis “clásico” encontraron grandes limitaciones.

Pretendemos contribuir a la difusión de estos grupos que, aunque crecen en nuestro país, lo hacen tímidamente y aún resultan desconocidos para muchos profesionales de salud mental. El presente artículo recoge buena parte de las experiencias que vivimos durante nuestra formación en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires, donde participamos en diversos grupos multifamiliares coordinados por el profesor Badaracco y sus colaboradores. Desde la vivencia de quienes integran estos grupos (personas en formación, pacientes y terapeutas) trataremos de esbozar las líneas principales de este modelo y sus diferencias respecto a otros enfoques.

La familia y su influencia

Desde sus inicios como médico Jorge García Badaracco, psiquiatra y psicoanalista argentino, perteneció a un activo grupo de clínicos que investigaron la influencia entre ambiente familiar y enfermedad mental grave. Se conocía que muchos de los progenitores de los pacientes arrastraban dificultades irresueltas desde su infancia, que con frecuencia les llevaban a establecer vínculos de pareja patológicos. Más tarde, reactivadas esas angustias con la crianza de sus hijos, solían adoptar actitudes de pasividad e indiferencia o se simbiotizaban con ellos mediante relaciones de sobreprotección, agresividad, dominancia e inseguridad.

Trabajando durante años con las familias de sus pacientes Badaracco contribuyó a complejizar el problema, trasladando lo patógeno de la influencia de los padres a la estructura familiar en su conjunto. Observó en estas familias formas de relación basadas en las necesidades patológicas de sus miembros, generándose una compleja trama de interdependencias fruto de vivencias traumáticas acumuladas durante años. Padres e hijos se trataban omnipotentemente como partes de sí mismos, depositando sus partes indeseables y dolorosas en el otro. Aparecían vínculos erotizados y actitudes posesivas. Inconscientemente se fomentaba ser indispensable para el otro, en un trato que encerraba grandes dosis de inmadurez y resentimiento. El crecimiento de los hijos, habitualmente los miembros más frágiles, se realizaba entonces condicionado por este “ser para el otro”, no pudiendo adquirir recursos genuinos ni desarrollar su verdadera espontaneidad. Sucumbían a la presión externa, tanto que no le era posible una separación nítida entre el yo y los objetos depositados, que Badaracco (1989) denominó *enloquecedores*, ni el establecimiento de una identidad propia. La tensión generada en esa trama patológica de dependencias mutuas era proyectada en el miembro más débil, que sobrepasado se hacía cargo del papel de enfermo, sacrificándose para mantener unido el sistema familiar. Cualquier intento de independencia por su parte ponía en evidencia fuertes sentimientos de agresión, envidia y dolor. La crisis representaba el único intento de ruptura de esta situación para conseguir la individuación.

Las observaciones de Badaracco corroboraban el papel central de las relaciones de tipo edípico y narcisista en la génesis de la enfermedad. También las frecuentes regresiones y el aferramiento a la enfermedad que solía despertar el tratamiento, la freudiana reacción terapéutica negativa. No obstante no los consideraba resultado de conflictos

meramente intrapsíquicos, reinterpretándolos novedosamente como una patología vincular.

Hacia los años sesenta Badaracco tenía cada vez más presentes las limitaciones del psicoanálisis individual para los pacientes graves. Casi instintivamente comenzó a atenderlos en grupo, observando fenómenos y formas de relación muy difíciles de percibir desde el formato clásico de psicoterapia bipersonal. Con el tiempo incluyó en estos grupos a los familiares y personas interesadas en el paciente, constituyendo el germen de lo que años después se convertiría en un modelo de atención pluridimensional y de alta complejidad: el *grupo multifamiliar*.

En las décadas posteriores, debido a sus buenos resultados, proliferaron los discípulos de Badaracco que crearon más grupos de este tipo en Buenos Aires y en el resto del país. Con los años se suscitó un interés creciente fuera de Argentina, a donde cada vez más terapeutas foráneos acudían a aprender. Todo ello llevó a la creación del *Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar* para la enseñanza de esta potente modalidad de atención.

