

EL GRUPO MULTIFAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA PSICOTERAPIA EN GENERAL ¹

Dr. Jorge E. García Badaracco

En su origen la psicoterapia fue concebida como en una relación bipersonal. Freud, pensando que el inconsciente era patógeno por estar reprimido, en particular con respecto a la sexualidad, desarrolló el método psicoanalítico que, permitiendo a una persona hacer la experiencia de asociar libremente en presencia de un otro, conduce a hacer consciente lo inconsciente y, en consecuencia, alcanzar la "curación".

Freud mismo, a través de su vida, fue descubriendo las dificultades intrínsecas de poder producir cambios psíquicos profundos y significativos; por otra parte, desarrolló las concepciones que todos conocemos y que forman parte del bagaje del conocimiento psicoanalítico.

A partir de Freud, otros autores han ido aportando, a través de nuestro siglo, nuevas ideas y experiencias enriquecedoras. Cada vez hemos ido tomando más conciencia de que la experiencia psicoanalítica bipersonal no abarca ni resuelve todas las problemáticas.

Las experiencias grupales tuvieron origen, en gran parte, en las limitaciones del psicoanálisis individual. En particular, el abordaje de las patologías mentales graves se hizo posible en contextos grupales y la terapia familiar constituyó una apertura importante en este sentido.

Frente a ciertas dificultades, muchos psicoanalistas intentaron hacer psicoterapia de grupo con un enfoque psicoanalítico. Otros abandonaron el psicoanálisis para pasar a un enfoque grupal. Algunos han considerado que hay que realizar un salto epistemológico para poder pensar la terapia grupal.

Cuando en el año 1958 comencé a trabajar en el Hospital Psiquiátrico Borda, de Buenos Aires, mi formación me había llevado a tratar a los pacientes con las ideas que se implementaban en la Fundación Menninger en los EE.UU. Al darme cuenta de que el setting psicoanalítico es intolerable para los pacientes mentales graves y conociendo las experiencias que se estaban haciendo en terapia familiar, que también presentaban sus limitaciones, concebí una nueva forma de trabajar con todos los pacientes de la sala al mismo tiempo, incluyendo a los familiares en todas las actividades del servicio y en particular en los grupos multifamiliares. (4, 6). La sala se fue convirtiendo poco a poco en una comunidad terapéutica (5). Dado que una parte importante de mi trabajo con grupos la he realizado en instituciones que he hecho funcionar como comunidad terapéutica, me ha parecido útil aportar brevemente algunos elementos sobre este tema para poder visualizar las características principales de la psicoterapia de grupos en ese contexto.

Sobre comunidad terapéutica se habían publicado algunos trabajos. Posteriormente, las experiencias de comunidades terapéuticas se han desarrollado en forma muy variada y con orientaciones diversas en diferentes partes del mundo. En cierto sentido, podemos decir que casi todas las comunidades terapéuticas utilizan algunos elementos del pensamiento psicoanalítico y algunos otros del pensamiento conductista y cognitivo. Pienso que es necesario tener muy presente que todos estos aportes deben estar

¹ V Jornadas del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, Madrid, 26, 27 y 28 de febrero de 1999. Ilustre Colegio de Médicos de Madrid.

supeditados al concepto de proceso terapéutico de los pacientes y en cierto sentido también de todos los participantes de la comunidad, para que pueda articularse con coherencia la integración de los variados recursos terapéuticos.

La comunidad es algo así como una matriz terapéutica que a través de sus recursos humanos debe comportarse como un "continente" (II) que pueda hacerse cargo de los componentes más enfermos y de los momentos más regresivos de los pacientes. El paciente podrá así recorrer dentro de la comunidad un proceso compartido con los otros pacientes, sus familiares y el equipo terapéutico. Los distintos recursos no son una suma de distintos tratamientos, sino un conjunto de experiencias enriquecedoras posibles que se van decantando, y diferenciando a partir de una matriz común. Me puedo aquí por lo limitado del tiempo detenerme en la consideración de mi concepción sobre la comunidad terapéutica que desarrollé durante muchos años y que dio lugar al libro **Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar**. A pesar de toda la descripción y teorización que se presenta en este libro, hay una dimensión que es la experiencia vivencial, muy difícil de transmitir, pero indispensable para poder comprender en profundidad lo que se logra en la mente de las personas trabajando de esta manera.

En relación con el tema que nos convoca sobre la psicoterapia de grupo voy a referirme en particular al grupo multifamiliar que puede llegar a ser un grupo grande de hasta 100 personas, que representa un momento particular de la dinámica total de la institución en el que tienen lugar factores curativos que no se dan en otras circunstancias y que constituyen recursos poderosos para producir cambio psíquico. Ninguna descripción puede reemplazar al estar presente y compartir las situaciones de las que queremos hablar y que son lo que realmente interesa a la psicoterapia.

Con el objeto de entrar en clima, comienzo por relatar una experiencia de las innumerables que podría contarles:

Hernán era un joven de veinte años tratado por un psiquiatra con el diagnóstico de esquizofrenia. Según relataron sus padres, desde hacía un año había comenzado a sentirse muy alterado. Estaba particularmente enojado con su hermano, dos años menor, porque según él, con su comportamiento totalmente desordenado y provocativo para las pautas familiares, iba a destruir a la familia. Comenzó a decir que iba a matarlo y a ponerles papeles pintados con calaveras en la puerta de su habitación. Todos empezaron a sentirse aterrados.

