

# El grupo multifamiliar

The multifamily group

JOSÉ MARÍA AYERRA BALDUZ

*Ex-Jefe del Servicio de Adultos del Área Experimental Uribe Costa Salud Mental, Getxo, Vizcaya.*

*Correspondencia: José María Ayerra (ayerrajm@ayerrajm.net)*

Recibido: 09/07/2019; aceptado: 09/08/2019

**Resumen:** En este artículo, José María Ayerra cuenta cómo se desarrolló uno de los modelos de grupo familiar que más influencia ha tenido en nuestro sistema de salud mental.

**Palabras clave:** grupo multifamiliar.

**Abstract:** In this article, José María Ayerra tells how one of the most influential multi-family group models in Spain was developed.

**Key words:** multifamily group therapy.

## CONTEXTO EN EL QUE DISEÑÉ EL PRIMER GRUPO MULTIFAMILIAR

EN 1982, ASUMÍ LA JEFATURA DEL SERVICIO de Adultos del “Área Experimental Uribe Costa Salud Mental”, servicio comunitario muy bien dotado en infraestructuras y personal. En él se trataba de ensayar el modelo de ambulatorio, de intervención comunitaria y de estructuras intermedias idóneos con el fin de generalizarlo a toda la comunidad autónoma. Se trataba de buscar una alternativa a los psiquiátricos tradicionales imperantes hasta ese momento (tres en Vizcaya), con un exagerado número de camas y en un franco deterioro y desfase temporal.

El modelo asistencial que implementamos tenía como eje central el psicoanálisis y el grupoanálisis, siendo la psicoterapia dinámica el referente terapéutico. Igualmente, las intervenciones preventivas tenían un protagonismo importante, siendo la coordinación con otros servicios comunitarios (atención primaria, pediatras, colegios, deficientes psíquicos, hospital terciario con una unidad de paliativos, geriátricos y asilos, fundaciones con fines psiquiátricos, etc.) o la intervención directa sobre los mismos objetivos importantes en nuestro quehacer diario.

Fue el servicio de adultos, y más específicamente el hospital de día, entendido como comunidad terapéutica psicoanalítica, para el que diseñé y puse en marcha el grupo multifamiliar al que me referiré posteriormente. En el equipo de toxicomanía también pusimos en marcha un grupo multifamiliar, pero no tuvo continuidad en el tiempo.

#### ¿POR QUÉ IMPLEMENTÉ EL GRUPO MULTIFAMILIAR?

Creé el grupo con la finalidad de complementar e integrar los muchos recursos terapéuticos que los pacientes más graves requieren, con objeto de propiciar una intensidad en la intervención suficiente como para facilitar la emergencia de la regresión y las situaciones traumáticas profundas, así como los conflictos y las intensas movilizaciones emocionales implícitas en ellos. El grupo fue concebido, fundamentalmente, para los pacientes en crisis con una sintomatología aguda como una alternativa a la hospitalización tradicional: conteniendo, acompañando y transformando la situación personal y familiar patógena.

No llegué al grupo multifamiliar sino mucho tiempo después de tener una dilatada experiencia en psicoterapia de personas graves y de haber comprobado la capacidad evolutiva de muchos pacientes previamente desahuciados por otros. Con el tiempo, mi cupo de pacientes fueron los emergentes institucionales o aquellos cuyas características clínicas suponían mayor complejidad de abordaje.

El grupo multifamiliar es un grupo de llegada, nunca de salida y, a mi modo de entender, requiere de otras estructuras previas para poder realizarse con ciertas garantías de operatividad y control para sus participantes: pacientes y terapeutas.

#### EL CAMINO RECORRIDO

La psicoterapia siempre estuvo en el centro fundamental de mi interés por la psiquiatría. Nunca entendí el desarrollo de mi trabajo clínico al margen de una relación emocionalmente comprometida por ambas partes, posibilitando una relación segura, fiable y significativa. Sin una implicación terapéutica profunda y un

compromiso con el entendimiento causal, las posibilidades evolutivas de nuestros pacientes graves son escasas y su devenir dependiente de otro tipo de factores.

Nunca me conformé con lo idiopático o somático generalizado y desconocido, sin más explicaciones del enfermar psíquico. La “fe” nunca ha sido mi fuerte. Era en la comunicación, verbal y no verbal, en el contexto de una situación dialéctica donde había establecido la esperanza de mi aclaramiento, junto con el aclaramiento del otro o los otros, en caso de tratarse de un grupo, recreando un contexto de aprendizaje mutuo.

En mis comienzos era el psicoanálisis individual el referente, no exento de grandes idealizaciones. Comencé mi entrenamiento psicoanalítico tradicional: seminarios teóricos, la experiencia personal individual y grupal, y la supervisión. Todo ello compaginado con mis experiencias clínicas, vividas más allá de lo prudente por un exceso de implicación que hoy agradezco.

