



COMPETENCIAS Y FORMACIÓN DEL CONDUCTOR Y DEL FACILITADOR DE GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR



"Competencias y formación del Conductor y del Facilitador del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar" representa el resultado del estudio sobre los componentes característicos de un programa formativo sobre los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar en Italia, Bélgica, España y Portugal. Este volumen recoge los documentos elaborados en la segunda fase del proyecto "Multifamily Groups in Mental Health" (FA.M.HE.), apoyado financieramente por la Unión Europea a través del Programa Erasmus+.

Los cinco socios del proyecto colaboraron en su desarrollo: "Laboratorio Italiano de Psicoanálisis Multifamiliar" de Roma como Coordinador del proyecto, "Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina" de Lisboa, "Azienda Sanitaria Locale Roma1" de Roma, "Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar" de Bilbao y "University Psychiatric Center Z.ORG KU" de Lovaina.

© 2021-2024 by FA.M.HE. "El apoyo de la Comisión Europea a la producción de esta publicación no constituye una aprobación de los contenidos, que reflejan exclusivamente el punto de vista de los autores, y la Comisión no se hace responsable de ningún uso que pueda hacerse de la información contenida en ella".

ÍNDICE

PREFACIO	5
PRIMERA PARTE "VADEMECUM - LOS ELEMENTOS CLAVE DE LA CONDUCCIÓN Y DE LA FACILITACIÓN DE LOS GRUPOS DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR" BASADO EN LA TEORÍA DE JORGE GARCÍA BADARACCO	8
INTRODUCCIÓN	8
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	12
1.1. Interdependencia Recíproca	12
1.2. Virtualidad sana	13
1.3. Proceso terapéutico	14
1.4. Recursos genuinos del Yo	15
1.5. Procesos de identificación	15
1.6. Vivencia	16
1.7. Mente Ampliada	17
2. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CONDUCCIÓN DE UN GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR	19
2.1. Sobre el setting	19
2.2. Transferencias múltiples	19
2.3. Clima emocional	20
2.4. Consejos prácticos	20
2.5. Factores curativos	22
3. CONSIDERACIONES FINALES	23
SEGUNDA PARTE "LAS COMPETENCIAS DEL CONDUCTOR Y DEL FACILITADOR DEL GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR"	24
INTRODUCCIÓN	24
1. EL GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR	26
1.1. Cuestiones teóricas	26
1.2. Riesgos e importancia de las competencias del conductor	31
1.3. Competencias del Conductor: una primera lista	32
1.4. Conclusión	34
2. SISTEMA DE COMPETENCIAS DEL TITULAR DE GRUPOS DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR: DE LAS FAMILIAS DE COMPETENCIAS A LOS COMPORTAMIENTOS COHERENTES	35
2.1. Qué podemos decir de la Competencia	35
2.2. Área de las Competencias Estratégicas	37
2.3. Área de las Competencias de Gestión Terapéuticas Transversales	40
2.4. Área de las Competencias Personales, Éticas, Sociales, Culturales	44
3. MATRIZ DE FAMILIAS DE COMPETENCIAS	47
TERCERA PARTE "PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS CONDUCTORES Y FACILITADORES DEL GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR"	48
1. EXPERIENCIAS FORMATIVAS DEL LIPSIM	49
1.1. El camino recorrido	49
1.2. Master Bienal en Psicoanálisis Multifamiliar	50
2. CONSIDERACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	52
2.1. El esquema de las "Articulaciones" (Anexo 1)	52
2.2. Las reglas del setting	54
2.3. Observaciones sobre la participación de los operadores	54
3. PROPUESTA DE FORMACIÓN	56
3.1. Facilitador y Conductor de GPMF	57

3.2. El itinerario formativo	59
3.3. Las Competencias del Facilitador y del Conductor	61
3.4. Objetivos y organización de las actividades	63
CUARTA PARTE “CONTRIBUCIONES DE LOS SOCIOS”	70
A. ESPAÑA.....	70
A.I Impacto del Psicoanálisis Multifamiliar en España por Norberto Mascarò Masri	70
A.II Constitución de un GPMF en un ente público Norberto Mascarò Masri	72
B. PORTUGAL	76
B.I Historia de los Grupos Multifamiliares en Portugal por Paula Godinho	76
B.II El "síndrome de la puerta abierta": un diagnóstico basado en un grupo multifamiliar de Maria João Centeno; Paula Godinho; Teresa Fialho; Ana Luisa Teixeira; Isaura Manso Neto	77
C. BÉLGICA	83
C.I Psicoanálisis multifamiliar en Bélgica por Martine Lambrechts	83
C.II El inicio de un Grupo multifamiliar para jóvenes pacientes psicóticos y sus familias en un marco sistémico y psicodinámico de Martine Lambrechts y Jef Lisaerde	84
D. ITALIA.....	95
D.I El impacto del Psicoanálisis Multifamiliar en Italia	95
D.II Los conceptos principales del Psicoanálisis Multifamiliar de Andrea Narracci, Alessandro Antonucci	96
BIBLIOGRAFÍA.....	105

PREFACIO

"Competencias y Formación del Conductor y del Facilitador del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar" es el producto de diferentes niveles de conocimiento y elaboración que, a lo largo de casi dos años de trabajo conjunto realizado por los cinco socios del proyecto "FA.M.HE." se cruzaron y conectaron a través de:

- el análisis de las características y la difusión de los grupos multifamiliares en los cuatro países afectados;
- las consideraciones y reflexiones compartidas por los participantes internacionales en el proyecto durante estos dos años;
- las experiencias de formación adquiridas por los socios a lo largo de los años.

El objetivo final ha sido la co-construcción de un Programa Formativo en Psicoanálisis Multifamiliar que, respetando el marco epistemológico, garantice eficacia, reproducibilidad y verificabilidad de los itinerarios formativos en las diversas realidades socio-sanitarias europeas.

El Programa Formativo está dedicado a las dos figuras centrales e integradas en su papel, activas en el trabajo terapéutico con el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar: el Conductor y el Facilitador.

El documento está dirigido principalmente a los profesionales que realizan su actividad en el Área sanitario (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, educadores) y a las familias interesadas en la Salud Mental, pero la metodología descrita puede utilizarse también en otros contextos cuando se plantea la necesidad de resolver conflictos relacionales o institucionales; Por lo tanto, también puede ser utilizado por profesionales que operan en contextos educativos, judiciales y sociales.

En este prefacio presentamos un breve resumen de los tres documentos que representan los tres capítulos de los que se compone el volumen. Han sido elaborados por los socios a lo largo de estos meses y utilizados como trabajos integrados entre sí para la definición del itinerario formativo en Psicoanálisis Multifamiliar, con el fin de dar el sentido de la progresión en el desarrollo del marco metodológico en el que se inserta la propuesta formativa.

La **PARTE PRIMERA** consiste en un Vademécum sobre las palabras clave del Psicoanálisis Multifamiliar.

El Vademécum ha sido elaborado siguiendo las ideas de J. García Badaracco y las contribuciones de los socios de los países participantes en la investigación, con la coordinación del socio "Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar" de Bilbao. El contenido de este documento fue definido por los cinco socios del proyecto en un taller transnacional que tuvo lugar en Roma en noviembre de 2002. El producto final fue desarrollado por los socios y luego discutido y aprobado en las siguientes reuniones en línea.

El Psicoanálisis Multifamiliar (PMF), nuevo paradigma en el sistema terapéutico relativo al sufrimiento psíquico, a lo largo de los años ha profundizado su conceptualización teórica y sus contenidos metodológicos a través de una continua dialéctica entre práctica clínica (el Grupo Multifamiliar (GMF) como laboratorio y forja de ideas) y la teoría (conjunto de hipótesis, producto de esta práctica clínica).

El Vademécum destaca los contenidos de teoría, metodología y práctica clínica que en su conjunto definen la filosofía de la atención y la intervención. El PMF constituye, en efecto, un marco de referencia original y creativo que permite al mismo tiempo (re)pensar el desarrollo sano, la organización patológica del sufrimiento mental y las vías de atención de pacientes graves y/o crónicos; representa un modo de trabajo innovador que incluye la creación de un clima emocional de seguridad, solidaridad y confianza y modalidades de intervención dialogadas y paritarias.

El documento describe los fundamentos teóricos de la intervención, las recomendaciones prácticas para la realización de un GMF y los elementos curativos de la intervención multifamiliar.