El psiquiatra supuso que era un paranoico que realmente podía matar a su hermano. Hernán comenzó así a tomar medicación antipsicótica. Tan asustados estaban todos que vivían pendientes de sus menores movimientos y Hernán también empezó a asustarse cada vez más de sí mismo. En esas condiciones el psiquiatra empezó a decirle a la familia que Hernán podía ser peligroso y que había que prever una internación para cualquier momento. Los padres, muy alarmados, pidieron una consulta conmigo. En la primera entrevista, por la descripción que me hicieron, tuve la impresión de que no era un esquizofrénico. Parecía ser cierto que en un momento anterior él había estado mucho peor, lo cual dio lugar a pensar que era un esquizofrénico. No se trató simplemente de un error de diagnóstico. Se trató seguramente de una situación compleja en la que las cosas se habían entramado de una manera tal que Hernán mismo empezó a sentirse cada vez más loco.

Cuando comenzaron a venir al grupo multifamiliar, el joven de veinte años, estudiante de medicina, se conectó rápidamente con todo el mundo. A nadie se le ocurrió

que podía ser un esquizofrénico. En el grupo, Hernán empezó a desalinearse. Esto que en este caso fue bastante espectacular, en la mayoría de los casos se da con menor rapidez, pero también de la misma manera. Es un contexto en el que el paciente señalado puede rescatarse al poder hablar con otras personas con las cuales no existen relaciones de interdependencias patógenas, donde podrá darse cuenta que su condición mental no es tan alarmante como sentía que era.

Cuando aflojó la preocupación de los padres con respecto a la enfermedad de Hernán, éstos empezaron a ponerse muy nerviosos. Fue fácil poder mostrarles que era extraño que no pudieran alegrarse realmente de ver a Hernán fuera de peligro con respecto al temor de que fuera un esquizofrénico. Parecía que no podía tranquilizarse y disfrutar de la nueva situación.

Se hizo claro para todos, y poco a poco para ellos mismos, que ahora eran ellos los que le reprochaban a Hernán haber producido un descalabro en la familia. El, sintiéndose apoyado por los componentes del grupo multifamiliar y por el terapeuta, pudo ver y escuchar con más objetividad lo que estaba pasando. Los padres comenzaron a discutir entre ellos. La madre hablaba sin parar. El padre comenzó a hacer gestos de estar fastidiado y desbordándose. Hernán me miró como si me estuviera diciendo: ¿Ve cómo son las cosas en mi casa?

Los progenitores me miraron como esperando que yo dijera algo. Era difícil saber qué convenía decir. Porque era tan evidente lo que estaba pasando que me pareció preferible no decir nada que pudiera ser hiriente para los padres delante del hijo y de los demás. Dirigí hacia mí la atención y les dije que estaban diciendo tantas cosas importantes que me resultaba un poco abrumador poder pensar en todo ello, que seguramente poco a poco íbamos a encontrar la manera de reflexionar juntos.

Lo que acabo de relatar es un buen ejemplo de una situación en la que el grupo, como continente, jugó un papel importante. En una situación terapéutica individual, Hernán hubiera aparecido como un paciente perseguido, paranoide, temeroso de lo que pudiera encontrar el psicoanalista en su inconsciente. Desde chico había sentido una gran rivalidad con su hermano y no toleró bien su nacimiento. Le tuvo además envidia porque, siendo su hermano un poco enfermo, la madre tuvo que ocuparse más de él que de Hernán, y ahora, en el momento de un brote psicótico, el paciente seguramente podría llegar a matarlo pasando al acto en relación con la reactivación del viejo conflicto.

En un grupo pequeño, no estando presente los padres, no hubiera sido posible visualizar la trama que se vio de entrada en el grupo multifamiliar. El paciente, sintiéndose perseguido por su culpabilidad interna, se hubiera comportado con mucha desconfianza y hubiera dado la imagen de un paranoico potencial. Y al hablar de que su psiquiatra consideraba que era un esquizofrénico se hubiera sentido perseguido por el grupo, que a su vez hubiera comenzado a mirarlo como peligroso. Sin ver directamente la forma en que el clima de tensión familiar influía sobre él, era difícil comprender la situación en su totalidad. En el grupo multifamiliar, una vez que la "esquizofrenia" de Hernán hubo desaparecido, como por arte de magia, la madre me llamó "mandiga" (*) y pudo empezar a contarnos que tal vez las dificultades en la familia habían comenzado bastante antes, cuando el hermano de Hernán, dos años menor (adolescente de 16 años) empezó a tener comportamientos típicos de rebeldía adolescente: pelo largo, no se bañaba, ropa sucia, amonestaciones en el colegio, etc., y en la casa a los padres se les hizo cada vez más difícil controlar la situación.

Hernán, que desde chico había sido muy serio y aplicado, como habiendo sido siempre el representante de la obsesividad del padre, empezó a sentir algo muy raro dentro suyo porque, sumamente enojado con el hermano, había empezado a sentir ganas de matarlo. El expresar lo que sentía cayó como una bomba y todos empezaron a imaginar que estaba muy mal. El psiquiatra que lo atendió también empezó a imaginar lo mismo, en particular "alimentado" por las informaciones telefónicas permanentes que le daba la madre sobre lo que Hernán decía o hacía y sobre todo las figuras de calaveras que colgaba en la puerta de la habitación de su hermano; todo hacía pensar que Hernán se había vuelto loco.