Siempre di gran importancia a la experiencia clínica, y es de mi conocimiento empírico de donde he extraído mis mejores enseñanzas; así como la posibilidad de refutación de múltiples teorías psiquiátricas y psicoanalíticas. No conviene olvidar que “los textos originales son nuestros pacientes y nuestras experiencias clínicas, siendo el aprendizaje obtenido en ellas superior a cualquier teoría, que siempre es una interpretación de otro, a más sugestiva que nos resulte”. En mi enfoque debe haber una concordancia de intereses entre paciente y profesional, y una resonancia en ambos de los aspectos profundos de cada uno. Sin estos movimientos por ambas partes, la psicoterapia en profundidad está imposibilitada.

La mejoría del paciente es, de alguna manera, nuestra propia mejoría como profesionales y como personas, evolucionando con ellos en nuestro propio proceso.

Fue en la terapia individual practicada en mis comienzos donde me familiaricé con el sufrimiento psíquico, las situaciones traumáticas, el mundo interno, la transferencia, el inconsciente y los fantasmas; en definitiva, con las reminiscencias de un pasado no pasado.

Posteriormente, fueron las experiencias en el grupo de extraños donde pude ratificar los mismos fenómenos individuales, enriquecidos y resaltados por la intensidad con que se daban, así como poner de manifiesto y familiarizarme con otros fenómenos propios de los grupos pequeños de desconocidos: la transferencia múltiple, la relación con el resto de participantes confrontando lo real con la distorsión subjetiva, el diálogo libre flotante, el mundo interno transformado en el grupo interno que determina nuestra forma de comunicación y de relación particular con el mundo real, etc.

Casi al mismo tiempo descubrí la terapia familiar: la familia ya estaba intuida en la inclusión de la misma en el grupo interno que nos habita y condi-

ciona. Nuestras compañías internas, estructurantes o persecutorias, son fundamentales para vivir. La única situación que el ser humano es incapaz de soportar es el abandono y la soledad, núcleo central constitutivo de las situaciones traumáticas. Nuestra aspiración como psicoterapeutas es que nos incorporen, mediante la identificación y la introyección, como personajes estructurantes y protectores, como compañías internas que hacen soportable la soledad de las ausencias, permaneciendo los vínculos, aun en ausencia, en los que sostenemos nuestra existencia. La superación del vacío, la carencia y el sometimiento requiere siempre de importantes dosis de generosidad y entrega por parte de los que hemos tenido circunstancias más favorables sin mérito alguno, por dicho azar de la naturaleza. El encuentro con la constelación familiar, con las teorías sistémicas y psicoanalíticas de entendimiento supuso en mí un sinfín de posibilidades de nuevos entendimientos y aclaraciones de los fenómenos psíquicos. Desde entonces, entendí que texto y contexto son una misma realidad, interactuando dinámicamente e influyéndose mutuamente, para bien o para mal; igualmente entendí que el funcionamiento de la mente es social y transpersonal, nada se puede entender descontextualizado. A partir de la constatación de la implicación de la familia en los devenires emocionales y psíquicos de los pacientes, mi perspectiva cambió, y mi entendimiento pasó de un modelo individual a un pensamiento centrado en la familia, indispensable en el entendimiento de los grupos pequeños, grandes y funcionamientos sociales. Todas las relaciones sociales vienen, en su mayor parte, inconscientemente determinadas por la familia internalizada y constituida en el grupo interno de cada individuo. Una familia comprometida y estructurada sigue siendo en mi opinión el mejor garante de salud mental de sus miembros y el mejor de los contextos de crianza de cuantos conozco.

Tras haber conectado con el instituto de grupoanálisis de Londres, puse en marcha los programas de formación grupal, primeramente para el entrenamiento de los trabajadores de salud mental de nuestros servicios y posteriormente en otros lugares de la geografía nacional, además de Suiza, donde nuestros programas siguen hoy todavía vigentes tras cerca de cuarenta años de existencia. En dichos contextos accedí a mis primeras experiencias de grupo grande, al que le he dedicado una gran parte de mi interés por la profundidad de las movilizaciones emocionales que provoca en sus participantes, y que les permite, mejor que cualquier otra estructura por mí conocida, conectar con lo íntimo y profundo de nuestra naturaleza. El grupo grande supone un atentado contra nuestro narcisismo, omnipotencia y megalomanía infantil, que, en mayor o menor medida, nos acompaña de forma inconsciente, restableciendo la duda y relatividad frente a la conciencia de complejidad; así como restituyendo la pequeñez e indefensión que supone el ser humano individual, solo contrarrestada mediante la empatía y solidaridad de los otros.

Las experiencias de grupo grande fueron fundamentales para el entendimiento y liderazgo del grupo multifamiliar posterior.

