

EL GRUPO MUTIFAMILIAR APLICADO AL TRATAMIENTO DE FAMILIAS CON EXPERIENCIAS PSICÓTICAS

Joan Manel Blanqué

"Cómo queréis que acepte que estoy enfermo si acabo de salir de un abismo terrible donde sufría una brutal ansiedad, en la que no había espacio para los sentimientos y en el que mi cuerpo no existía como tal... es al revés, me siento más fuerte que nunca."

Es la respuesta que dio un joven a un padre del grupo multifamiliar que le increpaba por el hecho de no querer medicación (Familias anónimas GMF, un día de Febrero del 2012).

Introducción

El creador del *Grupo Multifamiliar* o *Terapia Multifamiliar* fue el Dr. Jorge García Badaracco, psicoanalista argentino fallecido hace 4 años. Hace más de cincuenta años descubrió, sin esperarlo claramente, que un grupo de pacientes psicóticos crónicos del Hospital Psiquiátrico donde trabajaba mejoraban sus síntomas al realizar grupos con ellos y sus familiares. Con el paso del tiempo pudo ir integrando esta técnica en diversas instituciones de todo el mundo y actualmente está integrada en la asistencia a la salud mental en muchos lugares, entre ellos Barcelona.

Los primeros contactos que tuve con el GMF se iniciaron en noviembre del 2006 cuando conocí personalmente al Dr. García Badaracco en unas jornadas sobre grupos en

Santiago de Chile. Vivimos con él varios espacios en los que nos fue informando con mucho detalle y con su conocida viveza personal sobre las grandes posibilidades que tenían los GMF. Recuerdo siempre con simpatía los ánimos que nos dio para que iniciáramos una experiencia en Barcelona. En fechas posteriores le invitamos a que participara en una jornada que organizó la Fundació Congrés Català de Salut Mental sobre el tema de las psicosis incipientes (PI). En aquellos momentos se pedía a la administración de Cataluña que instaurara *programas de psicosis incipientes* como ya se venía haciendo en otros países, petición que finalmente fue aceptada.

Uno de estos programas fue concedido en el 2007 a la Fundación Sanitaria Sant Pere Claver de Barcelona, concretamente al Centre de Salut Mental de Montjuïc. Gracias a esta oportunidad decidimos introducir el GMF dentro de la propia asistencia, aprovechándola para la formación en grupos de todo el equipo.

Hasta ese momento sólo se conocían en nuestro centro los grupos psicoeducativos que tenían el problema de ser de corta duración (8 sesiones). Esto provocaba las quejas de las familias que pedían su continuación.

La aportación más importante del GMF a nuestro programa fue dar a las familias la posibilidad de expresar sus conflictos delante de otros que tenían problemas similares y poder contener los aspectos más regresivos del sufrimiento mental que padecían. También se les ofreció el aprendizaje de formas diferentes de afrontar la vida familiar, teniendo en cuenta la culpa que sufren estas familias. En definitiva se trataba de que pudieran ver que lo que les pasa a los jóvenes enfermos no es tan diferente de lo que podía pasarles a los propios familiares considerados como normales (Mascaró, 2006). El GMF aportaba un contexto de seguridad donde se podían arriesgar los recursos de cada persona, lo que se conoce como virtualidad sana (Badaracco, G., 1990-2000).

Estos grupos permiten ver al joven problemático tanto con sus aspectos sanos como con los enfermos, lo que confiere un alto grado de seguridad en todos. De esta forma se

pueden desbloquear los recursos yoicos que quedaron inhibidos y que dieron lugar a la enfermedad mental. Así se podría ver la enfermedad mental como un funcionamiento propio de unas circunstancias determinadas. Estos funcionamientos patológicos están potenciados por personas con poder perturbador, los llamamos *objetos o presencias enloquecedoras* que realizan interdependencias patógenas, y que solo si pueden hacerse conscientes de ello, podrán ayudar a hacer cambios positivos en la familia.

Es básico ayudar a las familias a mirar al joven que recae en una crisis, no como una vuelta a la enfermedad, sino como la búsqueda de una nueva oportunidad de entender lo que nunca han comprendido.

La psicosis entendida como una patología vincular puede ser abordada en el GMF, ya que en él tendrá la posibilidad de expresarse y por tanto se tendrá la oportunidad de comprenderla (Salomon, J. y Simond, H., 2014). Hay que tener en cuenta que el mundo interno de estas familias viene determinado por las historias heredadas, las historias influidas que llegan de la familia ampliada y por las historias vividas por la propia familia (Ayerra, J.M, López Atienza, J.L.,2003). En este mismo sentido el GMF funciona como elemento liberador de la represión de los sucesos traumatizantes de las familias (suicidio, enfermedad mental de padre o abuelos, etc.) (Guimón, J., 2001).

Objetivos

Los objetivos de este grupo estaban centrados, en primer lugar en las funciones asistenciales, ya que se trataba de familias con hijos afectados de sintomatología psicótica y pre-psicótica. También se intentaba actuar preventivamente para evitar una evolución negativa hacia la psicosis y finalmente, también existía una vertiente investigadora centrada en la comprensión de dicha enfermedad.