El pasante: una enseñanza “familiar”

Quienes hemos tenido la suerte de participar en estos grupos (*las multis*, como son denominados allí) y ver trabajar a Badaracco y su equipo, pronto comprobamos la importancia del clima que envuelve el trabajo desde este modelo y las diferencias respecto a lo que estábamos acostumbrados en España. La persona que acude a aprender al instituto, el *pasante*, desde su llegada es recibida con un cuidado y amabilidad realmente familiares. Se le sumerge en una maraña de relaciones con otros pasantes y terapeutas que participan en las multis, repartidas por Buenos Aires en diferentes instituciones (hospitales públicos, clínicas privadas, centros educativos...). El aprendizaje siempre es grupal y se hace desde el primer día participando en las multis, en los *ateneos* (discusiones entre profesionales tras los grupos, a veces con los pacientes presentes) o bien en seminarios de formación donde se trabajan textos o se visualizan videos de sesiones. En las reuniones entre profesionales, tal y como observaríamos en los grupos con pacientes, es central el respeto a ultranza de la palabra de quien habla, independientemente de su edad o experiencia; entendiendo que lo hace desde su vivencia particular, desde lo que ha resonado en su interior aquello que escuchaba. Las discusiones versan menos sobre etiquetas diagnósticas o medicaciones. Tanto que al final de la pasantía uno apenas podía recordar que se hubieran nombrado palabras como

“esquizofrenia”, “psicosis” o “depresión”, que ahora entendemos como de uso indiscriminado en España. Términos que, usados en exceso, alivian el miedo a identificarse con el paciente, pero también encierran prejuicios y entorpecen la capacidad de pensar lo que le ocurre a la persona de forma creativa y no cronificante.

Coinciden pasantes que acaban de llegar con otros que lo hicieron hace meses. Los primeros arrastrando aún, por la tranquilidad que aporta lo conocido en situaciones de incertidumbre, la manera habitual en España: las clasificaciones, las comparaciones entre los sistemas de salud, la distancia frente al paciente, las “soluciones rápidas”... y cierto desconcierto e incomodidad frente a la emocionalidad en el trato de los lugareños, colegas y pacientes. Sin embargo en los pasantes “veteranos” se ha instaurado un clima de ilusión e incluso abnegación al modelo multifamiliar, que los ha llevado a eliminar diferencias con los designados como pacientes. Ahora comparten más tiempo con ellos fuera de los espacios terapéuticos, incluso miran con cierta compasión a los compañeros recién llegados que proponen como indispensable ajustar la medicación. Maravillados con la distinta mirada al paciente mental y sus buenos resultados para tan escasos medios, fantasean con trasladar esa mentalidad a España, aún ajenos a las dificultades que tantos años de instauración de nuestro “modelo médico” pondrán para ello.

El contexto de intensa convivencia entre personas que acuden a otro país a aprender, y que comparten juntos gran parte del día, en horas de formación, viajes y actividades de ocio, sumerge de lleno al pasante en una variedad de movimientos emocionales que remedan la dinámica de cualquier familia. Casi inevitablemente el alumno se adhiere a uno u otro subgrupo, protagoniza momentos de rivalidad, escisión y otros de pertenencia e identificación grupal. Se establecen filias y fobias respecto a pacientes y familiares, y también frente a las instituciones y terapeutas que integran el instituto. De éstos uno captará diferentes modos relacionarse, su particular manera de trabajar; conocerá la historia de sus desavenencias y coaliciones e incluso detalles de su vida personal. Todo ello en un clima global de respeto y admiración por la figura paternal que representaba García Badaracco y la manera cálida y empatizante de trabajar con los pacientes y sus familias.

El paciente en el grupo multifamiliar

Todo siempre es diferente. También el grupo multifamiliar y esa es la primera impresión que recibe el que lo visita. Habitualmente las visitas terminan en participación, y por tanto las impresiones pasan enseguida a ser vivencias, en cuanto

uno sin saber cómo ya ha tomado la palabra. El grupo multifamiliar tiene un ambiente amable y colaborador que lo impregna todo, y en un par de sesiones es capaz de vencer los prejuicios del visitante, que aunque cree que se acercó con la mente abierta, seguramente tenía la convicción de no revelar intimidades que acabará compartiendo con los demás. Porque más allá de las palabras, aquí la escucha, el recogimiento y el no enjuiciamiento es como en ningún otro sitio una realidad.