Cuando dejó de ser "loco" en el contexto del grupo multifamiliar y se pudo empezar a pensar, yo sugerí que tal vez Hernán, que toda su vida había considerado su máxima virtud ser el hijo 10 puntos, veía ahora con mucha angustia que al hermano se le permitía cosas que él consideraba inaceptables. Parecía haberse sentido cargado inconscientemente por los padres con la responsabilidad de volver a restablecer el "orden de siempre" en la vida familiar, y, por tanto, al hermano había que castigarlo severamente o hacerlo desaparecer. Hernán pudo entonces decir que esto sí parecía darle a él mismo una especie de explicación satisfactoria de lo que le había pasado. El mismo se asustó de tener tanta bronca con respecto al hermano, pero al no poder compartir con nadie una posible comprensión de esa bronca, desde una identificación con el padre obsesivo, sintiéndose obligado a asumir ahora el papel del personaje, es decir, de ser más papista que el papa (o sea del papá), empezó a verse él mismo como lo veían los otros, es decir, loco. Sobre todo cuando veía las caras de su padre, de su madre y de su hermano, tan asustados todos en relación a como lo veían a él. Y todos, representados por la madre, habían logrado asustar al psiquiatra, quien, como dijimos antes, empezó a medicar con antipsicóticos profundos y a plantear la necesidad de la internación de Hernán. Toda esta situación, que fue muy difícil de manejar durante un año en terapia individual o familiar de grupo pequeño, se disolvió prácticamente en 2 ó 3 sesiones en el grupo multifamiliar porque en este contexto, como se acaba de explicar, los recursos terapéuticos son múltiples y se adecúan a cada uno de los pacientes atrapados en una trama psicotizante en la que se producen realimentaciones enloquecedoras, de una manera sutil y apropiada a cada caso.

Relato en detalle porque en forma gráfica y aparentemente sencilla muestra mecanismos de interdependencia patógena que en otros casos son mucho más difíciles de visualizar, más profundamente soterrados en el inconsciente, secretos, disfrazados, distorsionados y ocultados permanentemente, donde por diversos motivos cada uno tiene mucho miedo de traer a la luz verdades que siente que pueden dañar al otro o que puedan producir vergüenza.

El grupo multifamiliar se constituye como una mini sociedad. Lo forman familias de distintos orígenes y con distintos problemas. Pero los conflictos humanos son básicamente siempre los mismos, aunque toman formas tan variadas que muchas veces se hace difícil identificar las semejanzas. Una de las importantes funciones terapéuticas es la de ir "visualizando" las semejanzas entre lo que le pasa a una familia en relación a lo que le pasa a otra, lo cual permite la metaforización de la situación. Los conflictos son patológicos porque se dan en vínculos de interdependencias patógenas que hacen muy difícil o imposible lo que llamamos su elaboración o resolución. Se presentan así como conflictos dilemáticos. No es suficiente tomar conciencia para que se produzca un cambio, es necesario que se den ciertos cambios para que se puedan abrir espacios mentales para poder pensar y desde allí poder cambiar.

Mi experiencia me ha demostrado que el paciente mental grave necesita un contexto comunitario para que su "locura" tenga donde expresarse. Dada su naturaleza propia, la "locura", que no puede ser pensada, necesita "un otro" para poder ser actuada. Las formas de expresión de la locura en la dimensión vincular con el otro son:

- *La expresión de un tipo de interdependencias patógenas (12) vividas con las figuras parentales y que tienen, en el llamado mundo interno, una vigencia actuante que conserva el poder patógeno que estas interdependencias tuvieron en aquellas épocas.*

- *Las características de los pacientes, que actúan como personajes en un contexto comunitario, se potencian enormemente cuando incluimos a los familiares. Adquiriendo por momentos aspectos de caricatura, nos ponen a prueba en el sentido de poder descubrir, más allá de los "personajes" (8), contruidos con identificaciones con aspectos de los padres, a la persona infantil, sana, que anida todavía en su interior sin haber podido desarrollar su potencial.*

- *Los pacientes parecen habitados (10) por múltiples personajes a menudo incompatibles entre sí, que han impedido el desarrollo del sí mismo verdadero.*

- *Los tipos de interrelaciones que se reactivan y actualizan en la dimensión familiar de la psiquiatría -es decir, que la psicosis es siempre una patología vincular-, ponen en evidencia las características de lo que desde el psicoanálisis llamamos transferencia psicótica.*

- *La familiaridad que a través de los años de práctica he alcanzado, me permite "pensar" la locura con una distancia suficiente a pesar de la proximidad empática que necesitamos poder lograr y conservar con estos pacientes. Sólo así podremos mantener un rapport o vínculo de interdependencia recíproca sana para trabajar desde ese lugar compartido, el "rescate" (8) que el paciente necesita para poder salir de la locura, es decir, de la trama de interdependencias patógenas y enloquecedoras por las que se siente atrapado en su relación con los otros y también poder liberarse de la trama de interdependencias patógenas y objetos enloquecedores por los que se siente habitado en su mundo interno.*