Finalmente, cabe destacar el encuentro con el profesor Jorge García Badaracco, a quien conocí en una conferencia en el Colegio de Médicos de Bilbao, en el que por primera vez encontré un referente que hablaba de muchos de los fenómenos que yo observaba, poniendo en palabras y confirmando muchas de mis intuiciones. Por primera vez me encontré con un psicoanalista importante con el que había grandes niveles de concordancia. Si el manicomio me enseñó qué no hacer, con Jorge empecé a tener una referencia del camino a seguir, ya para entonces por mí intuito. Como para entonces había comprobado la vacuidad de las palabras de muchos teóricos referentes, no acababa de creer del todo que se tratase de los pacientes graves que refería en sus relatos clínicos e intervenciones, así que, como Santo Tomás y su “ver para creer”, fui a Argentina y allí asistí a la comunidad terapéutica durante un tiempo; igualmente asistí, junto con el profesor José Guimón, a nuestro primer grupo multifamiliar: llamativamente íntimo, intenso y multitudinario. Al igual que el grupo grande, me fascinó su potencialidad. Aquella experiencia cerraba el proceso de lo que entendía y deseaba para el abordaje de los pacientes graves de nuestro servicio. La amistad personal y la permanente interacción con Jorge en esos años, en los que vino y participó en nuestro grupo multifamiliar en diversas ocasiones, así como la incorporación a nuestro servicio de un discípulo suyo venido de Argentina formado en la comunidad terapéutica de Jorge, aunque pronto renunció del trabajo institucional público, optando por las estructuras privadas, supusieron el espaldarazo para la puesta en marcha de nuestro grupo en estos primeros años de creatividad, innovación, ilusión y riesgo.

Fue la acumulación de estas experiencias y conocimientos integrados lo que me permitió diseñar el grupo multifamiliar que creé y acompañé semana a semana durante unos treinta años.

## LA FORMACIÓN DEL EQUIPO

Cuando comenzamos en nuestro servicio, la práctica del psicoanálisis tradicional era inviable, con una demanda diversa y creciente. La única psicoterapia posible era la grupal, pero todavía entonces no sabía las grandes ventajas de dicho modelo sobre cualquier otro en las instituciones públicas. Mi problema no era el modelo, que tenía claro, sino ¿cómo poder ofertarlo con unos profesionales neófitos en este campo? Así que, junto con el profesor José Guimón, me impliqué y lideré los programas de formación grupal antes mencionados, animando a los miembros del equipo en su participación, primero como alumnos y, posteriormente, como miembros del *staff*.

*a) ¿Qué es un grupo multifamiliar?*

Es una modalidad particular de grupo grande. Está compuesto por miembros de diversas familias, lo que diferencia su dinámica de la de un grupo grande.

El número de familias oscila desde tres, en grupos poco numerosos, hasta un número variable, que en nuestro caso fue entre veinte y treinta familias, suponiendo una presencia de entre veinticinco y cuarenta y cinco personas en los momentos de mayor asistencia, lograda tras largos y costosos años de evolución. Al no ser un grupo obligatorio, la presencia era fluctuante en función de las diversas circunstancias.

Hay muchos tipos de grupos multifamiliares, de diferentes naturalezas y diversos objetivos. Pese a denominarse de la misma manera, apenas tienen que ver unos con otros más allá de la convocatoria de reunión de las familias en un grupo.

El grupo multifamiliar es un grupo grande dividido en diversos subgrupos (igual que la composición grupal de un hospital o, en general, una institución), que, de no ser integrados en el todo grupal, se convertirán en un gran obstáculo para su funcionamiento armónico global. Los diversos subgrupos familiares se ven cuestionados en sus alianzas patógenas e irrumpen nuevas alianzas en el grupo, entre las madres, los pacientes, los padres, hijos con otros padres, etc., diluyendo en el grupo multifamiliar el grupo nuclear familiar, que de esta manera encuentra nuevas referencias y formas inéditas de relación entre sus miembros.

*b) Criterios de inclusión*

El grupo lo diseñé, fundamentalmente, para las familias de los pacientes del hospital de día.

La inclusión en nuestro grupo se producía tras un trabajo previo con el paciente, tanto individual como grupal, y algunos abordajes familiares individuales previos. Sin el establecimiento previo de múltiples alianzas con el equipo terapéutico, nuestro grupo multifamiliar sería difícilmente soportable. El trabajo anterior a su incorporación es fundamental, así como los diversos espacios posteriores al grupo donde seguir conteniendo, acompañando y elaborando, en entornos más íntimos, mucho de lo movilizado en el mismo.

*c) ¿Por qué puse en marcha un grupo tan sofisticado y complejo y no otro tipo de estructura asistencial?*

### 1-La enfermedad mental es una enfermedad familiar:

Cuando comprendí que la enfermedad mental, eliminando de ella los trastornos orgánicos, era una enfermedad en cuyo origen y sostenimiento la familia tenía todo el protagonismo, mi objetivo terapéutico cambió, poniendo el foco de mi interés en la familia. Cuando se trata de pacientes mentales graves, tan dependientes psíquicamente y emocionalmente de los otros miembros familiares, con una identidad en precario o inexistente, donde apenas vislumbramos de forma indirecta mínimos conatos del “sí mismo verdadero”, que diría Jorge, la necesidad de contar con una alianza familiar es imprescindible.

2-La dificultad de vencer la resistencia al cambio de la familia abordada individualmente, además de un tiempo asistencial indisponible:

Hay grandes dificultades para romper las dinámicas patógenas individualmente, ya que, mientras que en el grupo pequeño de desconocidos el terapeuta o conductor es el que lo convoca y quien conoce a todos sus miembros previamente, siendo quien tiene una relación previa y un mayor poder por la información, además del lugar de liderazgo, en el grupo familiar el terapeuta es el extraño, el recién llegado, siendo el más desvalido frente al acontecer particular de dicho grupo, el que conoce menos las dinámicas internas de su funcionamiento, sus alianzas y sus modalidades y vínculos, sus silencios cargados de sentido y comunicaciones, el resentimiento acumulado por el fallo y el sometimiento de unos u otros, etc.