El grupo es grande y se reúne, normalmente en círculo, en una sala vacía. No hay sillas presidenciales, ni orden del día; alguien saluda para abrir la conversación y quizás ordenará el turno de palabra para facilitar la discusión, normalmente es algún terapeuta. Para el recién llegado, quién es paciente, quién familiar y quién profesional puede ser un misterio que nunca llegue a resolver del todo. Todos están invitados, todo el que quiera participar es bienvenido, y algunos de los pocos límites son el tiempo y el respeto. La tarea del grupo no está escrita, existe en la mente de los que ya la han experimentado y se desarrolla con espontaneidad, de modo que toda la consigna que se puede recibir es “hablá de vos”. Después uno va entendiendo que puede hablar de sí mismo o desde sí mismo, en cualquier caso en primera persona y nombrando los recuerdos o los sentimientos que se despiertan al hilo del tema, como un ladrillo más de lo que entre todos se está construyendo durante la sesión. El foco cambia de orientación; si en la vida cotidiana miramos y puntuamos lo de afuera, aquí uno llega y gira la visión hacia adentro, se encuentra con su propia historia y su propio sentir con honestidad, aceptación e intensidad. Si esto resultara doloroso está en el lugar indicado, la experiencia de los otros va a ayudarlo a tramitarlo mejor.

La escucha se da en todas direcciones, la primera la de la propia voz. Como en ningún otro lugar uno tiene la oportunidad de sacar su ropa vieja y volvérsela a probar, compartiendo con el grupo las sensaciones de su piel. Se abre así un espacio personal de reconocimiento de sí mismo, una cirugía valiente e inexperta que descubre los laberintos que uno conoce pero teme dentro de sí. Y todo eso puede ser en voz alta porque existe un clima especial que le permite confiar, un clima de seguridad en el que se siente bien sujeto y arropado. El grupo puede ser crítico pero no es un juez, expresa emociones pero no hiere con ellas, utiliza las palabras pero no se esconde detrás. Después de mi experiencia la experiencia de otro va a emerger, y los dos vamos a saber que hemos estado, a pesar de las diferencias que nos separan, en el mismo exacto punto del universo, y desde ahí ya no se está solo. Si desaparece el individuo contra el individuo, y se vive en la piel de los demás, estamos definitivamente en un sitio distinto

con un clima cálido que nos permite ser quien de verdad somos. Esa posibilidad es la posibilidad de los grupos multifamiliares con su sentimiento grupal inigualable. Esto es el “aquí me he sentido bien y voy a volver” de todo visitante que rápidamente se desarma y participa. Porque en verdad todos escuchamos voces adentro, todos necesitamos una tregua de vez en cuando, todos vivimos frenados por muchos recuerdos intocables, en todos se aloja algún fantasma. Después de unas sesiones se obtiene el convencimiento de que a uno lo van a escuchar, lo van a esperar, lo van a comprender y lo van a contener. Este es el clima grupal.

La mente individual es muy limitada, y está empobrecida si no se amplía con la experiencia y el saber de otras mentes. De esta forma el grupo se articula para construir de a pocos una realidad más completa. El grupo representa la oportunidad de aprender de manera vivencial de las experiencias de los demás. Entender la condición mental de los otros es un ejercicio que nos abre hacia afuera, y esa es la segunda escucha necesaria.

Lo que sucede en el grupo es siempre fruto de la espontaneidad. Asistimos a escenas de la vida real en un contexto de seguridad que permite poder pensar entre todas cosas rutinarias que no se pueden pensar solo. Todos los participantes observan con cautela lo que surge en el punto de encuentro de las historias, sin artificios, sin atrapar el relato y conducirlo, sin consolar ni taponar, sin adornar diciendo por decir. El recién llegado no está puesto en antecedentes y sin embargo puede entender al otro, la historia de una persona a veces está tan condensada en un momento, que intuitivamente se puede trabajar sin haberla conocido, dada la sensibilidad y la profundidad de escucha que se desarrolla en el grupo, aún a pesar de su increíble heterogeneidad. En este contexto también el terapeuta está participando desde su experiencia, su actitud clínica es la de establecer con el enfermo una relación con otro que es semejante en potencia, de persona a persona. Todos vivimos situaciones de dependencia, todos albergamos algún sufrimiento que es el representante de la locura. La tarea que ronda en grupo es a menudo la de normalizar, ver lo cotidiano en lo etiquetado de enfermo, buscando lo que a todos nos pasa de lo que le pasa a uno, mientras se teje una red compartida de ayuda y protección. Y esto fluye en un medio de confianza, unos creen en otros y en su capacidad para cambiar, lo que proporciona un espacio de crecimiento y desarrollo para todos por igual. El terapeuta seguramente se sorprenderá al comprobar que sus miedos también se van resolviendo, que la tarea curativa también se mueve en él. Creer para ver.