El contexto multifamiliar, es decir, el conjunto de los pacientes y sus familiares, constituye una trama social en la que la locura parece tener un espacio para poder desplegarse. Es difícil aquí encontrar las palabras adecuadas para hablar de la locura. Pero la percibimos en carne propia cuando una persona francamente alterada se expresa a gritos muy enojada o dice cosas aparentemente incoherentes. Se trata entonces de poder tolerar lo que esa persona nos hace sentir con toda la confusión de no poder pensar ni entender lo que nos quiere decir. Percibimos poco a poco que la aparente incoherencia de lo que expresa puede comenzar a tener sentido si a pesar de la carga emocional que nos impide pensar, podemos hacerlo intentando construir con la imaginación un escenario en el que lo que esa persona está diciendo o actuando puede ir adquiriendo sentido.

En relación a esto deseo compartir con ustedes algo que me ocurrió hace mucho tiempo:

Hace muchos años, en un grupo multifamiliar con pacientes esquizofrénicos en el hospital Borda, un paciente se presentó a la reunión totalmente desnudo. En un primer momento y frente a un hecho tan insólito, tuve la intención de llamar al enfermero para que se lo llevara a vestir. Pero sintiendo el impacto que estaba produciendo en los demás, se me ocurrió que no podía tratarlo como a un chico que se está portando mal. Pensé que con su actitud traía un mensaje de otra naturaleza. Me quedé callado en medio de

un silencio total, nadie dijo nada en varios minutos, quizá cinco o diez. Es difícil precisar cuánto, el tiempo emocional fue prolongado porque nadie decía una palabra. Yo sentía que todos esperaban que hablara, y yo quería descubrir la dimensión emocional que estábamos compartiendo como en misa, que todos compartíamos algo profundo y que nadie sabía qué era.

Comencé a poder pensar que el paciente vino trayendo algo que nunca había podido compartir con nadie. Si yo no lo hubiera podido captar de esa manera, hubiera llamado al enfermero diciendo que era un loco que tenía que vestirse. Que era "loco" no había duda, para cualquier psiquiatra era un esquizofrénico. Pero yo sentía que él estaba trayendo una vivencia de desamparo, de inermidad, de indefensión, que sólo podía expresarlo de una manera actuada como se expresa la locura, y que había logrado tocar la fibra solidaria de cada uno de los presentes. Cada uno empezó a sentir que había algo de eso en él, de la desnudez, de la indefensión, del desamparo. Al rato el paciente se retiró y volvió a la reunión vestido, con lo cual se rescató la solidaridad de los demás frente a su indefensión y se pudo trabajar el tema.

A este paciente no se le ocurrió venir desnudo porque sí. Durante el mes que había estado internado él percibió el clima solidario que se había creado en los grupos, lo cual le hizo sentir que podía mostrarse tal como se sentía, desnudo y desamparado.

El contexto multifamiliar es un contexto para todos. La conducción está en manos de una persona o de un pequeño grupo que trabaja en coterapia. Existe también la posibilidad de que otros terapeutas intervengan haciendo que se pueda ampliar la coterapia a un equipo más numeroso. Cuando todos estamos incluidos en un grupo grande, de 20, 30 ó hasta 100 personas, hay muchas cosas que cambian mucho para todos los que estamos allí reunidos. Curiosamente, empezamos a darnos cuenta que todos los fenómenos pasan de manera diferente. Si bien es cierto que algunos pacientes o familiares pueden quedarse callados como si les fuera muy difícil hablar delante de los demás, también es cierto que muchos pacientes se animan a intervenir en esas condiciones mucho más de lo que hubieran hecho en el contexto de un grupo pequeño.

Comenzamos a acuñar entonces el concepto de continente para referirnos al hecho que se fue haciendo cada vez más evidente: que las expresiones de la locura eran mucho más contenidas en el grupo grande que en un grupo chico o en una sesión individual. Nos dábamos cuenta que en el grupo grande disminuye el temor a hacer daño. La violencia puede expresarse más abiertamente. No es que los pacientes tengan tendencia a la violencia física. Esto puede ocurrir a veces y se pueden dar peleas y agresiones, pero esto es más bien excepcional. Lo que sí parece liberarse es la agresividad verbal en la que puede muchas veces percibirse el odio sin que se dé el pasaje al acto. Todo parece suceder con más autenticidad.

En la familia nuclear la violencia latente puede ser muy grande. Su control es a veces evidente, pero ese control, durante el proceso de desarrollo de los hijos, hace que la violencia fantaseada sea vivida como mucho más peligrosa que la violencia expresada. Todo sucede como si no se hubieran dado las condiciones necesarias para ir integrando la violencia de las distintas situaciones conflictivas a medida que se fueron presentando dentro de lo que podríamos llamar el aparato psíquico de cada uno. Esas violencias sucedieron en general en las llamadas situaciones traumáticas que como sabemos dejan identificaciones patógenas dentro de la mente de las personas. De tal manera, estas identificaciones patógenas mantienen la violencia de las situaciones traumáticas en las que tuvieron lugar y, al hacer difícil el desarrollo de una identidad más consistente y más

coherente, contribuyen a armar personajes desde los cuales se expresan las transferencias psicóticas con las características compulsivas que todos conocemos.

