

## PSICOANÁLISIS ANTROPOLÓGICO(1)

*Moneo F (Psicoanalista multifamiliar), Maruottolo C (Psicoanalista multifamiliar)*

[drmoneo@avancesmedicos.es](mailto:drmoneo@avancesmedicos.es)

Avances Médicos AMSA

C/ Manuel Allende nº 19 bis 1º.

48010 Bilbao

Psiquiatría

Hospital San Juan de Dios

Santurce, Vizcaya.

Tfno: 902 40 70 71

### SUMMARY

The anthropological change defended by the author upon developing GMF is depicted as if it were an aid –an intermediate structure within the general hospital and outpatient service-. The historic moment we are all currently witnessing is reviewed. Recent clinical situations –vignettes- are described.

### KEY WORDS

Groups, families, anthropological change.

### RESUMEN

Se expone el cambio antropológico que el autor defiende al desarrollar el GMF como un dispositivo asistencial –una estructura intermedia dentro del hospital general y en ambulatorio-. Se describen las características del momento histórico que nos ha tocado a todos vivir. Se relatan situaciones clínicas –viñetas- recientes.

### PALABRAS CLAVE

Grupo, familias, cambio antropológico.

## CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO SOCIAL

Con el comienzo del presente siglo pudimos desmentir las creencias (Castells, 1998) sobre el final de la historia. El mundo ha seguido su desarrollo y cambio. Nunca anteriormente ha ocurrido nada igual. Hemos visto: El final de la era del pensamiento único y de la posesión monopolista de la verdad. La caída de las fronteras. El mundo informando en vivo y en directo sobre el mismo mundo. La disminución de las distancias. La desaparición de las etnias puras. La guerra entre culturas. La permanencia de la desigualdad y de la exclusión. La pobreza del tercer mundo ligada a la deuda impagable de estos países al Fondo Monetario Internacional. La resistencia del mantenimiento de los obstáculos para el libre comercio internacional. El cambio climático. La deslocalización. La red. El móvil. El racismo. El deseo de final del terrorismo interior. La irrupción del terrorismo exterior. Los cambios demográficos. Los masivos movimientos migratorios. Las nuevas configuraciones familiares (adopciones, parejas homosexuales, familias monoparentales...). La violencia de género. El plurilinguismo. La multiculturalidad. La pluralidad de la identidad ligada al territorio. Todo ello y lo que nos vendrá por conocer nos confunde, nos conmociona permanentemente, nos construye como sujetos (Melillo, 2004) de identidad más rica y complicada, nos edifica como seres más diferentes los unos de los otros, nos confronta a nuevos y viejos conflictos interpersonales, nos convoca a todo tipo de grupos a cual más diferente el uno del otro. En este trabajo deseo hablar de uno de ellos: el GMF. Los dos GMF que junto con mis compañeros desarrollamos desde hace más de 2 años en Bilbao.

## ELGRUPO MULTIFAMILIAR

Es un dispositivo asistencial que consiste en reunir periódicamente a familias con miembros con trastornos psíquicos para -Cambio antropológico- tratar a la enfermedad mental de tal manera que se persiga el objetivo de que todos los miembros de las familias la acepten y acepten compartirla junto a las demás. Éste es el cambio antropológico (OMS, 1953; Jones, 1968; Badaracco 1958), que defendemos y realizamos. Buscamos el cambio de las relaciones familiares y sociales, adiestrarles como agentes de salud, influir en la sociedad, en su desarrollo hacia una comunidad más sana.

Nos basamos en la noción de enfermedad mental ligada a déficit temprano, conflicto y relaciones intra e interfamiliares generadoras de patología y de la complejidad de las relaciones de los grupos familiares.

Abordamos la patología de los padres, la influencia de los ancestros, los mitos y de las nuevas configuraciones familiares –adopciones, parejas homosexuales, familias monoparentales-.

Buscamos mejorar la eficacia (Guimón, 2004) de las intervenciones en salud mental.

Las configuraciones familiares que se presentan en nuestros grupos multifamiliares son: hermanos, hermanastros, padrastros, padres, hijos, abuelos, tíos, cuñados, sobrinos, amigos, parejas, primos.