### 3-La rotura del autismo y la restitución de redes sociales:

Cuando las familias se sienten amenazadas en el exterior, se repliegan cerrándose sobre sí mismas y responden como un bloque rígido y único aislándose del exterior. No solo el paciente hace un intento de preservarse en el autismo ante un entorno amenazador; toda la familia, en general, sufre un retracción del entorno social, aislándose, en un intento de preservarse, apoyándose en lo único conocido: su manera de relacionarse e interactuar hasta ese momento, buscando la satisfacción de sus necesidades, aun de forma equivocada y bizarra. En un trabajo de investigación sobre redes sociales realizado en nuestra área asistencial, se puso de manifiesto la pobreza de las redes sociales de apoyo y comunicación de este tipo de familias, situación que el grupo multifamiliar contrarrestaría, como hemos podido satisfactoriamente comprobar. La rotura del autismo familiar y la incorporación a un proceso terapéutico y el encuentro con otros les darán nuevas posibilidades, abriéndoles su mente al exterior y permitiéndoles un entendimiento favorecedor de una evolución imposibilitada de otra manera. El grupo multifamiliar es el más indicado para la restitución de las redes sociales. El grupo trasciende su influencia al tiempo de terapia, prolongando sus efectos al tiempo posterior social exterior al grupo, apoyándose

unos con otros, llamándose y restableciendo relaciones de una amistad y familiaridad profunda.

#### 4- La mejoría del pronóstico de los pacientes:

El pronóstico de los pacientes, así como su evolución, dependían en gran medida de una alianza de colaboración con la familia que se me mostraba a todas luces imprescindible. Había para entonces comprobado la reacción terapéutica negativa hacia los cambios positivos de los pacientes, entorpeciendo su evolución, situación que me supuso gran perplejidad cuando la experimenté. La familia está incluida siempre, para bien o para mal, así que su inclusión estaba fuera de toda duda.

5- Ninguna explicación, ni interpretación, ni medicación, tiene el potencial reparador y de cambio que tienen una reconciliación y un encuentro emocional sincero y profundo entre esposos, padres e hijos y hermanos. Los demás, incluidos los terapeutas, siempre seremos sucedáneos.

### EL COMIENZO DEL GRUPO MULTIFAMILIAR

Comenzamos primeramente con un grupo de padres. La propuesta manifiesta de la convocatoria era promover aspectos pedagógicos y de apoyo; la latente, que cobrasen conciencia de la implicación de sus problemas como personas y pareja en la problemática de los hijos, propiciando una reconciliación entre sus miembros, facilitada por el entendimiento de sus problemáticas profundas, favoreciendo un encuentro emocional espontáneo y significativo.

El objetivo manifiesto era tranquilizador, siendo lo pedagógico un elemento que, rayando lo mágico (de control) y lo contrafóbico (yo no tengo nada que ver con lo que está pasando), posibilitaba la presencia en el grupo, neutralizando la amenaza de las culpas preconscious o inconscientes. Pronto se convirtió en un grupo de queja proyectada a los ausentes, un grupo de catarsis, apoyo y desahogo.

En la medida en que el grupo se fue cohesionando, ganando mayores niveles de confidencialidad, comenzaron las revelaciones más íntimas. Siempre, frente a la confrontación de algunos hechos en el matrimonio, aparecían los hijos como responsables últimos de todo lo que ocurría. Cuando, pasado un tiempo, los padres habían entendido que nadie estaba allí para enjuiciarles, más bien todo lo contrario, que encontraban ayuda y mejoría en su asistencia, planteé la incorporación de los hijos (los grupos son como la mayonesa, hay que ir aumentando sus miembros y la complejidad lenta e integradamente para que no se corten). La propuesta fue recibida como una amenaza y una pérdida del espacio fiable y confortable en el que el



grupo se había convertido, respuesta que me confirmaba la necesidad de incluir la parte del conflicto ausente para desbloquear un avance imposibilitado por el desplazamiento y proyección sobre los hijos de las problemáticas.

Que los familiares pusiesen todo tipo de dificultades, creando expectativas pavorosas sobre los riesgos de dicho cambio, era esperable; quizá no tanto que los miembros del equipo de hospital de día implicados en el grupo participasen de dichas fantasías y se opusiesen abiertamente al cambio. Situación esta repetida en otras experiencias que como líder he tenido que enfrentar, andando por delante, abriendo posibilidades que los demás no llegaban a ver, perpetuándose en la confortabilidad de lo conocido. El equipo reaccionaba con inquietud y renuencia. En la mayoría de los casos y al tiempo han sido intuiciones racionalizadas afortunadas y oportunas, siendo así asumidas por todos como propias.