En la **SEGUNDA PARTE** se describe el "Sistema de Competencias del Conductor del GPMF: de las familias de competencias a los comportamientos coherentes".

La elaboración de este documento ha tenido lugar con la contribución de todos los socios y ha sido coordinada por el socio "Laboratorio Italiano de Psicoanálisis Multifamiliar" de Roma. Los contenidos han sido definidos y perfeccionados en los diferentes encuentros online, la forma definitiva fue aprobada en el Encuentro Transnacional celebrado en Bilbao en octubre de 2023.

El documento se propone llegar a la definición de una matriz de competencias profesionales del Conductor y del Facilitador del Grupo Multifamiliar. Se inicia con la descripción del perfil del Conductor, en particular en relación con las competencias profesionales específicas en la comparación con otras figuras psicoterapéuticas. De hecho, el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar representa un potente enfoque terapéutico del que es importante reconocer y gestionar cuidadosamente los posibles riesgos y desafíos para garantizar un tratamiento eficaz y seguro para todos los participantes. Para mitigar estos riesgos y garantizar el éxito del grupo terapéutico, las habilidades y la formación del conductor son cruciales.

El documento destaca que la referencia no es solo el trasfondo teórico poseído por el Conductor, sino la expresión de competencias terapéuticas transversales sobre las cuales se organiza el específico Área multifamiliar y que pueden ser poseídas/desarrolladas por todas las figuras que componen el equipo de conducción.

A través de la definición del concepto de competencia, se han organizado "familias" específicas de competencias, es decir, el conjunto homogéneo de comportamientos que hacen referencia a conocimientos y habilidades similares, caracterizando el comportamiento del conductor y del facilitador, dentro del específico "setting".

El proceso de describir los comportamientos observables en cada familia de competencias, resumidos en la expresión "saber hacer", ha permitido desarrollar la matriz de competencias del Conductor y del Facilitador cuya adquisición/desarrollo ayuda a garantizar el buen funcionamiento del Grupo.

La **TERCERA PARTE** propone el "Programa formativo para los Conductores y Facilitadores de Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar".

El contenido de este documento se definió en una reunión transnacional entre los socios celebrada en Bilbao y posteriormente se desarrolló y aprobó con la contribución de todos los socios del proyecto durante las reuniones transnacionales dedicadas. El socio "Laboratorio Italiano de Psicoanálisis Multifamiliar" ha coordinado su elaboración y su redacción definitiva.

A partir de las competencias formativas adquiridas a lo largo de los años por los socios del Proyecto, se profundizó la experiencia del LIPsiM en el campo de la enseñanza y la formación, que fue un primer intento de formular un itinerario formal de aprendizaje coherente con los supuestos fundamentales del PMF.

Posteriormente, se sistematizaron las reflexiones surgidas en los diferentes momentos de intercambio y confrontación entre todos los socios que tuvieron lugar incluso fuera del programa formal de los encuentros, a veces como espontáneo "brainstorming" otras como relato experiencial, pero que en su conjunto constituyeron la valiosa trama sobre la cual co-construir todos los productos previstos por el Proyecto.

Comenzando con la definición de las figuras profesionales a las que está destinada la formación, el Conductor y el Facilitador del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, se describe el proyecto formativo, estructurado en tres anualidades consecutivas, cada una de las cuales permite la adquisición de capacidades/competencias específicas de cada figura; los elementos más característicos son el primer paso formativo (facilitación) compartido por todos los roles profesionales previstos en los Servicios para la Salud Mental y la participación directa en un Grupo Multifamiliar con función didáctica durante toda la experiencia formativa. La última parte está dedicada a la definición de un programa modular adaptable a las diferentes realidades socio-sanitarias presentes en Europa y al mismo tiempo eficaz, verificable y reproducible.

PRIMERA PARTE

"VADEMECUM - LOS ELEMENTOS CLAVE DE LA CONDUCCIÓN Y DE LA FACILITACIÓN DE LOS GRUPOS DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR" BASADO EN LA TEORÍA DE JORGE GARCÍA BADARACCO

INTRODUCCIÓN

El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF) es un espacio terapéutico eficaz y se ha convertido en un laboratorio socio-experiencial que permite, a través del intercambio de experiencia y la interacción entre los miembros del grupo, el enfoque y el tratamiento de una población heterogénea compuesta por familias con distintas patologías.

El GPMF se compone de al menos dos generaciones, incluida la persona que recibe atención específica para la salud mental.

Se trata de un grupo numeroso, abierto o semiabierto, que se forma gradualmente y puede reunir de 10 a más de 100 personas.

Replica una muestra de nuestra sociedad (mini-sociedad) con familias de diferentes culturas y niveles socioeconómicos, que participan en una experiencia común, donde comparten sus ansiedades y angustias y pueden enfrentar sus dificultades en un clima de seguridad y confianza.

El grupo está dirigido por profesionales de la salud mental que trabajan en psicoterapia y forman un equipo terapéutico multidisciplinario.

La sesión de grupo suele ser semanal o quincenal, con una duración de entre 90 y 120 minutos.

A finales de los años 50, J. García Badaracco, a su regreso a Buenos Aires, realizó una serie de experiencias en un servicio de pacientes crónicos del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda de la ciudad de Buenos Aires.

Después de completar su formación psiquiátrica y psicoanalítica en París, e influenciado por las ideas de Maxwell Jones en la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional francesa, se dedicó a la aplicación de los conocimientos psicoanalíticos a la patología mental grave.

Para ello, utilizó una metodología que llamó "recontextualización", que consistía en la validación de las contribuciones de las diferentes escuelas psicoanalíticas, a través de la observación y aplicación de sus conceptos en un contexto más amplio (comunidad terapéutica y grupo multifamiliar). Falta de medios, dificultades organizativas y algunas situaciones excepcionales le han llevado a reunir, a diario, a todos los pacientes del servicio, a sus familiares y a los profesionales que trabajan con ellos.

Así nacieron los primeros grupos multifamiliares, que se convirtieron en un laboratorio socio-experiencial, donde la interacción entre los miembros del grupo multifamiliar permitió observar fenómenos psicológicos nunca descritos anteriormente en la clínica psicoanalítica.

El grupo multifamiliar permite la observación de las tres dimensiones de la mente, es decir, individual, familiar y social, y genera una unidad de análisis que permite una comprensión más amplia del mundo psíquico interior y su interacción con el mundo exterior, que se manifiesta en las interdependencias recíprocas.

El concepto de Interdependencia Recíproca ha adquirido una importancia tal que, con Virtualidad Sana, Recursos Auténticos *del Yo*, *Proceso* Terapéutico, Objeto Enloquecedor (presencias enloquecedoras) y otros, se ha convertido en uno de los fundamentos que dan origen a un nuevo paradigma: el psicoanálisis multifamiliar.

Durante más de sesenta años, la conceptualización teórica y los contenidos metodológicos de este paradigma han sido explorados en profundidad, a través de un continuum dialéctico entre la práctica clínica (el GPMF como laboratorio) y la teoría, como un conjunto de hipótesis producidas por esta observación clínica.

Esta introducción destaca los contenidos de la teoría, la metodología y la práctica clínica, que definen una filosofía asitencial.

El psicoanálisis multifamiliar constituye un marco de referencia original y creativo que permite (re)pensar en el desarrollo sano, la organización patológica del sufrimiento mental y las vías de atención de los pacientes graves y/o crónicos.

A diferencia de otras modalidades psicoanalíticas, esta forma de trabajar tiene una metodología específica en términos de encuadre, gestión de la transferencia, creación de un clima emocional de seguridad, confianza y solidaridad y modalidades de intervención a través de la conversación. Todo esto es producto de un pensamiento complejo, que trataremos de presentar en este Vademécum.

Posibilidad de tratamiento

Contrariamente a lo que sucede en las orientaciones psiquiátricas de base biológico-orgánica, que ven la "supresión" de los síntomas con una óptica reducida que implica la "normalización" del "paciente", el Psicoanálisis Multifamiliar tiene como objetivo trabajar con las personas y las relaciones en un sentido transformador, partiendo del potencial no expresado – la virtualidad sana – en lugar de los elementos patológicos.

Todo el mundo es visto como una persona potencialmente sana en lugar de una persona enferma y existe una posibilidad de tratamiento, incluso en las situaciones más graves y/o crónicas.

La forma de mirar a una persona está estrechamente relacionada con lo que se imagina del otro, la mirada no se discute, penetra directamente en el inconsciente y connota emocionalmente la relación.