Como objetivos más generales estaban el ayudar a las diversas familias a mejorar la comunicación entre sus miembros, a vivir la experiencia que les brindaban las otras familias al compartir con ellos sus propias experiencias y entender el funcionamiento mental de sus hijos, lo que les permitiría a su vez conectar con sus propios conflictos.

Las intervenciones de los terapeutas estaban orientadas a generar en el grupo un clima emocional que permitiera a los participantes vivir las aportaciones de las otras familias y los comentarios que se realizaban sobre las propias aportaciones.

Los objetivos específicos se pueden centrar en los dos modelos en que se han formado los terapeutas del grupo:

a) Según *Modelo Bion*:

- Indicar la ansiedad depresiva que se produjera en algunos de los momentos de la sesión, lo que permitiría abordar aspectos de dependencia y separación en las diversas familias.
- Ayudar a poder observar las ansiedades persecutorias, ya que permitiría hablar de las proyecciones que algunas familias realizan de forma continua.
- Ayudar a observar los supuestos básicos como la dependencia, el aparejamiento, la lucha y fuga y el mesianismo que interferían constantemente con la función de pensar.

La interpretación de estos supuestos permitiría que se observara la relación exageradamente dependiente que a veces se podía establecer con el terapeuta. También facilitaría la tendencia muy habitual de que se crearan pequeños subgrupos dentro del mismo grupo. Del mismo modo, se ayudaría a pensar sobre las reacciones negativas y

críticas que suelen aparecer en todos los grupos. Finalmente se indicarían, cuando aparezcan, ideas que tengan relación con esperar que sea alguien de afuera quien llegue para arreglar lo que ocurre en el grupo.

b) Según Modelo Foulkes:

- Las intervenciones individuales tenderían a mejorar la capacidad de autoobservación y ayudarían a entender y contener las resonancias internas que a veces son muy intensas. Estas intervenciones por parte de los terapeutas se podrían realizar de diversas maneras: señalamientos, interpretaciones directas que intentaban construir la historia del paciente a partir de datos aportados por él, o también preguntando por comunicaciones poco claras.
- Las intervenciones realizadas de forma grupal que también se hacían con este modelo, podían ser explicaciones más didácticas sobre algunos temas, encaminadas a su comprensión, pero sin caer en la dinámica de dar consejos o indicaciones concretas.
- Esta técnica ayudaba a confrontar los síntomas psicóticos como las alucinaciones o delirios con la propia familia y con las de los otros participantes. Estas intervenciones permitían también profundizar sobre las conductas de aislamiento que se suelen dar entre los jóvenes que asistían al grupo o las referencias que comentaban las familias.
- Las intervenciones de los terapeutas permiten que las familias hablen del temor que tienen a las recaídas del hijo si este se expone demasiado a las tensiones del trabajo o de los estudios.

- Se podría reflexionar sobre las emociones y sentimientos de la vida (amor, odio, envidia, celos, rabia...) cuando el terapeuta daba noticia de su existencia a lo largo de los comentarios de los participantes.

Las intervenciones por parte de los terapeutas de distintos modelos no eran contradictorias sino que se consideraban siempre complementarias, ya que existía un gran respeto por la formación de cada uno.

Contexto donde se desarrollaba el GMF

Nuestro PPI estaba dirigido a jóvenes de entre 16 y 35 años (con una primera crisis psicótica o en situación pre-psicótica) y se seguía el siguiente protocolo: en primer lugar, realizábamos un mínimo de cuatro entrevistas iniciales con toda la familia (paciente incluido) y posteriormente hacíamos la indicación para el joven, bien de psicoterapia individual o grupal, y para la familia de terapia unifamiliar o GMF (con el hijo incluido). Toda esta asistencia era ambulatoria.

Nuestro GMF se inició hace 7 años y lo realizábamos en el Centre Cívic del Poble Sec de Barcelona, que es de gestión municipal. La razón de este emplazamiento fuera de nuestro Centro (a unos 15 minutos), fue debida a nuestro deseo de que tuviera lugar en un recurso comunitario. Para el grupo se disponía de una sala grande y las sillas se colocaban en círculo. El tiempo de duración era de una hora y 15 minutos (de 8,30 a 9,45 de la mañana) y se realizaba todos los jueves. Se hacían paradas vacacionales en Agosto, Diciembre y Semana Santa.

Había tres tipos de familias:

- 1.- Las que tenían el hijo con una primera crisis psicótica.

2.- Las que tenían el hijo con una sintomatología pre-psicótica, llamados EMAR (jóvenes con un estado mental de alto riesgo).

3.- Algunas familias fuera del PPI, cuyos hijos habían sufrido más de una crisis pero que consideramos que había una indicación de GMF.

En un principio, el grupo se inició con cinco familias que se fue ampliando cada 3 meses. Actualmente es un grupo abierto y tenemos convocadas a 22 familias. El número de personas que se presentan oscila entre 25 y 30. La mayor parte son padres, pero también asisten algunos jóvenes de forma regular.