Dado que yo lideraba, asumiendo por tanto la máxima responsabilidad y en primera persona del riesgo de los perjuicios que pudieran derivarse, realicé el cambio, que se hizo con notable tranquilidad. Los conflictos y contenidos íntimos fluyeron y se enriquecieron y aclararon de forma mucho más satisfactoria. Nadie añoró el grupo pasado, casi olvidado en el tiempo (las sustituciones y los duelos son posibles, en la medida en que lo que se gana en la pérdida es igual o mejor que lo que se pierde; de no ser así, queda la añoranza de un pasado que se perpetúa).

#### EL ENCUADRE DEL GRUPO MULTIFAMILIAR

El grupo lo realizaba en los locales del hospital de día, un espacio poco adecuado en la medida en que el grupo fue siendo más numeroso, aunque cuando la confortabilidad emocional y la seguridad prevalecen, los obstáculos externos pasan totalmente desapercibidos.

##### *a) La frecuencia y tiempo de las sesiones*

Lo hacía una vez por semana. Su duración era de hora y media, procurando siempre la continuidad del grupo y las menores interrupciones. El horario es solo una referencia habitual, pues el tiempo puede ser alargado en función de emergentes finales que no han sido suficientemente trabajados y que no pueden ser pospuestos (ningún cirujano dejaría una tripa abierta cuando un inconveniente ha alargado la intervención, pese a tener un tiempo de referencia estipulado).

##### *b) La confidencialidad*

Pese a lo numeroso de los miembros presentes, se pide un compromiso de confidencialidad a todos. Sin la confidencialidad asegurada, el grupo dejaría de ser un espacio íntimo y fiable, impidiendo el trabajo.

### *c) La voluntariedad*

Como sabemos bien los que nos dedicamos al mundo de las relaciones humanas, el sometimiento es adaptativo para los momentos históricos en que las carencias de todo orden implican el riesgo de la vida y hay que competir descarnadamente por la supervivencia. Sin embargo, en nuestras sociedades, en las que las necesidades vitales están mayoritariamente resueltas, los ciudadanos complejizan su mente, que, despegada de lo concreto de la inmediata subsistencia, se expande hacia el mundo de la abstracción, complejizando su funcionamiento. La salud mental tal como la concebimos es propia de países desarrollados. Os preguntaré: ¿A qué viene tanto preámbulo? Sola y únicamente para señalar un descubrimiento que para mí es crucial en nuestra práctica clínica: la mente protagonista y regidora de nuestra relación con el mundo exterior no puede construirse en profundidad por sometimiento, pese a que este ha sido el elemento adaptativo fundamental hasta tiempos recientes. Una mente compleja no se estructura ni funciona adecuadamente desde el sometimiento, el miedo y la consecuente represión, generando estas situaciones las estructuras mentales falsas y fallidas que atendemos. La identificación con el agresor es inestable y abocada al fracaso con el tiempo, salvo en el caso de que grandes beneficios secundarios la avalen y sostengan, situación frecuente en pacientes que hacen de su enfermedad su oficio. Por todo ello, la voluntariedad es un requisito *sine qua non* de toda psicoterapia. Los manicomios hipotecaban sus posibilidades por el sometimiento y la represión, que, en el mejor de los casos, postergan el conflicto, dilatándolo en el tiempo en un camino que no podía ser otro que la cronicidad.

Evidentemente, el “no vencer sino convencer” afecta a la psicoterapia, a la pedagogía, la política y a las organizaciones sociales.

### *d) El encuadre es abierto y flexible*

“A mayor rigidez estructural, mayor flexibilidad en el encuadre”. Todos tienen que caber en el mismo. Los terapeutas están fundamentalmente para atender al último, a la persona en situación de mayor fragilidad. Solo en momentos puntuales, en que un paciente está haciendo un uso psicopático y perverso del grupo o en momentos de violencia extrema, se puede excluir temporalmente a un paciente del mismo para ser atendido en otro dispositivo más oportuno. La exclusión o no del grupo es también una puesta de límites, una cura de humildad para el grupo, que, aun poderoso, ve sus posibilidades limitadas en estas circunstancias.

No todos los terapeutas tenemos la misma capacidad de asunción y contención de determinados pacientes graves. Así, en nuestro grupo había pacientes particularmente actuadores que tenían proscrita su presencia en mi ausencia. En las sesiones algunos participantes salen en momentos de gran tensión, entrando cuando se tranquilizan.

El compromiso con el encuadre implica fundamentalmente a los terapeutas.

*e) Profundo respeto hacia todos los participantes*

Sea cual sea su situación. Siguiendo dos principios que considero claves: 1) “Nadie tiene mérito por ser lo que es” –si las circunstancias del otro y las nuestras se invirtieran, el lugar en el grupo sería invertido–; 2) “Nadie actuaría de forma inadecuada si tuviese la oportunidad de hacerlo de forma adecuada”. El porqué de mi contundente afirmación es por la fallida adaptación a la realidad, con el coste que, en forma de sufrimiento e insatisfacción, suponen las actitudes y comportamientos psicopáticos y perversos.

*f) El grupo recrea un espacio psicológico de seguridad y paz*

Todo lo que se diga o se haga en el grupo será utilizado en favor de todos. En todo hecho humano existe una verdad, a veces manifiesta y en la mayoría de ellas encriptada, que debemos buscar y reconocer entre todos, como en un juego en el que nos va nuestro bienestar vital.