El miedo, el desconcierto, la insensatez, presentes en la mirada del otro, en particular de un psiquiatra, pueden tener un enorme poder patógeno sobre una persona que ya está asustada y desorientada por lo que le sucede, mientras que si se siente vista como alguien que posee potencialidades ocultas genera esperanza y confianza desde la cual se comienza la curación. Una parte importante del sufrimiento deriva de la incomprensión y de la crueldad inconsciente hacia el otro, sobre todo el más cercano; la crisis puede ser vista como un intento desesperado de sacar a la luz las potencialidades sanas, individuales y relacionales, una oportunidad para introducir cambio y transformación en las trampas familiares del sufrimiento.

Del mismo modo, la diferente sintomatología puede considerarse como el lenguaje concreto para expresar necesidades y estados emocionales inexpresables, exageración de procesos normales y expresión de un potencial invisible.

La posibilidad de curación y recuperación se estructura alrededor de la posibilidad de tolerar el complejo cambio entre certeza e incertidumbre, orden y desorden, coherencia y contradicción: regresiones y recaídas no son signo de "incurabilidad" pero representan momentos inevitables de verificación para afrontar nuevas situaciones.

El sufrimiento mental se produce en la relación entre dos o más personas

El sufrimiento mental siempre se manifiesta en las relaciones patógenas entre dos o más personas. El desarrollo de estas relaciones suele ser el resultado de tramas inconscientes, a veces secretas y ocultas, que revelan la existencia de una interdependencia recíproca.

Es posible detectar la presencia de estas tramas en todos los conflictos humanos; en este sentido, el sufrimiento mental puede considerarse como la expresión particular de una interdependencia recíproca, patógena y patológica.

Cuando pensamos en la enfermedad mental, solemos referirnos a la psicopatología como algo que pertenece a la esfera individual, negando el intercambio interactivo entre la mente y el ambiente, es decir, excluyendo la realidad relacional.

El potencial de crecimiento y desarrollo de la personalidad está siempre presente en el ser humano y representa la virtualidad sana; son las interdependencias patógenas y patológicas, que operan desde la realidad externa o interiorizada ("los otros en nosotros"), que interfieren con la subjetividad e impiden el desarrollo de un "verdadero yo".

En otras palabras, tanto el mundo externo como el interior influyen fuertemente en la posibilidad de que las personas se conviertan en individuos íntegros, legitimados y reconocidos en su subjetividad. J. García Badaracco decía: "...en este sentido, podríamos decir que la locura es siempre y en definitiva una folie a deux".

Recorrido personal

La amplia noción de proceso terapéutico incluye la idea de cómo una persona y su familia se enferman y el camino que deben seguir para sanar.

Por enfermedad mental nos referimos a la detención del crecimiento y desarrollo de la personalidad, en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

El proceso terapéutico es un concepto clínico con el que nos referimos al conjunto de transformaciones que la persona y su familia pueden experimentar a través del tratamiento psicoterapéutico.

La idea de proceso se refiere a la sucesión de cambios psíquicos que se presentan como realizaciones diversas, con una coherencia interna y un sentido progresivo hacia una condición humana que tratamos de formular como maduración de la personalidad, equilibrio emocional, etc.

Estos cambios se objetivan en realizaciones concretas que modifican las relaciones interpersonales y las experiencias subjetivas, que a su vez, transforman el mundo interior y determinan cambios estructurales en la personalidad.

Esta sucesión no es lineal, ni tiene una única causa, y se caracteriza por momentos de deconstrucción y recomposición de las partes de un todo.

El camino terapéutico tiene como objetivo restablecer el proceso de crecimiento y desarrollo normal de la persona que, debido a varios factores, se ha interrumpido y distorsionado a lo largo de su evolución.

Durante el proceso terapéutico, el paciente debe pasar por etapas que nunca ha podido pasar en su vida familiar.

Las nuevas experiencias enriquecerán y reforzarán el yo, proporcionándole los auténticos recursos necesarios para afrontar los procesos de identificación que modificarán la estructura de la personalidad.

El proceso terapéutico es necesariamente individual, y por tanto, único para cada persona; sus características dependen del cuadro clínico, del inicio de la enfermedad y de su evolución. Las circunstancias familiares y sociales son factores muy influyentes.

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. Interdependencia Recíproca

Los seres humanos nacen, crecen y se desarrollan en una red de relaciones personales interdependientes, que constituyen el fenómeno clave de la interacción social, dando lugar a los procesos de crecimiento y desarrollo de la personalidad que se producen a lo largo de la vida.

Esta red de Interdependencias Recíprocas (IR) adquiere un significado particular en el trabajo clínico del GPMF.

Los fenómenos humanos son muy variados y difíciles de enmarcar en una teoría unitaria de la mente y la complejidad adquiere tal relevancia que nos ofrece una visión caleidoscópica de los acontecimientos psíquicos.

La noción de IR nos permite incluir esta complejidad, que comienza en el nacimiento y continúa durante toda la vida, donde tendrán lugar los procesos de identificación que dan origen a la estructura de la personalidad.

Por un lado, las IR nos permiten visualizar la patología del mundo interior como un "diálogo interior" entre nosotros y los "otros en nosotros" (presencias vivas). Estas "presencias" "hablan" al individuo, amenazándolo, despreciándolo, criticándolo y maltratándolo (interdependencias patológicas y patógenas).

Por otra parte, estas situaciones se exteriorizan simultáneamente en las relaciones; y es posible observar cómo estas interdependencias se estructuran y se mantienen en el tiempo, generando sufrimiento y frustración.

Esta posición teórica trasciende el apego, ya que incorpora en el estudio del mundo interior ("realidad psíquica"), la relación significativa con el otro ("intersubjetividad") y los factores sociales que influyen en la vida de las personas ("trans-subjetividad") haciendo hincapié en la dimensión interactiva ("realidad material").

J. García Badaracco ha clasificado las interdependencias recíprocas en dos categorías: las que favorecen el crecimiento y el desarrollo de la personalidad (normogénicas) y las que interfieren este proceso (patogénicas). La calidad de estas interdependencias dará origen a los verdaderos recursos del Yo, de los que dependerá la resolución de los diferentes conflictos internos o externos.

Trabajar con IR nos lleva a enfrentar la trama y las interconexiones en las que el individuo está inmerso, los conflictos dilemáticos y las "presencias vivas" que lo habitan y continúan actuando en su mundo interno y determinan la calidad de las relaciones con los demás.

EL GPMF favorece la "recuperación" de las situaciones en las que el enfermo y la familia están atrapados y que perpetúan la enfermedad y agravan el pesimismo sobre una vida mejor.

1.2. Virtualidad sana

En la teoría de J. García Badaracco, la Virtualidad Sana es un concepto clave que se refiere al potencial de crecimiento y desarrollo de la personalidad.

Se basa en el concepto de "autopoiesis" de H. Maturana (1973), entendida como propiedad fundamental de los sistemas vivos cuya interacción con el mundo exterior depende de la propia estructura para reproducirse y mantenerse.

Según J. García Badaracco, la "virtualidad sana" está ligada a la capacidad de la mente de neutralizar y desarmar las "presencias que lo vuelven loco" en su mundo interior y de resolver las interdependencias patógenas de su mundo exterior (recursos auténticos).

Centrándose en los síntomas, la psiquiatría ve al paciente solo como una persona "loca o enferma", y lo lleva a evocar el comportamiento que, por diversas razones (ansiedad, miedo, frustración y a veces agresividad) tiene en su familia, lo que hace que éstos reaccionen casi siempre de la misma manera.

Como resultado, se ignora la virtualidad sana de los pacientes, es decir, el potencial de crecimiento y desarrollo que existe en cada ser humano, sin importar cuán enfermo esté.

García Badaracco subraya el poder de la mirada en el trabajo psicoterapéutico y el poder de la mirada, por tanto, adquiere un significado especial: "el paciente sentirá cómo lo miramos".

La mirada no se discute; penetra en el inconsciente y connota emocionalmente la relación.

La mirada del terapeuta, por lo tanto, puede tener un enorme poder patógeno si no ve estas potencialidades de crecimiento y desarrollo de la personalidad.

La posibilidad de ver al paciente como una persona dotada de estas potencialidades genera la esperanza necesaria para adherirse al tratamiento e iniciar el proceso terapéutico, como camino de curación.