En estos años han pasado 34 familias con un mínimo de asistencia de 3 sesiones y 12 de ellas han formado un núcleo estable que continúan actualmente. Existe una autorregulación espontánea por parte de las familias, en el sentido de que se turnan para manifestar sus problemas de tal forma que no se suelen dar protagonismos exagerados.

La coordinación del grupo la llevábamos dos terapeutas (psiquiatra y trabajador social) en co-terapia, y otros dos compañeros (psicólogo y educador social) actuaban como observadores que podían intervenir en algunas ocasiones. Todos teníamos formación en terapia grupal.

Las intervenciones de los conductores, como he señalado anteriormente, dependen de su formación, ya que unos se formaron en el *Modelo de Foulkes* y los otros en el de *Bion*. También se hacían algunos comentarios de tipo pedagógico que son complementarios y que tocaban temas que pensábamos que eran importantes para la comprensión de alguna situación concreta.

Un dilema no resuelto era el nombre que usábamos para definirnos como responsables del grupo. Oscilamos entre llamarnos *terapeutas* cuando nos colocábamos en

el papel de ayudar al grupo, o *conductores* cuando nuestra posición era trabajar al máximo las posibilidades de los miembros del grupo (Sunyer, J.M., 2008).

Durante este tiempo pasaron 18 observadores externos: médicos de familia, PIR, MIR, trabajadores sociales, la mayor parte del equipo del propio CSMA, psiquiatras y psicólogos de otras instituciones (algunos recomendados por el propio equipo del Dr. García Badaracco) y un psicoanalista reconocido, el Dr. Pere Folch . Todos ellos asistieron a un mínimo de 4 sesiones de grupo.

Discusión

Durante los años de funcionamiento de nuestro GMF se fue organizando en nuestra mente una imagen que quisiera transmitir. Sería la imagen de una red gruesa, semejante a las empleadas por algunos trapezistas, que posee unos fuertes nudos que entrelazan las cuerdas y dan consistencia a toda la red. Representarían el trabajo que se realiza durante el grupo. Dichos nudos serían los diversos temas, situaciones y vivencias que fueron apareciendo a lo largo del tiempo y que se repitieron de forma periódica.

Las funciones de los conductores serían las de dar luz a los aspectos inconscientes que iban apareciendo y ser contendores de la ansiedad, a semejanza de los colaboradores de los trapezistas que se sitúan junto a la red para evitar, o al menos amortiguar, una posible caída del artista.

A continuación iré comentando los diversos nudos o situaciones vivenciales a medida que fueron apareciendo en las sesiones.

En primer lugar aparecieron *núcleos depresivos* traídos al grupo por una familia que estaba en pleno duelo patológico por la pérdida de un familiar que provocó un gran

impacto y que hizo asociar al grupo con otras pérdidas vividas por otras familias. También se produjo el suicidio de uno de los jóvenes que impresionó mucho al grupo.

En este sentido la experiencia del GMF también nos sirvió para conocer con más detalle la biografía de algunas de las familias, como fue el caso de una de las madres que en el transcurso de una sesión en la que se hablaba de duelos patológicos, pudo decir que ella durante el embarazo de su hijo sufrió mucho ya que tuvo alucinaciones visuales en las que veía niños muertos flotando en las aguas de la playa (...) y que “esto no lo había dicho a nadie, ni al médico, por miedo a que me dijeran que estaba loca como una de mis hermanas (...)”. Esta comunicación nos permitió ver de una forma más clara la posible génesis de la psicosis en su hijo y posteriormente derivar a la madre a un tratamiento individual.

Se observaron también núcleos paranoicos en algunos participantes que permitieron ser contrastados con momentos también paranoides que se dieron en el grupo y que eran compartidos por todos sus componentes, es decir, que no era un tema exclusivo de los hijos.

En relación al tema de los delirios quiero destacar una situación en la que se desató una dura crítica hacia uno de los jóvenes tras comentar que temía ser atacado por la familia. Todo el grupo consensuó que “era una locura” lo que decía. Se produjo un largo silencio hasta que uno de los padres (que era del Barça) comenzó a hablar del partido Barça-Madrid dirigiéndose a otro que era del Madrid. Esta situación provocó una discusión más o menos desenfadada hasta que uno de los padres le dijo al otro: “si no te callas te sacaré los ojos con mis propios dedos (...)”. Parte del grupo le recriminó en tono burlesco este comentario y una madre dijo, dirigiéndose a su marido “(...) y tú no te rías, a ti también te pasan cosas raras (...) todavía estás convencido de que hueles el puro de un vecino que murió hace más de 5 años (...)”. Este comentario nos permitió hablar de la locura que en algunos momentos puede estar dentro de todos, es decir, no solo en los

jóvenes con crisis, lo que produjo una larga serie de reflexiones que los jóvenes identificados como *pacientes* agradecieron enormemente.