Las configuraciones diagnósticas son: T ansioso depresivo con y sin síntomas psicóticos, fobias, depresiones, T por consumo, T bipolar, T de la personalidad, T de ideas delirantes...

Disponemos de dos GMF uno hospitalario y otro ambulatorio. Ambos se reúnen semanalmente, 90 minutos de duración.

## EL GMF EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE AGUDOS

Se compone de 2 terapeutas multifamiliares. De hasta 12 familias. De hasta 15 miembros. No asisten los pacientes ingresados. Sí asisten pacientes designados que anteriormente estuvieron ingresados. Se usa el método del libre debate. Dos años de funcionamiento del GMF.

Los temas que se tratan con más frecuencia son:

1. El impacto de la vivencia de crisis vital –crisis de ansiedad, depresión, intentonas autolíticas, síntomas psicóticos, acting outs graves- en los pacientes y familias.
2. El aislamiento.
3. El ocultamiento.
4. El abandono del proceso psíquico.
5. Las creencias acerca de la cronicidad.
6. La sombra del manicomio.
7. La conducta a adoptar para ayudar al proceso terapéutico.
8. La durabilidad.
9. El papel de los psicofármacos.
10. Sus miedos a la enfermedad mental.

## GMF DE LA UNIDAD AMBULATORIA

Se compone de 6 terapeutas multifamiliares. De hasta 25 familias. Se reúnen habitualmente unos 45 miembros. Asisten los pacientes y los familiares. Algunos familiares han sido pacientes también, otros no han iniciado el tratamiento. Asisten pacientes que estuvieron en la Unidad de día, otros están en psicoterapia, algunos estuvieron hospitalizados. Se usa el método del libre debate. Lleva tres años funcionando el GMF.

#### VIÑETA CLÍNICA 1 190307

En una reunión asistieron 40 personas, 6 terapeutas. Comienza la sesión. Silencio. Entra el último, que resultó ser un terapeuta.

Sra. M:

-Entre, entra hasta el fondo. ¿No ves Una silla libre? Está ahí.

Terapeuta:

-No gracias prefiero sentarme aquí. De verdad lo prefiero.

Varias pacientes a la vez:

-Oh! ¿No será que te quieres quedar ahí para que ninguna de nosotras nos escapemos?

(Risas. El carácter persecutorio del silencio se detiene. Empiezan a hablar.)

La Sra. M se dirige a la Sra I:

-Yo quiero decirle a I una cosa que me quedé con las ganas la semana pasada de decírsela. Yo quería decirte que fuiste muy valiente el otro día diciendo lo que te pasaba. A mí no me fastidió que tú hablaras ni que contaras lo que contaste. ¿Me entiendes? Porque yo he estado en la unidad de día. Tú sabes que he estado en la unidad de día. Tú y yo hemos sido compañeras entonces. Y te acordarás que yo hablaba y acaparaba mucho las intervenciones. También el tema. Siempre ponía yo el tema. De lo que había que hablar. Siempre hablaba yo primera. Siempre. Hablaste de la añoranza que te producía la muerte de tu padre. Yo te puedo comprender lo que significa sufrir por pensar que no puedes estar con la persona a la que quieres. Mi caso, aunque es diferente, en esto es igual. Tengo a una hija presa en Paris. Y a la otra en Madrid. Un sufrimiento muy grande. No nos quisieron decir el nombre de la prisión. Incluso nos confundían con informaciones de que era otra la prisión. Vivía en una incertidumbre continua. Mi sufrimiento era muy intenso. Tenía

mucho dolor. Tenía ganas de herirme físicamente. Pero gritaste mucho y yo puedo entender que los demás se sintieran molestos por tu intervención...

La Sra. I toma la palabra y le interrumpe. Grita:

-Yo no grité, no grité. Yo cuando hablo no grito. Perdona que te diga. Hija, no. Yo no grito. Hablo un poco alto para que se me escuche. Yo lo que quería decir es que me dolía mucho escuchar las intervenciones de las demás cuando hablaban de sus relaciones con su padre. Yo no puedo tenerlas. Porque se murió. ¿Entiendes? No lo hacía para molestar. Es que yo no tengo padre. No tengo padre.