Esto permite a la familia comenzar a vivir la situación con "una perspectiva diferente".

El concepto de "virtualidad sana" puede estar en el centro de una profunda revisión tanto del desarrollo normal como de la génesis de la enfermedad mental. Al mismo tiempo, puede ser visto como una guía para comprender la vida de los pacientes y sus familias, a partir de la cual desarrollar el tratamiento de los trastornos psiquiátricos más incapacitantes. De hecho, el desarrollo de una virtualidad sana a través de nuevos recursos auténticos del yo apoya un cambio tolerable y posible.

Este concepto remite también a la imagen de una matriz originaria y primordial de potencialidades que pueden manifestarse, reconocerse y cultivarse, en un ambiente emocional y relacional favorable. La compleja red transgeneracional de interdependencias recíprocas desempeña un papel fundamental en la creación de un setting propicio para la aparición de auténticos recursos personales, que pueden reconstituirse en un GPMF, modificando la organización patológica predominante en el contexto familiar.

Las potencialidades inexpressadas de la virtualidad sana desplazan el enfoque de la intervención terapéutica del tratamiento de los déficits individuales y familiares a la estimulación de los recursos sanos a través de la reproducción de un contexto de crecimiento natural.

1.3. Proceso terapéutico

La amplia noción de proceso terapéutico incluye la idea de cómo una persona y su familia se enferman y el camino que deben seguir para sanar.

La enfermedad mental es un trastorno en el crecimiento y desarrollo de la personalidad, que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales. El proceso terapéutico es un concepto clínico con el que nos referimos al conjunto de transformaciones que la persona y su familia pueden experimentar a través del tratamiento psicoterapéutico.

La idea de proceso se refiere a la sucesión de cambios psíquicos que se presentan como realizaciones diversas, con una coherencia interna y un sentido progresivo hacia una condición humana que tratamos de formular como maduración de la personalidad, equilibrio emocional, etc.

Cambios que se objetivan en realizaciones concretas, como relaciones interpersonales y experiencias subjetivas que transforman el mundo interior y llevan a cambios estructurales en la personalidad.

Esta sucesión no es ni lineal ni tiene una única causalidad, sino que son momentos de desestructuración y reestructuración de las partes de un todo.

El camino terapéutico tiene como objetivo restablecer el proceso de crecimiento y desarrollo normal del individuo, que debido a diferentes factores se ha detenido y distorsionado en su evolución.

El paciente debe pasar por las fases de su tratamiento que nunca ha podido atravesar en su vida familiar.

Las nuevas experiencias, enriqueciendo y fortaleciendo el yo, proporcionarán a éste, recursos auténticos a través de procesos de identificación que modificarán la estructura de la personalidad.

El proceso terapéutico es necesariamente individual y, por tanto, único para cada persona, la variedad depende de los marcos clínicos, cómo comienza la enfermedad y su duración. Las circunstancias familiares y sociales también son factores que lo afectan.

1.4. Recursos genuinos del Yo

El concepto de "Recursos Genuinos del Yo" se refiere a un aspecto esencial de la salud mental: la maduración de la personalidad. Son los requisitos previos para que el Yo pueda desarrollar sus funciones (simbolización, representación, lenguaje, sentido de la realidad, control de impulsos, etc.) y alcanzar sus objetivos.

La falta de recursos del Yo o la noción de déficit estructural, nos permiten comprender una importante dimensión de la patogénesis y el objetivo principal del proceso terapéutico sería la adquisición de nuevos recursos genuinos del Yo.

La condición de indefensa e impotencia con la que nacemos, podría definirse como una condición de escasos recursos del Yo.

El desarrollo psicobiológico de la personalidad es, entre otras cosas, la adquisición de los recursos del Yo.

En su aspecto biológico, la constitución y maduración del sistema nervioso juegan un papel importante, pero donde se juega lo fundamental es en el aspecto psicológico-relacional, en donde las experiencias de vida determinarán el desarrollo del sí mismo, a través de los procesos de identificación.

Algunas de estas experiencias conducen a una estructuración positiva del Yo y otras obstaculizarán su desarrollo, produciendo alteraciones que darán origen a diversas patologías.

Desde una perspectiva terapéutica, estos pacientes están fuera del área del conflicto y requieren un tratamiento diferente, en el que experiencias emocionales sanas permitirán la incorporación de nuevos recursos del yo, indispensables para la reestructuración de la personalidad.

1.5. Procesos de identificación

Como han demostrado la mayoría de autores psicoanalíticos, la "identificación" es uno de los procesos fundamentales en la estructuración de la personalidad.

Los "procesos de identificación" intervienen desde los primeros instantes de la vida, sobre todo en la relación precoz del niño con su cuidador, constituyendo, como sostenía S. Freud, la forma más primitiva de apego afectivo, y produciendo en el individuo modificaciones duraderas.

La identificación representa un conjunto de operaciones que determinan la compleja tarea de la constitución y organización del "yo".

García Badaracco diferencia estos procesos, en función de sus cualidades, en normógenos y patógenos.

Estos procesos tienen lugar en la intimidad de la IR, el clima emocional y los recursos del Yo de los padres determinarán la calidad de estas identificaciones.

En las "identificaciones estructurales" (normogénicas) se instauran mecanismos de asimilación y acomodación entre los miembros de la interdependencia, a través de un intercambio creativo que, con el tiempo, permite el desarrollo de una dimensión íntersubjetiva en una interdependencia recíproca sana, que hace posible diferenciar el Yo del "Otro". De esta manera, a través de un proceso de desimbiotización, se puede lograr una mayor identificación y autonomía a partir de una simbiosis primitiva, mientras que, estas identificaciones normogénicas se convierten en parte de la estructura de la personalidad.

Si en lugar del proceso descrito anteriormente se produce un desarrollo anormal debido a la falta de identificaciones estructurantes, el individuo quedará atrapado en una interdependencia patológica, la simbiosis no se resolverá con éxito y se producirá una escasez en los recursos del yo o un déficit estructural.

En los procesos patógenos, los elementos que permanecen separados de la estructura se incorporarán a la psique y actuarán como presencias invasivas que obligan a la psique a organizarse de manera disfuncional. Estas identificaciones patológicas, que García Badaracco llamaba "objetos enloquecedores", están organizadas como partes escindidas de la mente. En estos casos encontramos siempre una historia de acontecimientos traumáticos y de sufrimiento psicológico: la presencia del "otro" ha "habitado" la psique del individuo, impidiéndole "ser él mismo" y condicionando su vida.

1.6. Vivencia

La palabra "vivencia" fue introducida en la lengua española por el filósofo Ortega y Gasset. Formado en Alemania, a su regreso a España, no pudo encontrar una palabra para traducir el término alemán "Erlebnis", que difiere de la palabra "Erfahrung" (experiencia).

Este último se refiere a una práctica que proporciona conocimientos o habilidades (capacitación) para realizar una tarea.

"Vivencia" representa una experiencia especial que modifica el Yo y "marca" la personalidad. Ortega y Gasset (1913) la describe como "todo lo que alcanza el yo con tal inmediatez que se hace parte de él, es una experiencia de vida". En el campo de la psicología, es una experiencia vivida con una intensidad emocional que deja una huella en la vida del sujeto.

Desde nuestro punto de vista, la vivencia es una experiencia fundacional que tiene lugar en la intimidad de las "interdependencias recíprocas" y sirve de marco para los procesos de identificación.

Normalmente, las experiencias tranquilizadoras y protectoras producidas dentro de la familia dan origen a los "auténticos recursos del Yo" derivados de identificaciones normogénicas, esenciales para realizar un satisfactorio proceso de crecimiento y desarrollo.

Junto a las vivencias tranquilizadoras y protectoras, encontramos vivencias traumáticas, que quedan escindidas de la estructura y amenazan la incorporación de recursos "yoicos genuinos", distorsionando el crecimiento y el desarrollo de la personalidad, dando origen al sufrimiento psíquico y por tanto a la enfermedad mental.

J. García Badaracco, en los últimos años de su vida, ha dado relevancia al tema de las vivencias, como subraya M.E. Mitre en su trabajo "Curando desde las vivencias" (2020); la mente en sus orígenes es esencialmente "vivencial". El niño vive la relación con sus padres en términos de vivencias, dentro de "interdependencias recíprocas" y este intercambio emocional produce la adquisición sana o malsana de auténticos recursos del Yo.