En el grupo multifamiliar, cuando una familia se atreve a abordar su problemática propia, con toda la carga de violencia reprimida a veces durante tanto tiempo, esto se constituye en una experiencia emocional que por identificación viven todos los demás, cada uno con sus posibilidades personales y también en relación con el momento del proceso terapéutico que está atravesando:

En una oportunidad, un adolescente que robaba coches compulsivamente, lo cual en forma inconsciente expresaba su resentimiento contra su padre, se refirió despectivamente al esfuerzo económico que éste realizaba para afrontar su tratamiento. Esto produjo una violenta reacción del padre que lo encaró muy enojado y en actitud físicamente desafiante le dijo a gritos: "no es dinero, es mi vida que se me ha ido para ganarlo". No nos detendremos a analizar este caso en particular, sino la movilización que en esas circunstancias el tema dinero produjo en el resto de las familias. Este pudo ser abordado posteriormente y en cada grupo familiar nuclear, sin la carga de violencia original que podríamos decir fue asumida por uno de los miembros del grupo multifamiliar.

Este es un ejemplo, entre tantos otros, de cómo la violencia originaria entre ese padre y ese hijo, que actualiza en un momento dado una intensa rivalidad e interdependencia patógena de larga data, pudo ser visualizada, contenida, dialogada y trabajada en el contexto de un grupo grande. Ese padre que nunca había podido elaborar su rivalidad con sus hijos, porque no habiendo podido sentirse hijo con su propio padre, no pudo sentirse padre con sus hijos, pudo ahora por primera vez en su vida tomar conciencia en un contexto de seguridad psicológica que le permitió hacer un cambio psíquico que no había podido tener lugar antes en otras terapias. Pero tan importante como eso fue el hecho de que el tema pudo ser abordado por las otras familias en sus terapias nucleares, donde se revelaron conflictivas semejantes.

En el grupo grande se producen conductas y formas de expresión de aspectos primitivos de la mente. Para cada persona los otros representan un contexto y una pantalla que sirve para proyecciones y desplazamientos de todo tipo de contenido. Lo que ocurre por momentos puede tomar la forma de un sueño despierto o de una pesadilla. Hay personas que pueden hacer regresiones infantiles. Otras se presentan como personajes en un escenario. En unos y otros se acentúan características personales que representan aspectos parciales y momentos particulares de conductas emocionales que vienen cargadas desde la historia familiar de cada uno. En esas conductas se ponen en evidencia las interdependencias patógenas de la historia personal que pueden ser trabajadas terapéuticamente para ser transformadas en formas de pensamiento reflexivo que va apareciendo a medida que se van produciendo las desidentificaciones de las identificaciones patógenas por las que cada uno se siente habitado.

En cada persona se reactivan entonces aspectos inconscientes reprimidos, recuerdos y vivencias olvidadas "gatilladas" desde lo que otros dicen o hacen. De la misma manera que un filme o una obra de teatro produce en cada espectador diferentes respuestas según el contenido de la obra, todo lo que pasa puede ser interpretado como un espectáculo por los otros. Pero hay personas que lo ven como espectáculo porque temen sentirse involucradas en lo que se está diciendo. Hay pacientes que ven a los demás como farsantes. Tienen tendencia a atribuir falta de autenticidad. De la misma forma en que no

creyeron en ellos cuando niños, tienen ahora dificultades para creer en los terapeutas o en los otros.

La participación muy comprometida emocionalmente de ciertos participantes, al producirse y tener lugar en un contexto multitudinario constituido por familiares propios, por otros pacientes y otros familiares y también personas que intervienen no como familiares, sino en forma más impersonal, da lugar a diálogos de todo tipo que tienen la potencialidad de hacer pensar. Cada uno lo hace según sus posibilidades propias. Y cada uno va desarrollando nuevas posibilidades de dialogar y pensar que a veces no hubiera imaginado poseer.

Las personas intervienen entonces de distintas maneras. Pueden aparecer como representantes de una subcultura familiar. Pueden representar formas de cultura dominante de la sociedad. ¿En qué consiste el diálogo? ¿Cómo se coordina o conduce para que sea posible el diálogo y la elaboración? ¿Qué es elaborar en este contexto?

La descripción de lo que sucede es muy difícil. Y también es muy difícil explicar qué es lo que debe hacer el coordinador.

Uno de los aspectos importantes de estas experiencias es que cada persona, paciente, familiar o terapeuta, pueda integrar en su propia mente las diferentes experiencias que, siendo realizadas en contextos variados, individual, familiar y multifamiliar, tienen el poder terapéutico de abrir espacios mentales que no tienen ninguna de las experiencias particulares por sí misma. Estas variadas experiencias en distintos contextos terapéuticos tienen un poder multiplicador por diferentes factores:

- Poder vivenciar y tomar conciencia de los llamados mecanismos de defensa primitivos (proyección, escisión, negación, renegración, identificación, desplazamientos, represión) en varios contextos en lugar de solamente en la transferencia en el análisis individual, posibilita más el cambio psíquico.