También fue importante poder afrontar otros núcleos de tipo alucinatorio, delirante y confusional, aportados al grupo por algunos de los jóvenes y siempre de forma dramática. Pudimos ver que era una forma de pedir que alguien les ayudara a entender su significado, que en algunas ocasiones estaba relacionado con la propia biografía. Esta situación ayudó a los padres a dar algo de luz a la problemática de sus hijos, que en algunos casos también estaban presentes. Hay que recordar que este tema no se suele hablar en familia ya que se consideran temas a olvidar. En este sentido, si el joven que ha sufrido una crisis psicótica no llega a entenderla mínimamente, siempre tendrá terror a la recaída ya que los niveles de ansiedad confusional que ha sufrido le han hecho padecer de forma muy dura. Esta es una de las razones por las que después de una crisis psicótica estos jóvenes se repliegan en sí mismos, sin posibilidad alguna de realizar actividades.

En una sesión el padre de uno de los jóvenes, afectado de una sintomatología afectiva, explicó que aquella semana había llevado a su hijo al hospital a hacerle unas pruebas y que el psiquiatra les había recordado que su hijo sufría una enfermedad genética y que intentarían que no sufriera estrés. Es decir, que no hiciera ninguna actividad, a lo que otro de los jóvenes contestó: "según esto que dice, yo debo de tener un gran poder en contra de la psicosis ya que teniendo la misma enfermedad que su hijo hay muchas temporadas que me siento bien, es decir que la puedo vencer, y eso no es verdad" (...) "si fuera genético siempre estaría igual de mal." Este comentario nos permitió intervenir y aclarar el tema de la herencia genética, en el sentido de que se puede heredar una cierta predisposición, pero que hay muchos factores que pueden influir en su desarrollo.

Otro padre relató una larga serie de anécdotas traumáticas de su vida y justo después de un corto silencio del grupo, uno de los jóvenes dijo: "Jesucristo fue crucificado (...)", a lo que el grupo respondió de forma crítica, haciendo comentarios como "vaya cosas que dices (...) te vemos mal (...)". Nuestra intervención se centró en aclarar que ese

comentario era una forma rápida y esquemática, -metafórica en realidad-, de decir que este padre había sufrido mucho a lo largo de su vida. Todo ello permitió al grupo elaborar una larga serie de sufrimientos que muchos de los presentes habían padecido a lo largo de sus vidas.

Tuvimos la oportunidad de observar cómo algunos de los jóvenes pudieron expresar por primera vez las ansiedades confusionales que sufrieron justo antes de la aparición de las alucinaciones y los delirios, lo que permitió comenzar a comprender el significado de algunos aspectos de la psicosis. Por ejemplo, ante el vacío brutal y la ansiedad confusional asociada se pudo ver con cierta lógica, que un joven tuviera la convicción de que la televisión hablara de ellos. Expresaron con claridad que cuando veían alguna escena que los impactaba, les ayudaba a salir del vacío emocional en que se encontraban y lógicamente se sentían vinculados a la televisión. Era como si se hablara de ellos y esto les hacía sentir más acompañados. Alguno dijo que es mejor estar mal acompañado que sólo.

Otra de las vivencias que observamos, sobre todo en jóvenes pre-psicóticos o en jóvenes que se habían inhibido tras una crisis psicótica, eran los núcleos de aislamiento cuyo objetivo era protegerse de las emociones y sentimientos que comporta la relación humana, como son los celos, la envidia, la rabia y las fantasías asociadas. En este sentido observamos muchos núcleos de intolerancia en algunas familias respecto estos sentimientos que hemos tratado repetidamente. Resultaba fundamental ayudar a las familias a que se dieran cuenta de las comunicaciones contradictorias que conllevaban algunos de los mensajes ambivalentes que enviaban a sus hijos. Sería imposible que como padres pudieran ayudar a sus hijos si no eran conscientes que, de alguna manera y siempre de forma involuntaria, podían influir en los problemas de sus hijos.

También existieron muchos momentos de colaboración entre familias que permitieron comentar aspectos de la vida familiar que los terapeutas no siempre abordaban.

Con frecuencia se dieron situaciones próximas a lo psicosomático que permitieron observar los caminos que los conflictos familiares deciden seguir y que no siempre era hacia lo psicótico. Es decir que según fuera la conflictiva de cada familia el cuerpo se podría hacer cargo de las ansiedades y manifestar molestias psicosomáticas que harían pensar en que el cuerpo se había vuelto “loco”. Es decir que la ansiedad persecutoria también aparecía en el cuerpo, como función defensiva que consistía en eliminar la ansiedad de tipo psicótico a cambio de que fuera el cuerpo quien se hiciera cargo de las ansiedades relacionales.

Uno de los casos más impresionantes que observamos en el grupo fue el de un joven de 32 años que, tras sentirse muy angustiado en el trabajo -era en la misma empresa donde trabajaba su padre-, sufrió una parálisis de su hemicuerpo izquierdo debida a una hemorragia cerebral que finalmente se resolvió sin secuelas. Durante diversas sesiones del GMF se pudo ver como el joven había “escogido la locura de su cuerpo”, es decir, la vía psicosomática en lugar de la psicótica, aunque su estado cognitivo de repliegamiento psíquico se asemejaba enormemente a ésta última.