El clima emocional es lo que va enlazando las conversaciones y dando sentido a la sesión. Cualquiera puede ir poniendo palabras al entramado, sea terapeuta o no, puesto que todos van especializándose en ayudarse a sí mismos y a otros. Y en este ambiente, las interpretaciones serán rechazadas de forma natural por los participantes del grupo, puesto que nadie ocupa el lugar del saber, nadie ejerce el conocimiento por encima de los demás, y por tanto no puede nunca saber lo que siente el otro. La teorización y la interpretación se convierten en un sin sentido que cierra las posibilidades de seguir pensando, si no se acompaña de un sentimiento particular y un pedazo de experiencia propia, que será seguramente demandado por el grupo. Así es como el grupo multifamiliar seduce al visitante y lo atrapa en su diálogo sanador.

La participación familiar es una de las esencias del modelo. La idea original es que una familia puede entenderse viendo el funcionamiento de otra, como un átomo viendo a otro que se comporta. Un paciente grave está siempre referido a otro, eso no le deja separarse de él ni ocuparse de sí mismo, por lo que venir acompañado y sentir que a sus otros también se los cuida en el grupo puede resultarle muy tranquilizador, y facilitar su propio proceso terapéutico y, por supuesto, el de aquellos que vienen con él y también tienen sus propios padeceres. Y en definitiva el puzzle está completo si se ponen a trabajar las emociones del sistema completo. Algunas familias todavía no están preparadas para mirarse, para preguntarse, y no vienen. Pero están presentes también, y se las incluye en el diálogo común cuando indirectamente se dejan ver, puesto que las figuras importantes para uno se han transformado en personajes interiorizados que vienen con él, están aunque no vengan y a veces hablan en las palabras de los asistentes. De manera que en los grupos se ponen en relación unos conjuntos con otros conjuntos, haciéndose cada intervención todo lo compleja que la podamos ver. Con el objetivo de individualizarse, entenderse en la relación como seres separados, librados de interdependencias que son enfermas y viéndose como distintos. Al grupo uno llega como una madeja enredada, tiene que deshacer el nudo, y volverse a ordenar sin interferencias. O eso se pretende.

Todos son rescatados por el gran grupo, los que vienen y los que no, los etiquetados y los que no, los que se sienten bien y los que no. Cada uno actúa su propia trama, trae su vivencia, es espectador de otras, participa en el proceso grupal de pensar, de sentir, de conectar, y va tomando prestados los recursos de otros mientras desarrolla los suyos propios. Todo esto, que no es poco, bajo el manto del respeto mutuo.

Hablar siempre de otra persona como si estuviera presente es una de las vías del respeto que se ejerce en los grupos multifamiliares. Teniendo en cuenta que lo que cada uno siente es importante, no es cuestionable y siempre ha de ser reconocido, especialmente para que esa persona pueda superar la fase de su queja. De nada sirve pelearse por tener la razón, y es una de las cosas básicas rechazadas por el hacer del grupo. Tampoco sirven los enfados, ni suponer que alguien tendrá mala intención conmigo: si el otro no es bondadoso no es porque no quiera serlo, la perspectiva es que quizás no pueda. Y si nos enojamos con él no le damos la oportunidad de que un día sí pueda serlo. Estamos de nuevo en el creer para ver, y en la visión de que cada uno disponga, o todavía no, de recursos sanos. Perfectamente se podría colgar en la puerta de la sala el cartel de “Cuidado Obras”, pues dentro hay muchas personas en construcción. El grupo es un lugar creativo de análisis y de reconstrucción, donde se abren nuevos caminos y se comparten de forma generosa las herramientas para ello.

El grupo es tan potente que es capaz de hacerse cargo de individuos muy lastimados. De personas que, por su experiencia personal, han llegado a una profunda convicción de que nada ni nadie puede salvarlos, y que no están dispuestos a ilusionarse. Que se sienten profundamente culpables o despreciables, que se aíslan y terminan siendo destructivos y muy enfermos. El grupo tiene capacidad de recogerlos, escucharlos y contenerlos, si es que ellos tienen algo que decir. Y si no, se respeta su silencio y se acepta su posición observadora como parte de su curación. No se trata de hacerle entender, como un enloquecedor más, sino de que por sí mismo vaya entendiendo, aceptando que el síntoma es lo último que se abandona. Vivir los escenarios que nos enfermaron con aquellos que también los vivieron con nosotros, desde otra perspectiva, es lo que nos ayuda a curarnos, y por eso el clima emocional es el vehículo del proceso grupal.