(La Sra. I se interrumpe y llora. Retoma la palabra)

-Además se me dijo que un verdadero dolor era cuando a una madre se le muere su hijo. Como si mi sufrimiento no fuera un verdadero sufrimiento. Sabes. Yo estoy de acuerdo con eso. Creo que fue tu hermana quien lo dijo. ¡Cómo no voy a estar de acuerdo con que el dolor de una madre por el fallecimiento de un hijo no sea un dolor enorme. Pero, ¡Cómo no voy a estar de acuerdo! Si eso es dolorosísimo. Pero a mí me duele mucho la muerte de mi padre.

Habla la hermana de la Sra. M:

-Sí yo dije eso. Pero no le dí la connotación de que un tipo de dolor era mayor que el otro. Quería decir, solo quise decir que son dolores que sufren también los demás. Que son más intensos o tan intensos como tu dolor. Porque son dolores que van en contra de la naturaleza. Se espera que se mueran las generaciones anteriores por delante de las posteriores. Que tú no eres la única en sentir este tipo de dolor por la muerte de tu padre.

Sra. I:

-Es que no me entendéis. No me entendéis. Yo no impedí al grupo que trabajara. No lo hice. No lo hice. ¿No ves? Si pasaba lo mismo en el grupo de la unidad de día. Me decíais lo mismo. No me comprendíais. No me entienden. No me entienden. ¿Me entendéis vosotras? ¿Alguien de este grupo me entiende?

Del grupo varias voces femeninas y masculinas responden a la vez:

-Sí. Que sí. Te entendemos.

Otra madre toma la palabra:

-Pues yo quería contar al grupo lo que me pasa con la hija de 16 años adoptada que os conté la semana pasada. Nosotras somos de Cádiz. La niña se ha echado un novio de 14 años. Le agobia mucho al chico porque le obliga a pasar todas las tardes en casa con ella, tanto si él quiere como si no. No se lo pregunta. El chico no dice lo que piensa. Lo vemos muy agobiado. Pero yo quiero ayudar a mi hija a canalizar la ansiedad. Por eso, mi marido y yo hemos pensado en llevarla con nosotros de vacaciones a Cádiz esta semana santa. Pero aquí viene el problema. ¿Qué hacemos con el chico? Porque si le dejamos aquí la hija no va a querer irse con nosotros. Y si nos lo llevamos pues el chico se va a agobiar y no va a querer. Es un problema. ¿No sé qué hacer?

Otra madre:

-¿Pero el chico desea irse con ella?

La madre:

-No se lo hemos preguntado.

El terapeuta:

-¿El esposo desea llevar al chico?

La madre:

-Ese es el problema. Él no quiere que venga con nosotros.

El marido:

-No. Es cierto. No quiero. Es que veo al chico muy agobiado por ella. Ella le obliga a estar con ella todas las tardes. En casa. Si no le deja ni respirar.

La madre:

-Entonces si se lo propongo a ella sola, no va a querer. No va a querer venir sola. Y se va a quedar en casa aquí sola, ella. Es que ella se siente muy culpabilizada. Se siente culpable de ser la causa de la separación de la familia. Porque ella cuando fue dada a la diputación para la adopción era la primera de tres hijos que su madre por dificultades económicas procedió a donarla en adopción. Ella mantiene una buena relación con las otras dos hermanas. Pero ella misma fue la que se prestó voluntariamente a ser adoptada en beneficio de las demás. Ella se sacrificó.

Otra madre:

-¿Se relaciona bien con su madre biológica?

La madre:

-Sí. Se llevan muy bien ellos. Nosotros desde luego no la impedimos que hable por teléfono todos los días con su madre y sus hermanas. Pero se siente muy culpable. Por eso la vemos muy ansiosa. Muy deprimida. Quiere estar con su madre y sus hermanas. Además, con la idea de ir a Cádiz, pensaba que ella podría hacerse cargo de las comidas de la familia junto con el novio, de responsabilizarse. Estaría con las amigas que tiene allá.

(El terapeuta interviene para señalar el planteamiento dilemático del problema, que impediría seguir hablando con la hija y el marido para buscar entre todos una solución a esta situación puntual, modelo diferente que el que ostenta la madre: ella es la proveedora de la solución pensada desde ella únicamente. También muestra los temores de los padres ante la realidad de la sexualidad de la adolescente: actividad sexual, embarazo no deseado.)