Otro caso muy significativo fue el de un padre que explicó que coincidiendo con la primera infancia del hijo se le desarrolló un tumor adiposo abdominal de 2 Kg. Pudo relacionarlo con el sufrimiento que le había producido el tener que cuidar al hijo durante esa época, ya que su mujer trabajaba y él estaba de baja por un traumatismo. Pudo darse cuenta de que: “posiblemente la exagerada protección que he hecho sobre mi hijo y que estoy seguro que le ha perjudicado, tiene que ver con lo mal que lo pasé mientras me hacía cargo de él (...) yo que era un machista y nunca había hecho nada en casa”. Nuestra intervención se centró en ayudar a ver como los malestares poco evidentes vividos anteriormente podían repercutir en la actualidad.

El GMF era también un espacio de encuentro social y como tal, en él aparecían situaciones psicosociales que permitieron también la reflexión sobre diversos conflictos

centrados en las carencias económicas que daban lugar a la marginación y exclusión de algunas familias y que complicaron la dolorosa realidad que representaba el estigma de la enfermedad mental.

La función de los terapeutas/conductores era interpretar el *aquí y ahora* si era posible o hacer consciente lo que no lo era. Nos movimos entre los modelos de *Foulkes* o de *Bion* según la formación de cada uno de nosotros.

Evolución del grupo

Todo GMF tiene su historia, y ésta viene marcada por cada uno de sus participantes: familias y terapeutas o conductores. El comunicar la evolución se convertía en rendir un homenaje a todos los que habían participado en el grupo.

Al principio del grupo toda la temática estaba centrada en la búsqueda desesperada de las razones de las crisis de sus hijos y del miedo a su repetición. La desesperación de las familias era proporcional a las expectativas puestas en el grupo. Por lo tanto existía una gran idealización en todo ellos. Se fueron diferenciando diagnósticos entre las familias como forma de recuperar la identidad perdida al entrar a formar parte de un grupo. Asimismo se buscaron culpables de la enfermedad, que siempre recaía en los genes o en la sociedad, lo que salvaba a las familias de la culpa.

Un tema recurrente durante los primeros meses fue el de los efectos secundarios de los psicofármacos (sobre todo aumento de peso y somnolencia). En este sentido los padres los toleraban, pero los hijos que eran quienes los padecían, los rechazaban continuamente.

En algunos momentos se pudieron trabajar temas más personales como el exceso de protección por parte de los padres y el aislamiento de los jóvenes en casa y se pudo observar que ambas situaciones estaban relacionadas.

Se hablaba de las dificultades de comunicación que había entre los miembros de las familias. En algunos casos se pudo ver como esta incomunicación era debida al bloqueo afectivo que tenían por las relaciones con sus hermanos, pues muchas de las familias tenían otro hijo con alguna característica especial, como algún trastorno de la personalidad o una enfermedad orgánica grave como S. Down, y en no pocos casos un hermano era muy brillante en los estudios. Otro tema también repetitivo fue el de los cambios de rol motivados en general por pérdidas de padres en épocas tempranas, en las que el joven se había visto obligado a tener que cuidar a la madre o al padre al perder a su pareja.

Todos los padres valoraban mucho la asistencia de los hijos al grupo ya que les permitía decirles cosas, aunque fuera a través de otros, cosas que en casa no podían hablarse.

Los duelos familiares no resueltos fueron temas que ya aparecieron de forma muy clara y sincera a mitad del primer año y que sirvieron en algunos casos para hacer una elaboración de dichas pérdidas y liberar a los hijos de algunas cargas. En este sentido, se comprendió la crisis maníaca que sufrió una familia frente a una pérdida.

A los 8 meses del inicio del grupo se comunicaron de forma dramática diversas situaciones familiares que ayudaron a cohesionar a las familias, ya que surgieron sentimientos de rivalidad, celos, envidia y rabia que todos compartían, pero que no toleraban. Aquí se empezó a observar como algunos de los padres que habían mantenido al principio conductas muy rígidas, empezaban a flexibilizarse.

A medida que iba pasando los meses se fue consolidando un grupo de 10 familias que fueron el núcleo del GMF y otras tantas que asistían de forma más irregular. Observamos que de forma espontánea las familias se fueron turnando para profundizar en su caso, como una especie de autorregulación del protagonismo.

Al final del primer año aparecieron enfrentamientos entre padres e hijos de familias distintas, es decir que se establecieron comunicaciones muy personales entre el hijo de una familia con el padre de otra. De tal manera que aquello que no podían decir a su propio padre, se lo decían al padre de otro y al revés. Esta situación nos permitió trabajar temas relacionales con cierta distancia y así evitar enfrentamientos muy directos entre padres con sus propios hijos.

Observamos que a pesar de que también había padres con hijos que no habían sufrido crisis psicóticas (estaban diagnosticados de EMAR o jóvenes con un estado mental de alto riesgo), los temas abordados eran similares. Incluso cuando unos padres hablaban de crisis psicóticas con delirios, otros (los que tenían hijos EMAR), se referían a crisis depresivas de sus hijos.