El terapeuta multifamiliar

¿Qué hace un terapeuta multifamiliar? Desde nuestra experiencia, desde lo que hemos visto, oído, leído y vivido, las funciones e intervenciones principales del terapeuta en un grupo multifamiliar quizá podríamos agruparlas en tres bloques: facilitar la conversación, el discurso; identificar emergentes que interesen al grupo y por último “pasar a la acción”. Aunque todas se entremezclan a lo largo de cada sesión, para un buen desarrollo del grupo es importante ir identificando en qué momento justo poner en práctica cada una para aprovechar al máximo lo que en los discursos va apareciendo.

Facilitar, generar conversación

Se podría decir que uno de los factores terapéuticos del grupo multifamiliar es la posibilidad que brinda el encuentro con otros de poder pensar y hablar acerca de cosas que en muchas ocasiones uno no ha pensado; bien porque no se ha atrevido a hacerlo solo, porque no ha encontrado lugar para ello, o no se lo han permitido... Así, una de las funciones más importantes del terapeuta multifamiliar es la de facilitar la expresión de lo que uno quiere contar. Para conseguir esto el terapeuta a veces tendrá que hacer intervenciones encaminadas a transmitir la necesidad de respeto por lo que dice el otro, por lo que siente, haciéndolo incluso explícitamente; o dejando claro que los consejos que aparecen de forma tan habitual en grupos de personas como reacción ante el relato de un malestar, no funcionan, y que son una forma de imposición sobre otros de lo que a uno le vale. Se hará especial hincapié en que cada uno debe hablar de lo que siente, de lo que piensa desde uno. Otras veces será necesario que el terapeuta intervenga, sin su palabra, con el espacio (cambiándose de sitio o invitando a alguien a que se mueva de un lugar) para facilitar el discurso de alguien aplastado por el de otros, permitiendo así que aparezcan elementos escondidos, nunca expresados, que favorezcan que una persona pueda ser comprendida por sus familiares, los demás miembros del grupo o incluso por sí misma. Este “dar permiso” también incluye por supuesto a los familiares, que muchas veces acuden al grupo con la idea (equivocada) de que allí van a hablar de los enfermos y que ellos no tienen nada que comunicar de sí mismos; en ellos todo es salud. A veces cuando los familiares pueden hablar de sí mismos, el paciente designado se puede relajar y empezar a hablar de lo que le pasa de forma más despreocupada y libre porque ve que ya hay alguien (el grupo) que se está ocupando de su familiar. Y por supuesto que también aparece un alivio y efecto terapéutico en los familiares.

En ocasiones se hace necesario proteger a algunos participantes de sus propias intervenciones. Y es que ciertos discursos están cargados de una emoción tal que se correría el peligro de una retraumatización o de un sentimiento de culpa dañino para el que se está exponiendo. En estos casos es tarea del terapeuta cuidar al que interviene de “desnudos radicales” o de emociones tan intensas que no sean terapéuticas, por medio de la desdramatización (humor) o desculpabilizando, haciendo referencia por ejemplo al “no sabías pero aquí vas a aprender”.

Identificar, señalar, traducir

Pero en ocasiones no basta con hablar de lo que nos pasa para que la angustia cese y es que, a veces, es difícil saber qué es lo que en realidad hay detrás de las palabras para el que las dice y para el que las escucha. Así otra tarea fundamental del terapeuta es, a medida que alguien va exponiendo su experiencia, ser capaz de identificar formas patógenas de funcionar o de relacionarse que se dan delante de todos en el grupo, o que aparecen reflejadas en los discursos o conversaciones de sus participantes. Debe ir subrayándolas, haciéndolas explícitas para que los implicados puedan verlas (como primer paso para luego salir de ellas, poder hacer otra cosa) y que no pasen desapercibidas o malinterpretadas. Esto es algo fundamental, porque una vez que se han podido ver en el contexto del grupo es más fácil verlas en otros contextos, cualquiera, sobre todo en situaciones de la vida cotidiana. Y la forma de hacerlo es yendo desde lo particular del caso concreto, interdependencia patógena que se despliega delante de todo el grupo, hasta la formulación de una hipótesis general de trabajo, algo más universal que permite al resto de los participantes sentirse identificados con el emergente y que tengan la posibilidad hablar de lo que les pasa a ellos. Estos últimos están en una posición privilegiada para ello, ya que al ser observadores participantes, no están tan involucrados emocionalmente en la trama y esto les permite pensar mejor. A través de lo que ven que les pasa a los otros pueden comenzar a verse mejor ellos mismos y elaborar sus propios conflictos. Por poner un ejemplo, sería como cuando leemos un libro o vemos una película que describe alguna situación conflictiva vivenciada y que gracias a la reflexión del escritor o guionista en torno al tema podemos identificarla de forma más clara, como tocándonos a cada uno de nosotros en nuestro caso particular y digerirla con menos dolor. Como una traducción en términos que todo el mundo pudiese entender y no solo quedarse en la situación que trae una familia en concreto.