*g) Las intervenciones se anima a que sean espontáneas y sinceras*

La participación silenciosa es respetada. Muchos procesos son silenciosos, actuando solo desde la resonancia emocional.

*h) La introducción de la grabadora en el grupo*

Todos los grupos son grabados con el consentimiento explícito de los pacientes. En su origen, la intención fue dejar constancia de lo que estábamos haciendo, pues nos cambiaban la estructura (por motivos políticos). Con la integración en la red asistencial general, perdíamos la total autonomía que habíamos tenido hasta ese momento, viendo amenazados muchos de los dispositivos asistenciales creados (hasta entonces, yo, como director del servicio, y la junta facultativa teníamos la libertad de planificar lo que creíamos conveniente, siendo el presupuesto aprobado anualmente nuestro único límite). Ello me hizo tomar la determinación de las grabaciones de los grupos. La fiabilidad y confianza en el equipo hizo que la incorporación de la grabadora apenas supusiese una dificultad, siendo con los años un elemento más de nuestra propia cultura. La posibilidad de repasar y poder mostrar a los pacientes sus comportamientos, determinado contenido, o posibilitar la docencia e investigación son algunas de las muchas ventajas. El único inconveniente es el posible abuso de grabaciones con contenidos tan íntimos fuera del contexto y del objetivo para el que se creó. Pese a dicho riesgo, los beneficios superan y justifican dicho peligro.

Dada la situación, aunque en estos primeros años los grupos los realizaba siempre acompañado por un compañero, en calidad de coterapeuta, este era fundamentalmente un observador mayormente silencioso, conduciendo en la práctica los grupos yo solo durante muchos años, mucho más cuando se trataba de grupos grandes o del multifamiliar, donde apenas tras algunos años realizaban alguna puntualización, aunque sosteniendo con dificultad los grupos en mi ausencia.

Aunque la coterapia es siempre conveniente en todos los grupos, las circunstancias hacen que esta sea posible o no. Sí que desaconsejo el grave inconveniente de conducir un grupo con alguien con quien se tengan divergencias personales, no teóricas, ya que estas son compatibles desde el respeto mutuo.

Siempre hay un conductor principal, que recae generalmente en la persona con más experiencia y que suele llevar el peso fundamental del grupo.

### *a) Características del conductor del grupo multifamiliar*

El conductor de un grupo tiene una influencia determinante en el mismo. Esto puede ser utilizado con facilidad de forma perversa, igual que en la psicoterapia individual.

No todas las personas pueden liderar un grupo multifamiliar o un grupo grande. La primera coterapeuta que me acompañó en el grupo multifamiliar tuvo que abandonarlo por las graves dificultades que le suponía. En mi caso, han supuesto el instrumento de terapia y formación emocional de profesionales prioritario, y con el que me he identificado y más me ha estimulado como persona y profesional.

Mis compromisos íntimos con el grupo como conductor consisten en:

- \* Ser el primer servidor del grupo, y establecer un compromiso de continuidad futuro, al que no se abandonará salvo causa mayor.

- \* Establecer un compromiso formal con el encuadre anteriormente propuesto. Nunca se debe proponer a los participantes nada que no sea capaz de realizar el conductor. El ejercicio de liderazgo exige ejemplaridad y coherencia en el conductor, sin las cuales toda posibilidad se ve dificultada. Ejemplos vividos que nunca se tenían que haber dado: un compañero ejerciendo la coterapia llegaba a los grupos entre 30 a 60 minutos tarde, así durante años, pero ello no suponía ningún obstáculo para proclamar la coherencia en sus clases sobre grupos o conferencias. Una pareja de terapeutas grupales, que se transformó con el tiempo en pareja de hecho, no dudaba en proclamar en los foros profesionales y vivir de hablar del compromiso emocional y de la sinceridad de los vínculos mientras ambos mantenían en secreto durante un larguísimo tiempo sus respectivas infidelidades matrimoniales. Otro proclamaba el compromiso con el grupo cuando en la realidad en su grupo “psicopateaba” todo acuerdo, usando

y abusando de todo aquello que le beneficiase, difundiendo bulos y rompiendo la confidencialidad de forma sistemática. El “hacer lo que yo digo y no lo que yo hago” ni sirve en la vida para la crianza, ni para que las psicoterapias lleguen a buen puerto.

\* La función fundamental es crear un clima integrador, de libertad y respeto mutuo que facilite el cambio.

\* La espontaneidad y sinceridad de las intervenciones, excluyendo el engaño. Alejado del espejo neutro del psicoanalista, aquí el terapeuta comparte, de forma contenida, los momentos emocionales con el grupo.

En los grupos grandes y multifamiliares todo discurre rápidamente. Aunque la escucha es el elemento fundamental, el tiempo de pensar en determinados momentos es imposible, teniendo que actuar en proceso primario, como en acción-reacción, dejándose llevar y confiando en la intuición. Siempre, si la intervención ha sido inoportuna, se podrá reparar en el reconocimiento y la disculpa. Hay que tener en cuenta que, si se pasa el momento de su formulación, perderá gran parte de su eficacia. Por eso es necesario aprovechar el momento de apertura realizado por cualquier participante en su exposición, contestando antes de que se cierre. La intuición juega aquí un papel fundamental. Con frecuencia el sentido de lo dicho en una interacción lo entiendo posteriormente en el postgrupo analizando lo ocurrido.