Se trató de forma recurrente el tema de las dificultades que todos tenían en poder realizar un trabajo o estudiar, y poco a poco se fue entendiendo que el problema estaba en la gran dificultad de tolerar los sentimientos de rivalidad con jefes, profesores y compañeros, realidad que todos los padres también compartían. También aparecieron reproches hacia los profesionales, en el sentido de no ser capaces de integrar a sus hijos en el mundo laboral y junto al estigma de la propia enfermedad, aparecían temores sobre el futuro de estos jóvenes. Este pesimismo venía en ocasiones matizado por la buena evolución que algunos manifestaban, ya que habían vuelto a estudiar o trabajar.

La realidad de estas buenas evoluciones despertó en algunos momentos cierta rivalidad entre las familias, ya que existía la fantasía de que quizás algunos jóvenes habían sido mejor tratados por los profesionales que otros.

Durante el segundo y tercer año se dieron varias situaciones traumáticas, como la muerte de uno de los padres por infarto y el suicidio de uno de los jóvenes del grupo, a pesar de que él nunca asistió al grupo, los padres lo hacían regularmente. Estas situaciones despertaron en algunas familias el recuerdo de intentos de suicidio de sus

propios hijos, lo que permitió una cierta elaboración de estas situaciones. También aparecieron algunas referencias psicosomáticas, en el sentido de que se pudo ver la influencia de las emociones en el cuerpo. Aquello que no se puede comunicar y que se queda dentro nos puede hacer daño.

Con el paso de los meses la confianza fue aumentando, lo que les permitió plantear diversas situaciones de la vida de relación de una forma menos ansiosa. Aunque esa misma confianza dio también lugar a algunos enfrentamientos entre algunos padres, sobre todo entre los que defendían una postura más dura con los jóvenes y los que estaban en el lado opuesto, es decir, con una exagerada tolerancia.

Al final del cuarto año se produjo un cierto cambio que tuvo que ver con una reelaboración de algunos de los temas que habían ido surgiendo hasta el momento, sobre todo los que hacían referencia a las conductas inhibitorias de los hijos. En esta época se pudo empezar a comprender la función que podía desempeñar la ansiedad, en el sentido de que mientras se padece no se sienten emociones claras como la rivalidad, celos, envidia o rabia y que era un proceso complicado el tolerarlas.

Así mismo, en esta época se aportaron sueños al grupo que permitieron ver algunas contradicciones, como soñar que estaban celosos y rabiosos y no sentirlo en la vida cotidiana, emociones compartidas tanto por padres como por hijos.

Durante ese periodo se dramatizaron varias situaciones familiares de las que destacamos tres:

La primera fue representada por una de las jóvenes que, tras unos días de sufrir una marcada inhibición de tipo depresivo, asistió al grupo junto a sus padres y pudo explicar sus problemas de forma muy vívida. Esta situación permitió aclarar algunos temas de los que todas las familias participaban.

Otra caso fue representado por uno de los padres ya que tuvo una crisis de ansiedad dentro del mismo grupo al hablar de un tema conflictivo para él. Así se pudo entender el significado de la ansiedad como forma de no enfrentar situaciones dolorosas.

El caso más grave fue que uno de los jóvenes se presentó con su madre en plena crisis psicótica. Esta situación permitió, por una parte, contener al joven y evitar su ingreso y por la otra elaborar en sesiones posteriores algunas de las crisis sufridas por otros jóvenes.

Durante el último año uno de los pacientes psicóticos, que siempre venía con su madre o su padre, hizo una gran evolución, en el sentido de aportar opiniones y comentarios dirigidos directamente a otros jóvenes pacientes, que nadie del equipo terapéutico podía haber hecho ya que eran hechas de forma muy directa.

Conclusiones

El hecho de que nuestro GMF estuviera integrado en un Programa de Psicosis incipientes le confería una marcada especificidad ya que adquiriría unas características extraordinarias como observatorio psicológico de la pre-psicosis y de la psicosis ya establecida, puesto que existían familias con hijos en las dos situaciones.

Además de ser un indiscutible espacio terapéutico nos permitió realizar un conjunto de intervenciones asistenciales que nos ayudó a optimizar los recursos que tenía asignado el programa, ya que partir del segundo año se pudieron evidenciar, tanto a nivel de las familias como de los jóvenes, las mejores indicaciones para cada caso, que muchas veces tendrían objetivos preventivos. Por ejemplo se podía indicar: terapia de padres, de pareja o de hermanos, paralelamente al GMF.

Otra característica importante del GMF fue la gran capacidad docente que representó, tanto para las familias como para los terapeutas, sin olvidar a los observadores para los que significa la posibilidad de comprender *in situ* las interrelaciones humanas. En este sentido, ahora estamos iniciando en una de nuestras áreas básicas de salud un GMF con personas de la tercera edad, sus cuidadores y sus médicos de cabecera.

Después de la experiencia vivida a lo largo de estos cuatro años, podemos afirmar que es fundamental para entender la psicosis (y en realidad cualquier patología mental) el abordaje familiar y si es posible a través del GMF.

Comentarios sobre las supervisiones del GMF realizadas con el Dr. Pere Folch Mateu

Durante los 7 años estuvimos supervisando el GMF con el Dr. Pere Folch, psicoanalista con amplia experiencia clínica, incluso nos pidió si podría asistir a algunas sesiones del grupo ya que tenía mucho interés en ver *in situ* el grupo que estaba supervisando.