Actuar

Y finalmente hay ocasiones en las que se requiere una actuación más directa del terapeuta. Por ejemplo, introducirse en la trama que se está desarrollando, participando como un tercero y estableciendo relaciones de interdependencias sanas, tanto con los pacientes como con sus familiares, para que a su vez ellos dejen de repetir las respuestas

que gatillan los otros en esa forma patológica de relacionarse, y puedan probar otras cosas y a su vez sentir que son vistos de otra manera, menos loca. El terapeuta también puede servir de modelo para el grupo, por ejemplo no mostrando miedo ante las intervenciones de mucha intensidad emocional o con mucha carga agresiva de un paciente, traduciendo a su vez el mensaje o el reclamo que quizá lleve implícito dicho comportamiento. En este sentido, era muy común asistir a intervenciones que en forma de pensamientos en voz alta que un terapeuta hacía de forma enfática, servían para expresar posibles mensajes de hijos a padres y viceversa, que estaban escondidos en otras conductas a veces agresivas o que no eran entendidas a simple vista, como en los delirios.

Y para terminar un apunte en cuanto al número de terapeutas que participan y su coordinación. Si bien los grupos multifamiliares se caracterizan entre otras cosas, como hemos visto, por la gran cantidad de personas que concurren, tanto pacientes, familiares como terapeutas, sí que resaltan siempre uno o dos terapeutas, que en coordinación (siempre que sea posible) son los que van a llevar el mayor peso en la conducción del mismo. Es cierto que en estos grupos terapeutas y pacientes tienen a veces el mismo “rango” en cuanto a capacidad para movilizar a los otros con sus palabras, pero sin embargo es necesaria la presencia de estas figuras más visibles para ir dirigiendo al grupo y su conversación, por medio de todos los tipos de intervenciones anteriores, hacia lugares con efectos terapéuticos. Así por ejemplo, para asegurar la efectividad del grupo, es fundamental en una intervención defender el hilo conductor, que uno como terapeuta principal lleva en la cabeza, de posibles desviaciones generadas por comentarios de otros terapeutas o participantes (muy válidas quizá en otros momentos) con el fin de que no se abandone un tema que puede ser muy interesante y crucial para uno o varios asistentes y poder llevarlo hasta el final.

El factor biológico y el psicoanálisis multifamiliar

Psiquiatría clásica y psicoanálisis multifamiliar: pesimismo psiquiátrico vs dialectización de la naturaleza

El factor biológico–constitucional, la naturaleza del sujeto particular, continúa siendo uno de los puntos más candentes y polémicos en el seno de la psiquiatría, la

psicología y el psicoanálisis. Quienes nos pudimos acercar al psicoanálisis multifamiliar (PMF), no podíamos dejar de sorprendernos de la consideración que se hacía en los grupos de dicho tema, espinoso siempre. Tras ser testigos de múltiples batallas en las que se luchaba por la toma de conciencia de enfermedad por parte del sujeto y éste se resistía invariablemente, llegamos a unos grupos donde se podía hablar de la predisposición, de la naturaleza de cada uno y de la necesidad de ciertos tratamientos psicofarmacológicos. La pelea eterna de los psiquiatras había cedido en gran parte. Parecía como si muchos pacientes con trastornos mentales graves eran capaces de llegar a unos niveles de responsabilidad y aceptación con respecto al propio cuerpo y mente que no habíamos podido experimentar antes.

A pesar de los espectaculares avances en los últimos años, el imaginario médico sigue ateniéndose a la enfermedad y la curación. Mientras que en el resto de especialidades médicas dichos conceptos son fructíferos a pesar de sus limitaciones (la gente no desea debates metapsicológicos cuando tiene infecciones de orina: busca que se le cure), en la psiquiatría entran en crisis por la ausencia de una historia natural predecible para cualquier trastorno mental (Berrios, 2003). El sentido de la acción se cuele indefectiblemente. Como ya diría Ortega y Gasset (1935) “lo humano se escapa de la razón físico-matemática como el agua por una canastilla”.