(El grupo ha llegado a su fin. Es la hora y nadie quiere levantarse. Se hace silencio. El terapeuta principal va a señalar el final cuando una paciente toma la palabra)

Sra. A:

-Yo soy bipolar. A mí me dijisteis que no era bueno quedarme sola en mi piso y que tenía que estar con las amigas. Que ellas se juntarían conmigo. Que era por mi culpa que yo seguía estando sola y no era porque las amigas no quisieran estar conmigo. Pues bien. El otro día telefoneé a mis amigas. Les pedí que me dejaran salir con ellas. Que aunque seguía en tratamiento me quería recuperar y hacer una vida normal. Entonces ¿Porqué me dijeron todas que no querían salir conmigo? Si es verdad lo que decís de que hay que retomar las relaciones con las amigas ¿Porqué me dijeron que no?

(Silencio sepulcral.)

Terapeuta:

-Cuando una persona va diciendo que no a los requerimientos de los amigos para salir junto, se va creando una idea en el grupo de que con ese no se puede contar y se van reduciendo las llamadas telefónicas, los requerimientos y los deseos de compartir tiempo juntos. Después de que esto se ha establecido, es preciso tomar la iniciativa, insistir mucho para vencer esa creencia de no disponibilidad hacia el grupo y convertirla en otra creencia de

más disponibilidad. Esto lleva su tiempo y su trabajo y no se consigue como el resto de las cosas de la vida, de la noche a la mañana.

Terapeuta:

-Es la hora. Paramos por hoy. Nos veremos la semana próxima. Muchas gracias por la asistencia y la participación. Buenas noches.

#### VIÑETA CLÍNICA 2 260307

(A mitad de la sesión toma la palabra I. Habla con tono tranquilo)

I:

-Yo quiero decir una cosa al grupo multifamiliar. Quiero decir que mi padre el otro día, cuando me examiné de la oposición, me dijo que yo no iba a aprobar nunca. Eché en falta más ánimo. Al final no me presenté.

Padre:

-Pero, ¡Cómo puedes decir eso! Yo nunca te he dicho eso. Ves. Si siempre me estás atacando. Es que... Nosotros tenemos el problema con I. Siempre se mete conmigo. Yo...

Varias madres y padres:

-¿Qué oposición?

Padre:

-Pues los exámenes que salen para correos, Osakidetza. Esas oposiciones. Él se presenta para todo. Se quiere presentar. Pero luego no hace nada.

Otro padre:

-Pero a las oposiciones se presenta mucha gente. Y muy pocos las aprueban.

Otro padre:

-Y están los puestos dados.

I:

-No me presenté al final. Me hubiera gustado que tú me apoyaras más. También quería decir otra cosa. Mi abuela me dijo que nunca sacaría el carné de conducir.

Madre:

-¡Pero qué dices! Eres un desagradecido. Mi madre siempre se ha portado bien contigo. Te tengo dicho que no te metas con mi madre. Tú eres el que no quiere aprobar el carné de conducir. Siempre echas la culpa de lo que te pasa a mi madre...

(Mucha tensión. Se palpa a través del breve silencio).

Terapeuta:

-Sra C. A lo mejor lo que está diciendo el chico es que él se siente así. No digo que yo crea que usted sea la culpable de lo que le pasa. Digo que él se siente poco animado por ustedes.

Madre:

-No es verdad. La abuela no le ha dicho eso. No le ha dicho eso. Si yo estuve delante y lo ví.

I:

-Pues sí que lo dijo. Me lo dijo el jueves.

(La madre toma la palabra, acalorada).

Madre:

-No es verdad. No es verdad. Eres un desagradecido. Un mentiroso. Tú sí que la dijiste un día un día que ella se tenía que ir de casa. Que era una ocupa.

(Risas).

Madre:

-A la hora de comer.

(El hijo sonrío. Mantiene la clama).

I:

-Pues sí. Se lo dije porque me parecía que no hacía nada. Que tú sólo quieres estar con ella y no conmigo.