Supervisé con el Dr. Folch durante veinte años y como pequeño homenaje a su memoria quisiera comentar que la última supervisión fue 20 días antes de su muerte y el material supervisado fue el de este Grupo Multifamiliar. Recuerdo que lo llamé para ver cómo se encontraba y me dijo que se sentía un poco débil, pero aun así prefería que fuera a su casa a supervisar, ya que esta actividad le animaría. Fue una supervisión llena de emoción por parte de los dos. Él mantuvo en todo momento una claridad mental muy notable.

A continuación, y siguiendo con mi particular homenaje en memoria del Dr. Folch, creo importante transcribir de forma literal y en catalán (que era su lengua materna) algunos comentarios extraídos del *report* que hizo de una sesión especialmente difícil que le envié en una ocasión y que se había brindado a comentar on line:

El grup trontolla en la seva regularitat. La gent va i ve, es desinteressa tal vegada i es relaxa en l'acompliment del treball comú. Però això no es comenta. Es prefereix expressar-ho a través d'una anècdota externa.

Una possible intervenció hauria pogut ser d'aquest estil: el grup prefereix evitar el conflicte, expressar dispersió, discordància amb els líders del grup. Però de forma desplaçada, expliquen el malestar del grup on hi ha tants dimissionaris, irregularitats i absències. Quins altres malentesos semblaria que hi ha entre els membres del grup i els terapeutes?

Malestar de jerarquies. El grup està potser massa diferenciat entre pacients i terapeutes? Això inhibeix la comunicació? Cal "tragárselo todo?" No seria millor sentir el grup com una responsabilitat de tots i veure el que ens fa poc solidaris? O el grup pensa que volen ser assistits i beneficiar-se passivament d'aquesta assistència...?"

Traducción al castellano:

El grupo flaquea en regularidad, las personas van y vienen, se desinteresan y tal vez se relaja el cumplimiento del trabajo en común. Pero no se comenta. Se prefiere expresar a través de una anécdota externa.

Una posible intervención habría podido ser de este estilo: el grupo prefiere evitar el conflicto, expresar dispersión, discordancia con los líderes del grupo. De esta forma desplazada, explican el malestar del grupo, donde hay tantas dimisiones, irregularidades y ausencias. ¿Qué otros malentendidos parecería que hay entre los miembros del grupo y los terapeutas?

Malestar de jerarquías. ¿Es posible que el grupo este demasiado diferenciado entre pacientes y terapeutas? ¿Es posible que eso inhiba la comunicación? ¿Hay que "tragárselo todo"? ¿No sería mejor sentir el grupo como una responsabilidad de todos y

ver qué es lo que nos hace poco solidarios? ¿O el grupo piensa que quieren ser asistidos y beneficiarse pasivamente de esta asistencia...?

En estos comentarios se observa una afirmación que solía hacernos al supervisar: que siempre que pudiéramos interpretáramos la transferencia, pero teniendo en cuenta que debíamos adaptar la técnica psicoterapéutica al paciente, sobre todo si era grave, y nunca al revés, es decir la aplicación rígida del modelo psicodinámico.

Nos acompañó durante 4 sesiones en el Grupo Multifamiliar, en las que se mostró muy interesado y participativo en las reuniones de equipo que hacíamos al acabar el grupo. Como fruto de todas las supervisiones que tuvimos con él y de los comentarios sobre su experiencia en el mismo grupo, voy a transcribir a continuación las ideas, sugerencias y también críticas que nos fue comentando:

- Nos animaba a investigar el tipo de familia, según el modelo de Meltzer para poder ir sistematizando y de alguna manera teorizando sobre la técnica.
- Tenía mucho interés en analizar el tipo de padres (madre o padre) que podían ser: ausente, sádico, pasivo, activo...
- Intentaba ayudarnos a encontrar la forma de poder entender el significado de los síntomas (alucinaciones, delirios...) y como transmitirlo a los pacientes y a sus padres.
- Consideraba fundamental que interpretáramos la transferencia grupal siempre que la observáramos (cuando se hablaba de lo difícil que era el jefe de afuera, intentar llevarlo al *aquí y ahora* del grupo).

- Nos animaba a estar muy atentos a observar los emergentes dentro de las familias como forma de entender las posibles proyecciones del grupo sobre alguno de los participantes.
- En algunos momentos en los que se había hablado de ideación suicida, creía necesario explicar que era una forma de llevar la rabia hacia dentro. Cuando el grupo proyectaba en un individuo toda la responsabilidad, intentaba que cada participante asumiera lo que sentía.
- Cuando la medicación tranquilizaba al paciente, nos sugería a menudo poder investigar a qué personaje interno tranquilizaba: a un padre autoritario o animaba a una madre depresiva...
- Decía que los aspectos repetitivos (obsesivos) se podían entender como una especie de pacto con el perseguidor.
- Para explicar que una cosa es *pensar* y la otra *hacer*, nos propuso una técnica teatral (haciendo un círculo en medio del círculo del GMF) para explicar a los participantes que una cosa es *pensar* (dentro del círculo) y la otra *hacer* (fuera del círculo). Esta propuesta todavía no la hemos llevado a la práctica por temas de equipo.
- Como método para analizar las sesiones debíamos de tener en cuenta los supuestos básicos de *Bion* (dependencia, lucha y fuga, aparejamiento y mesianismo). Había que valorar los aspectos depresivos (inicio de vacaciones, hechos traumáticos relatados...) y también explorar e investigar los rasgos paranoicos para poder observar los mecanismos proyectivos.