En la práctica psicoterapéutica hemos observado que la comprensión intelectual no modifica la carga emocional de las situaciones traumáticas vividas por el paciente.

Sabemos que la persona que sufre necesita algo más que interpretaciones, como han señalado muchos autores - que han abierto la posibilidad de tratar a pacientes "difíciles".

La presencia del terapeuta como persona real crea una experiencia real que le da al paciente lo que le faltaba en las etapas infantiles.

La mayor simetría en el tratamiento favorece la cercanía emocional entre el paciente, la familia y los miembros del equipo terapéutico, creando un clima emocional que servirá de estímulo para las identificaciones normogénicas, necesarias para la adquisición de nuevos recursos del yo, que restaurarán el proceso de crecimiento y desarrollo que se ha interferido.

1.7. Mente Ampliada

El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar funciona como una "Mente Ampliada", "una gran mente pensante" (J. García Badaracco, 2000).

Cada participante enriquecerá el conjunto aportando su punto de vista; cada contribución individual puede generar en las otras asociaciones que enriquecen el conjunto. Se puede crear una espiral creativa que contribuye a modificar esquemas estructurales rígidos (interdependencias patógenas), que funcionan en la mente de las personas como circuitos reverberantes que torturan y enferman.

La capacidad de pensar con los demás permite expandir la mente sin perder la autonomía, creando una red de conocimientos que tiene un alto potencial terapéutico. El clima de seguridad, confianza y solidaridad alienta a "pensar juntos" lo que no se puede pensar por sí mismo.

Observar diferentes formas de entender la vida en los demás, permite a los participantes comenzar a reflexionar sobre su modo de entender la vida y los lleva a descubrir su "modo de ser" en el intercambio con los demás.

2. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CONDUCCIÓN DE UN GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR

2.1. Sobre el setting

El GPMF ofrece un encuadre natural y flexible, que reproduce un amplio conjunto social, donde la participación es espontánea y auténtica.

La flexibilidad es inherente a este grupo y la participación no requiere un compromiso formal de presencia continua (dependiendo de si se trata de un grupo abierto o de apertura lenta). Los requisitos para la reunión son mínimos: lugar, día y hora.

La duración varía de 90 a 120 minutos y suele ser semanal o quincenal durante todo el año.

El trabajo en equipo es fundamental para responder a la complejidad de las situaciones; Más que una opción laboral, se ve como una necesidad para promover el cambio psíquico.

El equipo funciona a nivel inconsciente como familia sustitutiva y deberá contener y sostener de distintas maneras los momentos regresivos que surgen de situaciones emocionales intensas, a veces de gran sufrimiento, otras de extrema violencia y también de intenso retiro.

La actividad de contención y asistencia del equipo permitirá transformar la regresión patológica, caracterizada por la falta de recursos del yo para afrontar la realidad interna (pulsiones destructivas y alto nivel de ansiedad) y externa, en una regresión útil para el proceso terapéutico, en la que se recuperan los aspectos sanos que han quedado detenidos en el crecimiento y desarrollo de la personalidad.

Esta forma de trabajar caracteriza la filosofía asistencial del equipo que se ocupa de los GPMF.

2.2. Transferencias múltiples

La mayoría de los autores psicoanalíticos contemporáneos coinciden en que todas las terapias psicoanalíticas - ya sean individuales, grupales, de pareja o familiares - deben cumplir una condición primaria: trabajar con la transferencia. Lo que distingue los diversos métodos de trabajo analítico es la comprensión y el uso que se hace de la transferencia.

S. Freud nunca consideró la transferencia como algo exclusivo del tratamiento psicoanalítico, sino más bien como algo que se descubre y se hace visible en él mismo. Además, la caracterizó como un fenómeno general y universal, desde nuestro punto de vista, agregamos que es un fenómeno social.

El GPMF, como muestra de una realidad social más reducida (mini-sociedad), nos permite observar cómo la trama de transferencia nos involucra a todos y crea un "campo psicológico de estructura multifamiliar".

Es importante señalar que cualquier marco formal con reglas y normas preestablecidas contribuye a la aparición de la transferencia, pero al mismo tiempo la parcializa y la desnaturaliza, excluyendo

generalmente los aspectos sanos del funcionamiento psíquico que son esenciales para el proceso terapéutico.

Experimentar el GPMF como un contexto social nos muestra que este es el contexto natural en el que la transferencia se expresa plenamente y nos permite trabajar de manera más adecuada, especialmente con aquellos pacientes graves que sufren de déficit estructural, los que J. García Badaracco define como carente de recursos genuinos del Yo.

En el trabajo clínico, el concepto de interdependencia muestra claramente las relaciones significativas entre los participantes, incluida la transferencia como expresión de los aspectos inconscientes de las relaciones, y la interacción como resultado de las acciones de unos sobre otros.

Esta interacción se extiende en el tiempo y es la esencia de la interdependencia patológica.

En los GPMF la transferencia es "múltiple" porque todos los participantes, incluidos los conductores, contribuyen a estructurar un "clima psicológico de estructura multifamiliar". Al mismo tiempo, la transferencia está "dispersa" (Mascaró Masri N., 1990) porque se hacen proyecciones hacia los miembros del grupo y del equipo; De esta manera, la configuración y la institución reducen la carga emocional y permiten un trabajo más eficaz sobre los factores más dañinos que ocultan el sufrimiento psíquico.

El contexto social amplio proporciona un mayor poder de contención que reduce el impacto emocional de situaciones altamente traumáticas que se reactivan en la actividad terapéutica.

2.3. Clima emocional

Es necesario subrayar que la variedad de fenómenos que se producen en un GPMF genera un campo psicológico de estructura multifamiliar, cuya complejidad los Conductores deben tener en cuenta.

Una de las tareas principales del Conductor y del Facilitador es crear un clima emocional adecuado que permita el intercambio de experiencias dolorosas y que sirva como "desencadenante" de nuevas identificaciones necesarias para el cambio psíquico.

Es responsabilidad del equipo crear y mantener un clima emocional adecuado basado en la confianza, que favorezca la seguridad, la solidaridad y la esperanza.

2.4. Consejos prácticos

No se habla de una técnica específica, pero se hace hincapié en el aprendizaje experiencial que los conductores deben realizar sobre la base de su propia experiencia personal. Esta perspectiva

enfatisa la creatividad y hace referencia a un aprendizaje experiencial capaz de afrontar situaciones nuevas e imprevistas, y al mismo tiempo debe saber concentrarse en lo particular, reconociendo la especificidad de cada persona y fomentando una actitud abierta y autónoma.

Estas son las principales recomendaciones:

- El Conductor y el Facilitador deben fomentar una conversación compartida, abierta e inclusiva. Observando y comprendiendo los diálogos y la trama de la transferencia surgen hipótesis sobre las relaciones y su desarrollo. El reconocimiento mutuo, en el sentido de aceptar las diferencias, hace emerger "lo mejor del otro", situación generalmente nunca vivida antes, que da sentido a la identidad. Tanto el que habla como el que no habla se benefician de este intercambio.
- Las intervenciones del Conductor y del Facilitador pueden ser muy variadas (actividad interpretativa de Zimmerman) y deben ayudar a mantener un clima emocional adecuado que permita compartir las experiencias de vida y apoyar los procesos terapéuticos de los participantes.
- Escuchar con respeto, evitar juzgar y considerar que lo que dice la otra persona puede enriquecer y complementar tu conocimiento.
- No pretendas tener razón, desalentar cualquier tendencia a discutir y evitar el aislamiento.
- Los Conductores y los Facilitadores tienen la responsabilidad de aliviar el sufrimiento de las personas involucradas y de comprender que un clima emocional apropiado hará surgir experiencias traumáticas, a veces por primera vez.
- Tolerar la incertidumbre y la confusión del 'no saber' y evitar dar explicaciones tranquilizadoras. Dejar que el grupo construya las respuestas adecuadas.
- Tratar de dar sentido a las situaciones difíciles y abordarlas a la luz de los procesos normales de crecimiento y desarrollo, para aliviarlas.
- Capacidad de tolerar y empatizar con los sentimientos de vulnerabilidad e impotencia ocultos en los mecanismos de defensa.
- Tener cuidado de recuperar y preservar lo experiencial, lo emocional y lo afectivo, que es el sustrato en el que se producen las interdependencias patológicas.
- Respetar el tiempo que cada persona necesita para que la experiencia compartida produzca un cambio psíquico. Cada participante debe encontrar su propia respuesta "curativa" sin necesidad de sugerencias e interpretaciones. Esta es una experiencia única e intransferible.
- Los Conductores y los Facilitadores deben trabajar preferentemente el material surgente, lo que sucede en cada momento y lo que despierta en los demás. Las historias personales se pueden reconstruir durante el tratamiento a través de las interdependencias patológicas y patógenas.
- Los Conductores y los Facilitadores no deben resolver problemas, sino crear las condiciones que favorezcan la adquisición de nuevos recursos del Yo, que permitan afrontar la vida de manera más eficaz y con menos sufrimiento.
- El intercambio entre los participantes debe ser lúdico. Todos, incluidos los profesionales, deben poder acceder y aprender de las situaciones experienciales creadas en el grupo, que enriquecerán su patrimonio personal (y profesional). Los Conductores/Facilitadores se "curan" con los pacientes. De esta manera, el grupo crece y adquiere un funcionamiento más horizontal y democrático.
- En cuanto a la intervención de los participantes, las modalidades pueden diferir: algunos consideran justo proceder a levantar la mano, otros prefieren una participación más

espontánea. El Conductor y el Facilitador del grupo debe ser consciente de ello y alentar un uso correcto de la configuración.