García Badaracco (1989) señaló cómo la resistencia a la curación con los tratamientos biológicos de los pacientes graves, hizo que se les empezase a tratar de una forma muy contradictoria. Lo cual es una notable verdad que cualquier psiquiatra con una mínima honestidad intelectual se ve obligado a reconocer. Al mismo tiempo que se indicaba la absoluta pertinencia y obligatoriedad de las terapias biológicas, se dictaminaba el muy probable fracaso de las mismas. El resultado de todo ello es el pesimismo inherente a la práctica psiquiátrica convencional, contra el que se combate muy activamente en los grupos multifamiliares. El modelo estrictamente médico aplicado a los trastornos mentales renuncia a otras vías de ayuda y se centra en la estabilización sintomática. Esta cerrazón a nuevas opciones terapéuticas cumplía una doble función, obturar la herida narcisista fruto del fracaso terapéutico en el seno de la medicina moderna y, por otro lado, mantener una cierta complicidad inconsciente con las familias que perpetuaba la homeostasis patológica vincular que las caracterizaba. El pragmatismo médico, lejos de ayudar, cerraba los horizontes de pacientes, familiares y profesionales.

Ese es uno de los puntos de anclaje del éxito del PMF, el haber entendido la naturaleza del problema epistemológico y haber podido trascenderlo en la medida en que se iba

poniendo el foco en las interdependencias familiares patógenas, en el proceso de redesarrollo y en el clima emocional acompañante. Esto no quería decir por supuesto obviar los factores biológicos implicados, “la organicidad de la condición patológica es la única condición insuperable” como señalaba Badaracco (1989); sino no dejarse atrapar por la ideología de la irreversibilidad. Mientras que en la psiquiatría clásica se consideraban inherentes e inevitables el deterioro progresivo y la restitución con defecto, en el PMF “comprobábamos que a partir de un determinado momento había sistemáticamente una tendencia neta hacia el progreso en el sentido de una mayor individuación y maduración de la personalidad”. El PMF permitía a familiares y terapeutas encontrar explicaciones comprensibles para determinados conductas y estados afectivos, para las cuales previamente se hacía una inferencia radical mediante la que se dictaminaba una noxa cerebral y un pronóstico sombrío. Por todo lo anterior, era impactante para los recién llegados el clima de esperanza y deseo de progresar que se respiraba, algo totalmente nuevo en el trabajo con el trastorno mental grave, en especial con la psicosis.

De esta forma, en la psiquiatría clásica los factores biológicos venían a dar cuenta de la irreversibilidad e incurabilidad del trastorno mental, consolidando ya de paso las situaciones de homeostasis maligna familiar y la posición del médico como experto. En el PMF los pasantes veíamos cómo se pensaban por el contrario todos estos factores desde una posición más elaborada y científica, menos sujeta a una suerte de misticismo cerebral reduccionista, muy presente en ciertos abordajes biológicos de la psicosis. Día a día se procuraba en los grupos no usar el factor biológico como arma arrojadiza o parapeto para el no-pensamiento o no-simbolización. Esa era la gran diferencia. De este modo, veíamos que era posible hablar sobre lo biológico así como sobre las terapias psicofarmacológicas, imprescindibles en muchos casos. El hecho de no obturar el discurso sobre estos factores permitía una progresiva asunción de la responsabilidad por parte de los pacientes y familiares, tanto de los síntomas y deseos inconscientes como de los posibles factores constitucionales del cuerpo Real. Lo biológico pasaba así de representante del control, inmutabilidad y el fijismo a formar parte del bagaje del individuo, lo cual facilitaba de paso la elaboración de la herida narcisista inherente a la conciencia de dichos factores constitucionales, si los hubiera. Estábamos ante un método de trabajo e investigación psíquica que era capaz de trascender y superar el eterno problema de lo innato versus lo adquirido para entrar en una nueva dimensión de complejidad. Se pasaba así de una causalidad lineal y directa

propia de la ciencia decimonónica (Retolaza, 2011), a un sistema complejo psicobiológico (Caparrós, 2010), donde el elemento central estaría conformado por los vínculos y sus representaciones intrapsíquicas, unidas a los afectos acompañantes. En este nuevo modelo otro elemento muy alentador era la concepción de los clásicos síntomas positivos, la ruptura psicótica propiamente dicha. En la teoría psicoanalítica multifamiliar sería solamente fruto de una cierta fragilidad biológica y consecuencia, en palabras de Jorge Tizón (2006), de la “irrupción de ansiedades paranoides y confusionales inelaborables”, junto con “intentos bizarros de restitución”. De ahí lo que García Badaracco consideraba como sobrevaloración del fenómeno de ruptura de la realidad en detrimento de lo psicodinámico-relacional en la psiquiatría clásica. Y esto conformaba otra diferencia emocionante que palpábamos en los grupos. Los delirios y alucinaciones, incluso los más floridos, pasaban a ser elementos de trabajo hacia el progreso, más que una constatación de la irreversibilidad de la condición patológica.