- Recomendaba afrontar directamente los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) tratando de buscar su significado siempre relacionado con la biografía personal, así como observar las conductas inhibitorias como resultado de protección de las angustias de la relación humana.
- Insistía en trabajar tanto el miedo a las recaídas en nuevas crisis psicóticas como el ayudar a enfrentar nuevas conductas para evitarlas. Trataba de ayudar a que las familias se dieran cuenta de que enviaban, de forma involuntaria, mensajes contradictorios: quejarse de que el hijo estaba inhibido y cuando cambiaba este rol, quejarse de que estaba demasiado desinhibido.
- Para él era básico profundizar en la verbalización de sentimientos como la rabia, la envidia o los celos, así como la posibilidad de traerlos a la sesión de forma transferencial.
- Se debía ayudar a mejorar la comunicación familiar cuando aparecían tensiones entre miembros de la misma familia, e intentar que los jóvenes más inhibidos se hicieran más presentes, gracias a que algunas familias pudieran ponerse en el lugar de ellos.
- Insistía en poder traer al grupo la falta de motivación y la inhibición de algunos jóvenes pre-psicóticos, ayudando a comprender a los padres, que si el hijo no podía trabajar no era porque no quisiera sino porque no podía, y recordarles que también a ellos a veces les costaba venir al grupo.
- Por último, debíamos fomentar que se pudiera hablar de que los conflictos entre los padres pueden afectar a los hijos y que hablarlos en el grupo les podría ayudar.

Referencias bibliográficas:

Ayerra, J.M, J.L. López Atienza (2003, "El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. Avances en salud mental relacional", *Revista internacional online*, vol. II, núm. 1-2.

Blanqué, J.M (2012), "El grupo multifamiliar como observatorio privilegiado de familias con vivencias psicóticas", *Revista Teoría y práctica Grupoanalítica. Grupos multifamiliares*, vol. II, núm. 1.

García Badaracco, J. (1990), *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*, Madrid, Tecnipublicacions.

García Badaracco, J. (2000), *Psicoanálisis multifamiliar*, Buenos Aires, Paidós. Psicología profunda.

Mascaró, N. (2006), "La constitución de un grupo multifamiliar en una Institución pública. Avances en salud Mental Relacional", *Revista internacional online*, vol. V, núm. 2

Guimón, J. (2003), *Manual de terapias de grupo*, Madrid, Biblioteca nueva.

Salomón, J. y Simond, H. (2014), "Grupos de terapia multifamiliar, ¿qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?", *Revista Neuropsiquiatría. EAN*. Colección estudios.

Sunyer, J.M. (2008), *Psicoterapia de grupo grupoanalítica*, Madrid, Biblioteca nueva.

Resumen

Este artículo describe los fenómenos que se han ido produciendo en un GMF que está integrado en un Programa de psicosis incipientes, orientado para jóvenes que presentan síntomas pre-psicóticos (aislamiento y abandono de toda actividad) y los que sufren ya de una patología claramente psicótica (delirios...). Se han reunido hasta 28 familias que a lo largo de siete años han tenido la oportunidad de compartir experiencias y aprender nuevas formas de vivir los diversos problemas. Nos hemos centrado en la fantasía de red protectora con los nudos correspondientes para explicar los diversos fenómenos que se han ido observando. En este sentido hemos podido aprender algunos aspectos del mundo delirante y alucinatorio de la psicosis. Como conclusión podemos afirmar que el GMF es un privilegiado para observar las relaciones interpersonales.

Palabras clave: terapia familiar, grupo multifamiliar, primeras crisis psicóticas, comprensión de la psicosis.

Summary

This article describes different case scenarios that happened during a Multiple Family Group Therapy (GMT). The GMT was integrated within an incipient psychosis program focused on teenagers that have psychotic or pre-psychotic symptoms. During four years, the GMT has treated twenty eight families. These families had the opportunity to share their experiences in a contained environment and therefore learn new ways to live their day to day life. The conductors of the group used the protective matrix fantasy with knots to explain the different phenomena observed during the sessions. In this way, the conductors were able to learn new aspects of the hallucinations and delusions in the world of the psychotic patient. As a conclusion, we can confirm that the GMF is a privileged observatory of interpersonal relationships, in particular within families with young psychotic members.

Key words: family therapy, multifamily group, first psychotic crisis, psychosis understanding.

Joan Manel Blanqué

Psiquiatra-Psicoterapeuta ACPP, AEPP.EFPP;FEAP

8043jmb@comb.cat