- También el poder vivenciar que la identificación proyectiva masiva que un paciente hace sobre un terapeuta o sobre cualquier otra persona y que toma la forma de transferencia psicótica es un desplazamiento de algo que él vivió pasivamente con sus padres en un contexto de interdependencia patógena. Estas son experiencias mucho más totalizadoras que permiten la reconstrucción de las situaciones traumáticas de origen, en vivo y en directo, reactivadas ahora en transferencias múltiples sobre las personas reales que integran los grupos.. Estas transferencias múltiples corresponden a los múltiples personajes que conforman la mente fragmentada de estos pacientes.

- Otro de los temas de mayor importancia es que los fenómenos que describimos, si bien se dan con cierta espontaneidad, requieren una conducción muy particular para que cada persona pueda articular los distintos aspectos que componen las experiencias desde lo emocional y vivencial, pasando por las fantasías, la imaginación, la capacidad de metaforizar, que se va adquiriendo a través de la experiencia de una participación comprometida y empática.

Ahora bien, ¿cuál es la función terapéutica en este nuevo contexto? Este tema es uno de los más difíciles de abordar.

Dijimos antes que las experiencias terapéuticas con los pacientes con patología grave, tanto bipersonales como de la familia nuclear, son por su naturaleza muy difíciles de tolerar. Sistemáticamente hemos visto que los temas verdaderamente dolorosos, que han producido intenso sufrimiento psíquico, están como sumergidos en el inconsciente, de tal

manera que será necesario recorrer un largo camino revelador que vaya descubriendo la verdadera trama de interdependencias patógenas que han jalonado la historia personal de cada uno. Al ser la situación traumática, por su naturaleza, violenta y generadora de violencia, es imposible evitar que la violencia contenida se actualice de diferentes maneras. En un grupo las personas pueden permanecer mudas durante bastante tiempo, precisamente por temor a esa violencia. La función terapéutica en esos casos será ir creando el clima necesario de seguridad psicológica para que cada persona o cada grupo encuentre el "momento" para expresar su verdad. Esto puede llevar mucho tiempo.

En un grupo multifamiliar un paciente muy angustiado comenzó a quejarse de actitudes de su madre que podríamos conceptualizar como seductoras. Decía que se sentía asfixiado por las excesivas muestras de cariño y besos y caricias que le prodigaba permanentemente. Un clima de gran agitación comenzó a percibirse en varios de los jóvenes y entendimos que nos enfrentábamos a un momento privilegiado en que podíamos comenzar a hablar de un tema tan reprimido como es el de las actitudes posesivas e inconscientemente incestuosas entre padres e hijos. Algunos de los padres presentes no pudieron tolerar la situación y abandonaron la reunión. Pero los jóvenes comenzaron a hablar de sus sensaciones angustiosas y por primera vez se animaron a comentar sus fantasías al respecto, abriendo así el camino para que el tema pudiera ser abordado posteriormente en las terapias individuales y de las familias nucleares. Una vez más, el grupo tuvo la capacidad de contener la violencia incluida en esta temática tan compleja y tan difícil de abordar.

Pero, ¿en qué consiste la conducción de un grupo multifamiliar en que se plantean problemáticas tan complejas como la que señalamos? Se trata de crear las condiciones y el clima necesarios para hacer posible a los participantes el poder pensar en lo que no se puede pensar por sí solo y que pueda ir tomando conciencia de qué es lo que no le deja pensar, que generalmente es alguna violencia interna en términos de resentimientos y remordimientos, bajo la forma de agresividad, envidia, celos, odios primitivos, etc., que se vivencian como angustias psicóticas que muchas veces son el motor del actuar compulsivo desde identificaciones patógenas. En un momento dado, si el conductor se asusta y contra actúa desviando o intelectualizando lo central del tema se pierde la posibilidad del abordaje terapéutico. Si algo se plantea como verdaderamente difícil para todos, incluyéndose él mismo, esto debe ser abiertamente explicitado, como sucedió en el ejemplo anterior. El conductor necesita saber poner límites a ciertos niveles de actuación porque esto también forma parte de lo que se necesita para poder pensar. Una de las cosas importantes dentro de estos procesos es ayudar a quien se expresa a pensar en porqué dice lo que dice, si responde a una intervención constructiva de elaboración de un tema o de ayudar a otro a elaborar su angustia, o si entrando en una contra actuación sirve más bien como mecanismo defensivo para taponar el surgimiento de la verdad.

En el grupo multifamiliar es necesario tomar en cuenta la necesidad de "cuidar" a las personas que lo integran. Si alguien siente miedo, y no se da cuenta, en la intimidad del consultorio psicoanalítico en que la relación es bipersonal, se le puede señalar al paciente que tiene miedo o bien ofrecerle una interpretación a través de la cual se puede descubrir o percibir el motivo del miedo. En cambio, en un grupo grande, decirle que tiene miedo como si fuera interpretar algo inconsciente, puede ser traumático porque puede hacerle sentir avergonzado al revelar delante de los demás algo que él está ocultando o que ni siquiera sabe. Sería como descalificarlo en público. La función del coordinador debe ser poder manejar cualquier situación quitándole el carácter traumático que pueda hacer sentir mal a quien interviene. La toma de conciencia de aspectos emocionales traumáticos profundamente soterrados en el alma humana, que es potencialmente enriquecedor, tiene

que darse en un contexto de solidaridad. La función terapéutica es ir creando artesanalmente ese clima de solidaridad en que todos puedan sentirse acompañados en su sufrimiento psíquico para así poder expresarlo libremente, sin temor al ridículo o a la vergüenza pública.