2.5. Factores curativos

El objetivo terapéutico principal del GPMF es proporcionar, mediante el intercambio, auténticos recursos del Yo, que contribuirán a la reestructuración de la personalidad. Esto permite "romper" las redes de interdependencias patógenas en las que el individuo está atrapado, permitiendo el "cambio psíquico", que ofrece la posibilidad de una identidad más coherente y una mayor autonomía psíquica.

Los principales factores curativos son los siguientes:

- El paso del pesimismo sobre la incurabilidad de la enfermedad mental al optimismo sobre la posibilidad de curación, crea esperanza y es la fuerza motriz del tratamiento y del proceso terapéutico.
- Tratar a las personas que sufren viendo su virtualidad sana les hace sentirse mejor comprendidas y más constructivas.
- Pasar de una actitud pasiva (tú me curas) a una actitud activa (yo me curo), produce en los pacientes y en sus familias un mayor compromiso con el tratamiento.
- Compartir con los participantes del grupo situaciones traumáticas que generan intenso sufrimiento psíquico crea alivio, empatía y solidaridad.
- Una conversación compartida basada en el respeto (no emitir juicios de valor), el reconocimiento (aceptar diferencias), la responsabilidad (cuidar de los que sufren) y la recreación (aprender de los demás) tiene un potencial terapéutico considerable.
- El amplio contexto en el que se desarrolla el GPMF es la mejor garantía de seguridad, contención y solidaridad, que permite la expresión del verdadero yo.
- Compartir experiencias de vida genera cohesión de grupo, lo que permite empezar a confiar en los demás y poder contar con ellos.

3. CONSIDERACIONES FINALES

Después de muchos años de trabajar con estos grupos, verificamos que estos amplios contextos sociales tienen un alto potencial terapéutico.

El clima emocional juega un papel fundamental en esta situación. El equipo debe crear y mantener un clima de confianza y seguridad, estimular la comunicación/diálogo participativo, desarrollar la solidaridad entre los participantes y generar esperanza para una vida mejor.

Una vida digna de ser vivida, donde la actividad es el producto de la creatividad como expresión del "verdadero yo" y no del respeto de lo que se impone. Esta situación genera la "vitalidad" necesaria para una vida más sana.

La dinámica particular de estos grupos está determinada por la presencia de al menos dos generaciones (padres e hijos), a las que se suman otros familiares y allegados.

Los GPMF en las instituciones de salud se convierten en la actividad central del marco terapéutico y contribuyen a cambios profundos en la propia institución.

Por último, cabe señalar que este recurso tiene un alto valor preventivo y se utiliza en diferentes servicios médicos (medicina interna, oncología, dermatología pediátrica), así como en instituciones no sanitarias para la resolución de conflictos (educación, empresas, poder judicial, etc.).

SEGUNDA PARTE

“LAS COMPETENCIAS DEL CONDUCTOR Y DEL FACILITADOR DEL GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR”

INTRODUCCIÓN

De la reflexión compartida durante los meses de trabajo entre los socios, para elaborar la Matriz de Competencias del Conductor y del Facilitador de los GPMF, nació un "Campo" de las competencias. El "Campo" es una expresión que se adapta bien a identificar esta área dinámica en desarrollo, que puede tener connotaciones específicas independientemente de los elementos que la integran, ya que las competencias se ponen en práctica de diversas maneras en los contextos que las requieran.

Precisamente, en el caso de las competencias de los Conductores y de los Facilitadores en los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, el Campo ha estado marcado por 18 familias de competencias que se entrelazan para facilitar la escucha y la comunicación entre los participantes, y que se aplican en función de las situaciones que se presentan.

Pero para desarrollarlas y ponerlas en práctica, el bagaje de conocimientos del operador no debe condicionar su relación con los participantes a partir de interpretaciones preconcebidas, sino que debe estar dispuesto a aceptar sin prejuicios las sugerencias y las indicaciones que surgen del grupo.

Esta apertura de pensamiento se convierte en una “conditio sine qua non” en cualquier reflexión y enfoque dirigido a la definición de las competencias, es una capacidad que recoge también la indicación de Freud cuando habla de "suspender el juicio de realidad" en la relación con los pacientes.

Por tanto, antes de las reflexiones sobre las competencias hay que tomar en cuenta unas condiciones previas que hacen que las competencias puedan ser desarrolladas.

Ya en el "Marco Europeo de Competencias Clave" de 2008 se reforzó la importancia de la competencia de "Aprender a Aprender", mensaje difundido desde finales del siglo pasado en el Área formativo, fundamental para la adquisición de otras competencias y para el desarrollo de las capacidades que se adquieren desde los primeros años de la vida, en ambientes y en situaciones formativas formales, informales y no formales.

"Aprender a aprender" es la competencia en la base de la autonomía del individuo y es fundamental en la conducción de los grupos de psicoanálisis multifamiliares, pero en este entramado de competencias del Conductor se ha insertado la reflexión sobre la necesidad, también previa al análisis y al desarrollo de cualquier competencia, de introducir la premisa también de "aprender a desaprender" del operador que interviene.

Cuando García Badaracco participaba en grupos de familiares, invitaba a sus colegas a participar con "Vamos a aprender".

En esta invitación, "Aprender a aprender" se asocia indisolublemente con el "Aprender a desaprender", y estas dos condiciones representan las condiciones previas para el desarrollo de las competencias y están encerradas en ese "Vamos a aprender " que implica la disposición a participar, a aprender del grupo, pero también a desaprender y construir nuevos conocimientos, junto con el grupo.

Tanto el "Aprender a aprender" como el "Aprender a desaprender" están bien representados por las competencias insertadas en el Área "Competencias personales, éticas, sociales y culturales", competencias vinculadas a la cultura y a la ética del comportamiento del conductor y a la necesidad de aprender a transferir los conocimientos en los diferentes contextos familiares y/o terapéuticos.

La capacidad de desarrollar nuevas competencias que surgen de la confrontación entre individuos y entre culturas, la capacidad de adoptar comportamientos éticos y de respeto, y la predisposición al aprendizaje afectivo representan fuertemente estas condiciones de base que caracterizan el trabajo del Conductor y del Facilitador de Grupos Multifamiliares, y que son transmitidas por esa invitación de "Vamos a aprender" de García Badaracco.

1. EL GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR

El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar es un espacio terapéutico que permite acercarse y tratar a un grupo heterogéneo de pacientes y familias afectados por diversas patologías.

Se trata generalmente de un grupo amplio y abierto, que generalmente reúne de 10 a 50 personas, pero excepcionalmente puede llegar a 100 participantes; reproduce una muestra de nuestra sociedad (mini sociedad), con familias de diferentes culturas y niveles socioeconómicos que están llamadas a compartir una experiencia común. Comparten sus preocupaciones y temores y pueden hacer frente a las dificultades en un clima de seguridad y confianza.

En el grupo participan, además de los pacientes y sus familiares y/o allegados, varios profesionales. El grupo está coordinado por profesionales sanitarios (Conductores) que trabajan en co-terapia y forman un equipo terapéutico.