Es de la experiencia vital profunda de donde formulamos nuestras intervenciones, constituyendo una dialéctica privilegiada con los otros.

\* La confrontación, atrayendo sobre sí mismo lo agresivo y siempre desculpabilizando y posibilitando la mirada tras lo oculto de dichas conductas y rencores anquilosados.

\* Realizar el papel de mediador en los conflictos dilemáticos que presentan dichas problemáticas.

#### ALGUNOS DE LOS FENÓMENOS OBSERVADOS EN EL GRUPO MULTIFAMILIAR

Aunque anteriormente ya he apuntado a fenómenos propios de estos grupos, resaltaré algunos todavía no señalados y que creo importantes.

\* La acogida de los recién llegados. Los recién llegados son el termómetro que mide el grado de fiabilidad del grupo. Es emocionante ver cómo la acogida de unos para con otros supone el reconocimiento de la dificultad del recién llegado, que se ve descubierto en sus sentimientos por personas que lo acogen generosamente y describen con palabras tranquilizadoras la semejanza de sus emociones y temores cuando ellos llegaron.

\* El reconocimiento de situaciones semejantes en una resonancia emocional. Por ejemplo, cuando una madre se ve en el espejo de otra y por primera vez accede

a oír de forma tranquila y natural situaciones que creía innombrables por el dolor y la vergüenza implícita en su desvelamiento.

\* La rotura del mito del conocimiento de unos y otros en las familias. Todos los malentendidos, las maldades, etc. desaparecen con los desvelamientos profundos, y los momentos de reconciliación y reconocimiento comienzan en esos momentos mágicos, donde los otros participan entre emocionados y extasiados de la oportunidad de dicho encuentro, acompañando en la resonancia emocional dicha situación.

\* La importancia de los terceros en la resolución y salida de la psicosis y del mundo de la bipolaridad. En el grupo, la visión obstaculizada por lo emocional de un padre o de una madre hacia su hijo es corregida por otro padre u otra madre, dándole otra versión más real y adecuada de lo que está ocurriendo, y ayudándoles a visualizar la situación de una forma mucho más real y constructiva, evitando el reproche narcisístico, la venganza y la culpa. Siempre hay un tercero, además de los conductores, atento a la mediación.

\* Que determinada actuación en el grupo de un participante, habitualmente el paciente asignado, sea aceptada y contestada de forma diferente a la de casa, obteniendo una respuesta reparadora del conflicto y evitando la reactivación y la espiral de violencia surgida por una inadecuada contestación, es un aprendizaje y, a su vez, un cuestionamiento de primera categoría.

\* El grupo implica el mayor de los continentes, pudiendo contener los emergentes más ruidosos sin riesgo para nadie y posibilitando secundariamente el análisis de las situaciones implicadas en dicha actuación. Valga una viñeta clínica de ejemplo: Alejandro, un “pobre niño desamparado, carenciado y vulnerable en extremo”, recubría todas sus carencias, vacíos y desvalimiento tras el ropaje de un narcisismo extremo y violento, además de un delirio megalomaniaco y de perjuicio. En una de sus descompensaciones, en las que arremetía contra el mundo atacando por su xenofobia a los más débiles, retando megalomaniaca, aparatosa y ruidosamente a todos, y corriendo así severos riesgos de ser contestado por sus agresiones, decidí un ingreso involuntario. Como no estaba localizable, esperaba que hiciese su aparición por el servicio para ingresarlo. Tuve constancia a través de la única hermana que tenía como todo familiar de que cabía la posibilidad de que viniera al multifamiliar, al que le pedí asistir. La culpa la llevaba a identificarse con el mundo de perjuicios del hermano, en un intento de alianza que le permitiera salir del punto de mira agresivo en el que el hermano la ponía con sus amenazas. Comencé el grupo. Informé de la posible presencia de Alejandro y de mi intención de hospitalizarlo. El grupo estuvo y tranquilizó a la hermana. Al tiempo de haber comenzado, unos gritos en el exterior anunciaron su aparatosa llegada. Entró ruidosamente, se sentó y, ya una vez tranquilizado, me dirigí a él y le planteé la hospitalización como una forma de cuidado y protección. Los gritos, los insultos y las amenazas de muerte hacia mí y mi familia

fueron su respuesta. La hermana estaba horrorizada. Yo trataba de mantener la calma y tranquilizar a los demás. Fue un paciente joven, en extremo agresivo, ya hospitalizado varias veces judicialmente y con diversas causas pendientes por agresiones y peleas, quien se puso a su lado, le cogió del hombro y, con tranquilidad y sosiego, le explicó cómo le queríamos ayudar, que él había pasado por ello y lo mejor era su hospitalización en ese momento, logrando romper su obstinación. Cuando, después de un tiempo, la hermana y sobre todo el paciente, Alejandro, aceptaron finalmente la hospitalización, llamamos a la ambulancia y le acompañamos hasta su partida. El grupo continuó trabajando lo movilizado, tras una experiencia común y compartida por muchos de los pacientes y de sus familias presentes. Fue una experiencia importante para todos, en especial para el paciente interviniente, que por primera vez podía entender su situación viviéndola desde el otro lado. Alejandro tenía prohibida la entrada en el grupo en mi ausencia.