Otro tanto podemos decir de aquella persona que en un momento dado siente la necesidad de confesarse en público. Hay que cuidar a esa persona que puede haberse sentido no cuidada en su vida, y la necesidad de confesarse lo lleva a desnudarse frente a los demás, lo cual puede llevarlo a repetir una situación traumática y hacerlo sentir muy avergonzado. En una oportunidad el padre de un joven drogadicto comenzó a confesar situaciones muy embarazosas de su vida, con la intención de justificar las actuaciones de su hijo, pero lo que consiguió fue avergonzar mucho a su hijo, que no pudo tolerarlo y se retiró de la reunión.

La terapia apunta a hacer posible procesos de cambio psíquico, mental y emocional, que son muy difíciles. Parecería que los funcionamientos mentales en general y en particular las formas patológicas del funcionamiento de la mente, organizados para neutralizar el sufrimiento psíquico, atrapan los conflictos en una trama de interdependencias dilemáticas y a partir de allí tienden a repetirse compulsiva y estereotipadamente. Son enfermantes y enloquecedores (8) porque tienen el poder de impedir y anular las experiencias terapéuticas potencialmente enriquecedoras, haciendo de las situaciones nuevas, repetición (transferencial) de viejas experiencias traumáticas, constituyéndose así los llamados núcleos autistas. Y es en este sentido que podemos decir que el paciente difícil es un especialista del no cambio. Y también que la problemática del **insight** y del cambio psíquico debe ser estudiada en el contexto de una tendencia al no-cambio (13).

El contexto multifamiliar es el que más poder tiene para promover el cambio frente a esa tendencia al no-cambio, para abrir espacios mentales para cambiar, que se producirán en el devenir del proceso terapéutico que es un camino que cada uno tendrá que recorrer por sí mismo.

Nuestra experiencia en grupos multifamiliares fue realizada en un contexto institucional, el hospital primero y luego la clínica privada, donde articulamos los distintos niveles de psicoterapia psicoanalítica individual, grupal, familiar y multifamiliar. Centramos nuestra exposición principalmente en el grupo multifamiliar porque ha sido el cambio más significativo desde el principio y es el que de alguna manera permitió articular las distintas modalidades del proceso terapéutico. La institución engloba todo tipo de actividades que permiten crear espacios terapéuticos para a su vez generar cambios psíquicos en las personas, que no se dan cuando se trabaja solamente en una dimensión.

Esta visión de las cosas me permitió:

- Trabajar psicoanalíticamente en forma simultánea en análisis individual, grupal, familiar y multifamiliar.

- Esta forma de trabajo hace a veces posible lo aparentemente imposible y así se aumenta la riqueza de los recursos curativos y se incrementa en forma exponencial el campo de la analizabilidad.

- El paciente, al sentirse colocado en un contexto comunitario multifamiliar en el que la actuación de su locura encuentra límites seguros que contienen su destructividad fantaseada, puede empezar a desprenderse de las redes de interdependencias patológicas,

tanto externas como internas, que le daban una engañosa vivencia de seguridad. El "susto" que producen ciertos temas puede ser contenido por el grupo. El **insight** que a veces puede ser vivido como catastrófico puede dejar de serlo cuando tiene lugar en el grupo grande.

- Empieza así a vislumbrar que si bien experimenta momentos de incremento de la angustia y vivencias de vacío y de muerte por los cambios que implican la desestructuración de los personajes armados desde identificaciones patógenas detrás de las cuales se ha escondido toda su vida, va descubriendo que estos procesos de "desidentificación" (8, 13) vividos como profunda despersonalización no solamente son destructivos, sino que son los que le hacen percibir que hay alguien dentro de él, su sí mismo verdadero, que podría tener una oportunidad nueva, por primera vez en su vida, de poder emerger; una oportunidad para que el paciente pueda aprovechar potencialidades virtuales detenidas en su vida. Podemos hablar aquí de un verdadero renacimiento en el sentido de una cura de "almas" que autores como Winnicott (16) llamó redesarrollo y como Balint (I) que hablaba de un verdadero nuevo comienzo.

La complementación de los diferentes campos terapéuticos que aparentemente producen una multiplicación de la transferencia en transferencias múltiples, algo temido por algunos analistas, se presenta en estos casos como una necesidad. En realidad, las transferencias múltiples son inherentes a la condición de la patología mental grave de poder expresar los diferentes aspectos de su mente fragmentada, a veces incompatibles entre sí, como las personalidades múltiples (8, 10) para poder trabajar psicoanalíticamente en forma separada las variadas interdependencias patógenas que constituyen la red de identificaciones patológicas que configuran la enfermedad mental.

De esta manera, en el campo analítico individual, contextualizado en un campo más amplio donde el paciente puede realizar experiencias emocionales correctoras (a la manera de F. Alexander) variadas y múltiples, disminuye esa característica atrapante para el analista de la transferencia psicótica, que Nacht (15) refería como "inextricable" y que Bion (2) describe muy bien desde la perspectiva Kleiniana de la identificación proyectiva como masiva, invasora y paralizante, porque, atacando la capacidad de pensar, puede llegar hasta anular la capacidad de **reverie** del analista.