El GPMF nace con la idea de permitir a cualquiera, cuando y como lo desee, estar presente. A diferencia de otros grupos en los que se establecen normas de participación más o menos estrictas, en este caso no existen. La presencia y la continuidad son deseables, pero la no presencia ocasional no es objeto de consideración negativa. En cuanto a la duración, varias experiencias nacionales han codificado exactamente el número de participantes, la duración de las sesiones o su asistencia.

Los "Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar" son grupos en los que están presentes simultáneamente al menos dos generaciones, incluida la persona en tratamiento psiquiátrico

1.1. Cuestiones teóricas

El grupo multifamiliar, formado por varias familias, cada una con un componente psicótico, permite construir un marco de referencia global para conceptualizar la enfermedad mental y su tratamiento. Supera el falso dilema entre intervenciones centradas en el pasado (psicoanalíticas) e intervenciones ajustadas al presente (sistémicas o cognitivo-conductuales).

Este método favorece la construcción de un escenario inédito en el que las diferentes familias, incluidos los pacientes, pueden confrontarse con sus vivencias, hasta ahora consideradas indecibles, y reactivar en vivo, frente a un gran grupo y con su ayuda, los núcleos fundamentales de interacciones patológicas y patógenas que han determinado, con el tiempo, el desarrollo de la enfermedad.

De este modo, se posibilita un proceso de modificación sustancial del clima vivido en el interior de los núcleos familiares, del que pueden beneficiarse:

- los enfermos, que pueden salir del papel de incurables;
- los miembros de la familia que se verán como actores.

permitiendo a cada uno:

- poder recordar y comprender lo ocurrido en el pasado sin asumir la responsabilidad;
- pensar juntos cuál puede ser hoy la mejor contribución al desarrollo del proceso de curación.

El GPMF ofrece un ambiente natural y flexible que reproduce un amplio encuentro social en el que la participación es espontánea y auténtica. La flexibilidad es inherente al grupo. La participación no depende de un compromiso formal de asistencia continua y las personas participan de acuerdo con sus necesidades e intereses.

El equipo terapéutico es variable y está abierto a diversas profesiones que comparten un fondo metodológico común (ej. Conductor, Facilitador y, en algunos casos, también Supervisor). A nivel inconsciente funciona como una familia sustitutiva, que debe contener y sostener los momentos regresivos que nacen de situaciones emocionales intensas y que se manifiestan de maneras diversas, a veces con gran sufrimiento, a veces con violencia verbal y a veces con intenso retiro.

La actitud de contención y asistencia del equipo, permite transformar la regresión patológica en una regresión útil al proceso terapéutico.

La experiencia de los GPMF como campo social, parece demostrar que constituye el contexto natural en el que la transferencia se expresa en toda su plenitud y permite trabajarla de la manera más adecuada, especialmente con aquellos pacientes graves que presentan un déficit estructural, que García Badaracco caracterizó como carentes de "recursos genuinos del Yo".

El concepto de interdependencia en el trabajo clínico, central en el pensamiento de García Badaracco, muestra claramente la importancia de las relaciones significativas entre las personas. En ella se incluirán:

- tanto la transferencia, que es la expresión de los aspectos inconscientes de las relaciones;
- como lo "interaccional", que se refiere a las consecuencias de las acciones de unos sobre otros y viceversa.

Esta acción recíproca se mantiene en el tiempo y constituye la esencia de la interdependencia patológica.

Teniendo en cuenta la evolución de la teoría psicoanalítica y las herramientas utilizadas en relación con la eficacia del tratamiento, podemos ver cómo las experiencias grupales han surgido de la dificultad de producir cambios psíquicos profundos, significativos y duraderos en la clásica relación terapeuta-paciente.

Los contextos grupales han permitido la aparición y difusión de enfoques más fructíferos, como la terapia basada en un enfoque multifamiliar.

García Badaracco escribe¹:

"Las sesiones multifamiliares crean un clima psicológico que facilita la convivencia y la posibilidad de pensar, resolver conflictos y aprender unos de otros.

Es decir, ofrecen la posibilidad de restablecer una comunicación normal con un ambiente humano real, que pone en juego las energías fundamentales que unen a los participantes con sus familias y con el ambiente social y estimulan su capacidad de resolver los conflictos. Estas energías están ligadas a la implicación afectiva que deriva del compartir emociones y lenguaje con los propios familiares y con otros que, a pesar de tener historias diferentes, se han encontrado en conflictos similares (p.28).

(...) Reunir a los pacientes de mi sala con todos los familiares y el personal de apoyo, como una comunidad terapéutica, me permitió encontrar la manera de ejercer un liderazgo que, trabajando sistemáticamente desde una des-idealización, hizo posible que el tejido social se utilice para modificar, mejorar y curar el comportamiento. Articulando la lectura psicoanalítica del inconsciente individual, con la posibilidad de neutralizar los factores patógenos de la mente que

¹ García Badaracco J. (2000) "Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo", Paidós, Buenos Aires.

actúan sobre los otros (interdependencias recíprocas internalizadas), se podían rescatar las interacciones grupales sanas y las experiencias sociales reconstructivas que ocurren en el contexto del gran grupo con sus connotaciones tradicionales, como las de los ambientes tribales.

La experiencia ha demostrado que una de las dificultades es la ansiedad del terapeuta o del guía del grupo que se siente mucho más expuesto en un contexto plurifamiliar que en la terapia de grupos pequeños o en el psicoanálisis individual. No me enfrenté realmente al temor de que se desencadenaran fuerzas de grupo difíciles de controlar, situación que parecía tanto más probable cuanto más numeroso era el grupo; se produjo más bien lo contrario, como si la presencia de muchas personas aumentara la seguridad emocional de cada "participante" (p35).

En este contexto, el GPMF

"... permite leer el inconsciente transmitido en las conversaciones de los participantes, que allí dramatizan espontáneamente su conflictividad".

"Si la familia es un contexto transitorio para el crecimiento del individuo, el grupo plurifamiliar debe tender a facilitar la apertura de nuevos espacios mentales. Esto permite al paciente experimentar un nuevo desarrollo a través de nuestra acción terapéutica".

"...La experiencia del grupo multifamiliar me ha dado (...) la posibilidad de integrar diferentes puntos de vista y teorías en una amplia unidad virtual que comprende la dimensión psicoanalítica individual de las dinámicas de grupo y de las dinámicas familiares. Todo ello de manera que se puedan utilizar los distintos puntos de vista como recursos terapéuticos a disposición de los participantes, en proporción a las posibilidades de cada uno, sin caer en un eclecticismo que empobrece" (p 36).

"... En el grupo multifamiliar todos los fenómenos descritos en otros lugares pueden ser vistos y seguidos terapéuticamente. En algunos casos, este es el contexto que ofrece las mejores posibilidades. En general se puede decir que todo ser humano puede tener algún tipo de experiencia válida capaz de superar un impasse en el proceso terapéutico. Esto puede hacerse en cualquier otro contexto. El grupo multifamiliar puede reiniciar una situación bloqueada, puede acelerar un proceso bloqueado, puede sacar a la luz la posibilidad de cambios psíquicos en patologías particularmente difíciles donde las técnicas habituales no producen los cambios necesarios".

"Es una forma de trabajar diferente en muchos aspectos, difícil de especificar. En lugar de preguntarse por qué ciertos cambios y la naturaleza de la técnica utilizada, a menudo es mejor partir de los resultados terapéuticos obtenidos"(pp. 36-37).

El doctor Andrea Narracci², uno de los principales terapeutas italianos y uno de los promotores de la experiencia del Grupo Multifamiliar en Italia, así como amigo personal de Jorge García Badaracco, comparte las ideas del maestro.

"El GPMF es el único lugar donde la psicosis se manifiesta de manera típica", dijo García Badaracco. Ni en la terapia individual, ni en la terapia de grupo para pacientes psicóticos, ni en la terapia familiar nuclear se puede observar el funcionamiento de la psicosis como en el GPMF. Siempre partimos de la idea de estudiar el comportamiento humano considerando que la persona que tenemos delante es similar a nosotros, lo que tiene es más o menos patológico.

² Narracci A. (2011) "Il nuovo contesto di cura per i pazienti psichiatrici gravi" in García Badaracco J., Narracci A. "La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia", Antigone Edizioni, Torino

El estudio de la psicosis suele abordarse en un contexto de observación parcial y no suficientemente adecuado: en la terapia individual se considera solo una parte del conjunto que constituye la locura: En la terapia de grupo para pacientes psicóticos, el contexto ciertamente no es natural, y por lo tanto lo que sucede puede ser solo una reproducción de algo similar a la realidad, pero no es la realidad.