\* Hacer de pararrayos de la agresividad y confrontarla es una de las funciones que como terapeuta me resultan más desagradables. Soy una persona eminentemente pacífica. Solo el conocimiento empírico de la importancia y trascendencia que para el devenir del paciente tiene me justifica la aceptación de dichas confrontaciones. No conozco otra manera de desactivar la peligrosidad y lo agresivo que su aceptación, su confrontación generosa y solidaria, su contención y, finalmente, su análisis y reparación. Las lágrimas, las disculpas y los abrazos transforman los encontronazos en encuentros significativos. Estas situaciones son las que nos invisten terapeutas. No ha sido infrecuente que algunos compañeros presentes las hayan tildado de intervenciones agresivas por mi parte pese a haber sido testigos de la transformación y agradecimiento de los implicados y del resto de los participantes. Pronto o tarde para evolucionar unos y otros, de una forma u otra, tendrán que pasar por este tipo de situaciones si pretenden abandonar el mundo de irrealidad y ficción en el que se han refugiado.

\* El suicidio o la muerte natural de un participante son momentos especialmente privilegiados. La muerte es un principio de realidad irrefutable y como tal se impone, contrarrestando el espacio imaginario y falso de muchos de nuestros contenidos mentales, que son temporalmente desplazados. Es el momento del duelo compartido y de la revisión de los duelos pendientes e íntimos, que condicionan y entorpecen con su mágica presencia la vida y la relación de los vivos. La muerte y los duelos son temas centrales que todo terapeuta de grupo multifamiliar debe dominar racional y emocionalmente, pues, de una u otra manera, siempre está presente en este tipo de problemáticas. No sabemos qué tenemos hasta que nos falta, apareciendo otras dimensiones de los muertos imposibles de ser visualizadas en vida.

\* La importancia del cuerpo: en el grupo se estableció desde temprano la cultura de abrazos y besos. Todas estas comunicaciones preverbales son de especial transcendencia, ya que en la psicosis todo lo importante discurre por debajo de las palabras.

\* El grupo supone un espacio de identificación privilegiado, con multitud de espejos y resonancias. Entre tantos, es imposible que nadie pueda encontrar una particularidad profunda que no resuene en otro. Nadie está solo, salvo que se aísle de los otros por temor a un acercamiento emocional doloroso. ¡Qué peligrosos pueden resultar los espacios afectivos y de agradecimiento cuando han sido enterrados previamente! ¡Qué dolorosa la descongelación!

\* Muchas tragedias son histerificadas, como demanda de atención, y, al igual que muchos delirios, ya desgastados por el uso y el tiempo, pueden ser abordadas desde la ironía y la broma, transformando la tragedia en tragicomedia y finalmente en comedia misma, lo que aligera con frecuencia el pesado contenido de las circunstancias más dolorosas.

#### LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA DEL GRUPO

El grupo se sitúa entre la sociedad y la institución. La institución, al abrirse a la sociedad, evita una estructura cerrada, vacunándose contra la rigidez y cronicidad, tan presentes en nuestras instituciones.

Como responsable institucional, el grupo era portavoz del funcionamiento de la institución en su conjunto: quejas y agradecimientos se sucedían con cierta frecuencia, posibilitando el entendimiento del funcionamiento del personal, además de su respuesta y corrección. Su sola presencia es un elemento de fiscalización del hacer institucional y, por tanto, de mejora.

#### REFLEXIONES FINALES

Aunque el grupo específico que he descrito es el que realicé con más profundidad y tiempo, fue el lugar de aprendizaje para otros grupos que, inspirados en él, pude realizar después, con la variaciones técnicas oportunas en cada caso: grupo de familiares en un hospital terciario con graves invalideces, comas y una unidad de paliativos; grupo de familiares en una asociación de deficientes; en una consulta privada... También fue el lugar de aprendizaje para el diseño de las estructuras formativas para el aprendizaje y entrenamiento de los profesionales: médicos de atención primaria, docentes, asistentes sociales, etc.

Cuando comencé, era pionero en estas experiencias, apenas había referencias del tratamiento psicoterapéutico de los pacientes graves y del grupo multifamiliar, los dispositivos comunitarios no existían y la psiquiatría fundamental giraba en torno a los psiquiátricos tradicionales y la psiquiatría biológica. Hoy, por suerte, las instituciones han evolucionado y existen múltiples experiencias de grupos multifamiliares como para poder andar un camino acompañados.



La evaluación del grupo venía dada por la asistencia a lo largo de los años, así como por el agradecimiento permanente de los pacientes y las familias. La despedida que me realizaron en mi jubilación ha sido uno de los actos de mayor generosidad y agradecimiento. Quedan las cientos de grabaciones para la posibilidad de futuras investigaciones.

Fue costoso, como todo aquello de lo que nos enorgullecemos.