Es bastante reciente el hecho científico que consiste en que en distintos lugares en el mundo se va haciendo evidente que el trabajo psicoanalítico con pacientes psicóticos se hace mucho más operativo cuando se realiza simultáneamente en múltiples espacios terapéuticos que constituyen el contexto más adecuado para que en la mente de estos pacientes puedan aparecer nuevos espacios mentales y puedan desarrollarse nuevas estructuras que yo he conceptualizado como nuevos recursos yoicos genuinos (9) y que coincide con el concepto de nuevas funciones desde la formulación bioniana y también con Kohut (14) que habla del desarrollo de nuevas estructuras mentales.

En esta exposición he intentado transmitir algunos aspectos que podemos llamar específicos de la manera cómo se debe trabajar en los grupos grandes, cuando el conductor piensa en términos de estructuras multifamiliares y en la patología mental en términos de redes interdependientes patógenas. Es desde esa manera de pensar que surge la especificidad del trabajo terapéutico. Esto no se puede dar en grupos pequeños, ni en el grupo familiar nuclear ni en psicoanálisis individual, porque no se dan las condiciones ni están presentes todos los integrantes para que se den los fenómenos que describimos y así se pueda trabajar en las múltiples dimensiones. La experiencia que el conductor cobra en estos grupos le será luego de gran utilidad en cualquier contexto, adaptándola a cada uno. Podrá entonces integrar mucho más fácilmente las dimensiones de lo individual,

grupal, familia y sociedad y a su vez integrar los diferentes esquemas psicoanalíticos, conductistas y cognitivos.

El grupo multifamiliar es una estructura grupal que es inherente a su propia constitución porque se arma a partir de muchas familias con un propósito bien definido que no tienen otros grupos. En un grupo grande que se constituye con otros objetivos - encuentros para intercambio, diálogo, comunicación, etc.- la dimensión multifamiliar no es manifiesta, pero está subyacente. Para algunos conductores estos aspectos de lo que podríamos llamar la estructura multifamiliar, que es inherente a la condición humana, pueden aparecer como impedimentos para el diálogo en un nivel intelectual. En ese sentido hay diferentes enfoques técnicos posibles que podrían analizarse.

Pero mi experiencia me permite, gracias a lo visualizado en estos grupos que comentamos, trabajar la dimensión multifamiliar de cualquier grupo grande, cualquiera que sea su naturaleza, con mayores recursos en base al manejo de los diversos grupos multifamiliares.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BALINT, M. (1968): **The basic fault**, Tavistock Publ.
- (2) BION, W. R. (1962): **Learning from Experience**, Basic Books, Nueva York.
- (3) GARCÍA BADARACCO, J.E. (1962): "El problema de la actitud psicoterapéutica en la asistencia psiquiátrica", **Acta Psiquiát. Psicol. Arg.**, 8:289.
- (4) GARCÍA BADARACCO, J. E. (1964): **El grupo familiar múltiple. Presentación al Congreso de Psicología**, Mar del Plata.
- (5) GARCÍA BADARACCO, J. E. (1969): Relato oficial sobre Comunidad Terapéutica, IV Congreso Mundial de Psicodrama y Pr. Simposium Panamericano de Psicoterapia de Grupo, F de Medicina, Universidad de Buenos Aires (no publicado).
- (6) GARCÍA BADARACCO, J. E.; PROVERBIO, N.; CANEVARO, A (1970): "La terapia familiar en comunidad terapéutica psicoanalítica de pacientes psicóticos (grupo familiar múltiple y grupo familiar nuclear)", en **Patología y Terapéutica del Grupo Familiar**, Fundación Acta, Buenos Aires, págs. 150-152.
- (7) GARCÍA BADARACCO, J.E.; PROVERBIO, N.; CANEVARO, A (1962): "Tratamiento de pacientes psicóticos", **Acta Psiquiátrica Psicol. A. Lat.**, 18:232-243.
- (8) GARCÍA BADARACCO, J.E. (1986): "Identification and its vicissitudes in the psychoes. The importance of the concept of the 'maddening object'", Int. **J. Psycho-Anal.**, 67:133.
- (9) GARCÍA BADARACCO, J. E. (1988): "Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficits de recursos yoicos", en **Diagnóstico en Psiquiatría**, Compilado por Guimon y otros, cap. 48, Salvat.
- (10) GARCÍA BADARACCO, J. E. (1990): "Las identificaciones y la desidentificación" en **Revista de Psicoanálisis**, T. XLVII, n° I, págs 84-102.
- (11) GARCÍA BADARACCO, J. E. (1990): **Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar**, Tecnopublicaciones, pág. 119, Madrid.

- (12) GARCÍA BADARACCO, J. E. (1990): **Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar**, Tecnopublicaciones, pág. 208, Madrid.
- (13) GARCÍA BADARACCO, J. E. (1992): "Psychic change and its clinical Evaluation", **The Int. Journal of Psycho-Analysis**, vol. 73, part 2.
- (14) KOHUT, H. (1977): "The Restauration of the Self". **Int. Univ. Press**, Nueva York.
- (15) NACHT, S. (1996): La présence du psychanaliste, **Presses Universitaires de France**, París.
- (16) WINNICOTT, D. W. (1958): **Collected Papers**, Tavistock, Londres.