Por otro lado, se contemplarían los clásicos síntomas negativos ya no como un puro defecto progresivo, sino como procesos de “desafrentización o desmentalización”, fruto de un “procesamiento emocional muy al límite” y un self “a punto de resultar inundado por el sufrimiento extremo”, nuevamente en palabras del Dr. Tizón (2006). El resultado es que ante un paciente psicótico aislado del mundo y replegado sobre sí mismo, el grupo comprendía más que nunca la necesidad de rescatarle de las interdependencias patógenas y el enclaustramiento que éstas le estaban provocando. Dicho repliegue pasaba así en los grupos multifamiliares de ser un acontecimiento inevitable en tanto fruto de una cruel fisiopatología cerebral, a ser una oportunidad de trabajo, de ayuda, de progreso psíquico.

El diagnóstico en la psiquiatría clásica y en el psicoanálisis multifamiliar.

Una de las principales diferencias que saltan a la vista rápidamente es en relación a la embarazosa cuestión del diagnóstico. En la psiquiatría clásica, ante el nihilismo terapéutico que se iba asentando, los profesionales se han ido manejando cada vez más con la supuesta esencia o naturaleza de dicha persona (Colodrón, 1999) (“Pepito es un psicótico, o un obsesivo, o un Asperger”) y se clausuraban gran parte de las posibilidades de avance. En el PMF por el contrario nos llamaba la atención cómo se rechazaban de entrada las supuestas esencias y se articulaba todo en torno a la noción de

proceso terapéutico, diferencia colosal con la psiquiatría clásica. El objetivo del diagnóstico se liga así indefectiblemente, como sostenía Badaracco (1989), a la “transformación de la estructura de la personalidad, del tipo de sus relaciones objetales y de la naturaleza misma de sus objetos internos”. El objeto al que se supeditan todos los esfuerzos terapéuticos en un “proceso de redesarrollo” en el sentido winnicottiano, verdadero eje central en torno al cual se van integrando todo tipo de conocimientos. Toda la obra de García Badaracco busca salvar del “encasillamiento del ser humano en un rótulo que podría condicionar demasiado nuestra conducta en cuanto al pronóstico y tratamiento”. Esto claramente era lo primero que saltaba a la vista cuándo uno se integraba en un grupo multifamiliar, el abandono de las etiquetas diagnósticas y de todo lo que ellas evocan tanto para el propio paciente grave como para sus familiares. Lo que en principio era un verdadero esfuerzo para nosotros (“¿pero este paciente, qué tiene?”) fue dejando paso con naturalidad al trabajo con los vínculos y los mecanismos psíquicos. Ni qué decir tiene que este paso generaba angustia a buena parte de los pasantes. Y es que las etiquetas tenían un notable peso en su realidad psíquica alejando emocionalmente el problema del paciente y ofreciendo la seguridad del experto. En el PMF el experto, si es que lo hay, no puede sino trabajar “pringándose”. La relativa desimplicación que permitían las etiquetas junto con el factor biológico-farmacológico no tenía lugar en estos grupos. Y éste era un tránsito que teníamos que pasar con mayor o menor angustia. Si teníamos que “restablecer el proceso de crecimiento y de desarrollo psicoemocional normal del individuo” y ayudar al paciente a recorrer etapas “que nunca pudo cumplir”, sobraban las trincheras tradicionales. No cabe duda de que dicha evolución del pasante era otra de las “experiencias nuevas, enriquecedoras y fortalecedoras del Yo” que tienen lugar en los grupos multifamiliares.

Bibliografía

- Berrios, G., Luque, R. y Villagrán, J.M. (2003). Schizophrenia: A conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 111-140.
- Caparrós, N. (2010). El psicoanálisis desde el paradigma de la complejidad. *Átopos. Salud Mental, Comunidad y Cultura*, (9), 60-78.
- Colodrón, A. (1999). *Cinco conferencias sobre la esquizofrenia*. Madrid: Triacastela.

- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Ortega y Gasset, J. (1935). *Historia como sistema*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Retolaza, A. (2011). ¿Induce a error el principio de causalidad? *Norte de Salud Mental*, IX(40), 72-89.
- Tizón, J. (2006). Psicopatología psicoanalítica especial de las psicosis. En: A. Díez y R. Luque (Eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos* (págs. 137-178). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.