(La madre se vuelve a acalorar. Se dirige al GMF).

Madre:

-Fíjate. Fíjate lo que dice. Si esto no es normal. No es un chico normal. No es una hijo como tienen que ser con su madre.

## SEGIMOS TRABAJANDO

La actualidad de la necesidad de mantener el trabajo grupal en el contexto de la defensa del desarrollo de la reforma psiquiátrica en el mundo.

La investigación

El estudio permanente

La escucha activa a los pacientes

La construcción de alianzas estratégicas con los otros actores en un mundo cada día más interconectado

## COMENTARIOS

Podemos ver en la primera viñeta de qué manera se hace fácil la observación de los sentimientos paranoides de los miembros del grupo multifamiliar, desde el inicio de la sesión, por la interpretación que se realiza a sucesos nimios sin importancia. Es como que van adquiriendo una diferente significación.

Habla una mujer que trata de tranquilizar a otra mujer que durante la sesión de la pasada semana expuso su dolor por la despedida del padre, fallecido, y también sus quejas por haber vivido tal experiencia, comparándose con las otras compañeras a quienes adjudicaba una situación no traumática, distinta a la suya, más benigna. A medida que avanza su discurso uno se va dando cuenta de que es la madre de dos miembros de ETA, que se hallan en prisión, muy lejos de su domicilio. Expone su dolor, describe una situación de separación emocional y física, pero vivida desde el otro polo, el polo de la madre. Se entabla un debate con características de rivalidad por demostrar quien posee el mayor dolor experiencial. Se hace un llamado a la hermana de una de ellas, que participa de forma menos atrapada en la relación de mutua dependencia patógena que exhiben las dos mujeres que hablaban al comienzo. Se extiende la participación de los miembros del grupo. Se desarrolla la experiencia de relación interdependiente no patógena, posibilitada de crecimiento emocional y de capacidad de pensar, mientras se comparten contenidos personales vivenciados conflictivamente. También se aprecia la presencia de la problemática social –la negociación Gobierno Eta como paisaje de fondo–.

Habla otra mujer. También desde el polo de madre. Sitúa la problemática con la vivencia del proceso de crecimiento de una hija adoptada. Las dificultades para ayudar a su hija, que se sacrificó para ayudar a su vez a su familia biológica. Aquí es la problemática de las nuevas configuraciones familiares –la muchacha posee dos familias con las que mantiene unas relaciones simultáneas que entre otras cosas le producen ansiedad y confusión, con la familia biológica y con la familia adoptiva–.

Vemos terminar la sesión multifamiliar. Una paciente se muestra identificada con el diagnóstico que le dio su psiquiatra. Y desde ahí transmite una visión pesimista de su capacidad para retomar las relaciones

interpersonales de amistad, en este caso. Como si nos dijera que por estar enferma no volvería a socializarse.

En la segunda viñeta podemos apreciar entre otras muchas cosas la dificultad de un hijo y la de una madre cuando la relación que han configurado es de mutua dependencia patógena. Se quedan parados en un diálogo repetitivo productor de intensa ansiedad y agresividad. Al fondo la relación de la madre que como hija construyó con su propia madre, de características similares –generadora de patología mental en los dos miembros de la relación-. La influencia de las generaciones anteriores en las presentes. En este caso influencia no generadora de desarrollo mental en ambas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. O.M.S. (1953). Recomendación de las Comunidades Terapéuticas. Ginebra.
2. García Badaracco JE. (2006). Psicoanálisis multifamiliar, para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana. Revista de psicoanálisis. 4 .919 – 936. Apa Ed: Buenos Aires.
3. Guimón J (2004) Eficacia de las terapias en salud mental. Desclée de Brouwer Ed: Bilbao.
4. Jones M (1970). La Psiquiatría Social en la práctica. La idea de la Comunidad Terapéutica. Américalée Ed: Buenos Aires.
5. Melillo A et al(2004). Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Paidós Ed: Buenos Aires.
6. Castells M (1998). La era de la información. Economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad. Alianza Ed: Madrid.

(1): una versión anterior de este trabajo fue leída en la convención anual de la Spain Group analytic Psychotherapy Society, Granada, marzo de 2007.