En la terapia familiar el contexto terapéutico permite la reflexión en torno a una única situación patológica, que no facilita la confrontación de vivencias y de "posibles" psicosis. En la terapia familiar, esta tensión dificulta el intento de crear un clima compartido de auto-observación y, por lo tanto, un proceso terapéutico. En todos estos enfoques, sin embargo, se parte de la posibilidad de observar experimentalmente el 'seno familiar', es decir, una pareja o un trío de personas sin límites definidos que forman un todo, confrontándose entre sí o por separado con otros 'sincios' familiares o con miembros de otras familias. Podemos entender que el estado de vida normal de un esquizofrénico y de sus familiares es diferente al nuestro observando la intensidad enormemente mayor con que se manifiesta el fenómeno de los demás en nosotros ("los otros en nosotros") es decir, las proyecciones e identificaciones proyectivas que se manifiestan en estas situaciones, en comparación con lo que normalmente experimentamos los neuróticos. La posibilidad para el profesional de examinar la realidad no solo desde su punto de vista habitual, con límites, sino también desde el punto de vista de los demás, sin fronteras, solo existe en el GMPF. En la realidad de nuestro trabajo siempre partimos de nuestro punto de vista, con límites, y cada vez debemos tratar de ver las cosas desde el punto de vista de los miembros de la experiencia, sin límites". (pp. 27-28)

En este sentido el Grupo Multifamiliar es un lugar de observación de las dinámicas reales del funcionamiento familiar, es un lugar primordial de aprendizaje, pero también, en el que se puede desaprender.

Este enfoque tiene importantes implicaciones desde el punto de vista de las competencias de los líderes del Grupo Multifamiliar, que es el foco de nuestro análisis. Se mezclan con comportamientos profesionales, personales y terapéuticos deseables/preferibles. Los conductores deben, por tanto, ser conscientes de su génesis, de las dinámicas y de los efectos producidos, más allá de la irrepetibilidad de la gestalt que los compara con los participantes en un momento específico e irrepetible.

Para explicarnos mejor utilizamos una metáfora querida por los fotógrafos, la metáfora de la alineación del corazón, el ojo y el cerebro construida por Cartier-Bresson, fundamental para hablar de una buena fotografía. En el caso del Grupo Multifamiliar, se trata de tomar una instantánea en la que el corazón, la mente y el cerebro están perfectamente alineados en el momento de la toma.

Esto crea en el fotógrafo y, metafóricamente, en los participantes del grupo multifamiliar, la posibilidad de aprendizaje resultante de la transformación y posible alineación que ha registrado el disparo, dejando entrever una realidad que antes no existía.

Esta imagen/experiencia puede ser utilizada como estímulo al cambio (una nueva forma de verse a sí mismo, una instantánea única e inesperada, como dice el fotógrafo) que libera energías de reconocimiento de la existencia de un yo (la realidad presente en la instantánea como fondo) que está presente, vivo y capaz de generar una transformación terapéutica, aunque bajo ciertas condiciones (Grupo Multifamiliar).

Obviamente, en este contexto de reflexión, es de suma importancia saber qué competencias deben ser utilizadas por los conductores. Además, se puede decir que la posible confusión causada

por la percepción de un ser activo, que puede generar confusión al límite del no reconocimiento de sí mismo, está relacionada con la sorpresa generada por la percepción de un ser vivo.

Como afirma Antonio Maone (2015)³:

“No se trata solo de interpretar lo que está sucediendo, sino de intervenir activamente en este cuadro paralizante, desarticulando las interdependencias patógenas y proporcionando los recursos terapéuticos que activan los mecanismos de autoorganización que permiten al ser humano actuar.(...) [El paciente] descubre que estos procesos de des-identificación, vividos como una profunda despersonalización, no solo no son destructivos, sino que son los que le permiten entrar en contacto con su 'verdadero Ser'. Comienza a percibir que hay alguien dentro de él, su verdadero Ser, que puede tener una nueva oportunidad para utilizar las potencialidades virtuales que han sido bloqueadas en su desarrollo: se puede hablar aquí de un verdadero renacimiento”.

El grupo multifamiliar, permite reflexionar no solo sobre el propio funcionamiento, sino también sobre el funcionamiento de varias familias.

También permite reflexionar sobre cómo dejar de repetir indefinidamente los mismos errores, para modificar las interdependencias patológicas que bloquean el proceso de crecimiento, por ejemplo en la díada/tríada padres-hijos.

Es aquí donde se hacen evidentes las diferencias entre grupos multifamiliares y terapias unifamiliares, donde el enfoque está en el individuo o en la unidad unifamiliar y el objetivo es explorar y resolver las dinámicas internas y los problemas específicos de esa familia. En este contexto, el terapeuta trabaja principalmente con miembros de una sola familia, tratando de identificar patrones de interacción disfuncional y promover cambios en el funcionamiento familiar.

En un grupo terapéutico, los procesos inconscientes, parcialmente responsables del sufrimiento, surgen espontáneamente y pueden ser analizados, procesados, comprendidos y, eventualmente, transformados. El grupo valora los momentos de encuentro, que pueden ser momentos de múltiple adaptación empática. El grupo, más que cualquier otra modalidad psicoanalítica, privilegia la observación de la normalidad y de la patología de la comunicación, verbal o no verbal, lógica o primitiva, que impregna la vida de todos los seres humanos.

El psicoanálisis multifamiliar, trabajando en grupo con varias familias y profesionales, parece abrir nuevas perspectivas en el tratamiento de las psicosis y presenta algunas diferencias significativas con respecto a las terapias unifamiliares clásicas:

- **La participación de varias familias:** El grupo multifamiliar involucra a varias familias, cada una con sus propias dinámicas y problemáticas; Esto brinda la oportunidad de exponerse a diferentes experiencias y modelos de funcionamiento familiar, lo que allana el camino para una mayor comprensión y aprendizaje mutuos.
- **Reflexión y aprendizaje compartido:** en el grupo multifamiliar, los miembros de diferentes familias pueden reflexionar y aprender juntos. Este proceso de intercambio y confrontación les permite adquirir nuevas perspectivas y ampliar la conciencia sobre las dinámicas internas de cada familia.
- **Evitar errores:** la oportunidad de observar la dinámica y los errores de otras familias permite a cada familia aprender de los casos de los demás y evitar repetir los mismos patrones disfuncionales.

³ In Narracci, A. (a cura di) “Psicoanalisi Multifamiliare come Esperanto”, Antigone Edizioni, Torino.

- **Modificación de la interdependencia patológica:** el grupo multifamiliar facilita la comprensión de las interdependencias disfuncionales entre miembros de diferentes núcleos familiares. Esta conciencia puede ayudar a cambiar la dinámica patológica y promover un crecimiento más saludable de los padres e hijos involucrados.
- **El proceso de crecimiento se fortalece:** el grupo multifamiliar proporciona un contexto en el que las familias pueden apoyarse mutuamente y enfrentar juntos los desafíos. Esto puede ayudar a mejorar el proceso de crecimiento individual y familiar.

Hay algunas características aún más específicas que caracterizan al grupo, entre ellas las siguientes:

- Las personas que sufren se sienten mejor entendidas y funcionan mejor cuando se las trata imaginando su potencial de salud.
- Pasar de una actitud pasiva (ser tratado) a una activa (tratamiento) hace que los pacientes y sus familias participen directamente en el tratamiento.
- Compartir con los participantes del grupo situaciones traumáticas, que causan intenso sufrimiento psicológico, universalizan los problemas, crean alivio, empatía y solidaridad.
- Una conversación compartida basada en el respeto (ausencia de juicios de valor), reconocimiento (aceptación de las diferencias), responsabilidad (cuidado de los que sufren) y re-creación (aprender de los demás) tiene un conocido potencial terapéutico.
- El amplio contexto en el que se desarrolla el GPMF es la mejor garantía de seguridad, contención y solidaridad, que permite al verdadero yo expresarse.
- A través del intercambio de experiencias de vida se crea una cohesión de grupo que permite empezar a confiar y a confiar en los demás.

En conclusión, el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar representa una evolución respecto a las clásicas terapias unifamiliares y una aplicación de las potencialidades del grupo al trabajo con familias y más figuras profesionales. Ofrece un enfoque más amplio e inclusivo que favorece la confrontación, el aprendizaje recíproco y la posibilidad de superar dinámicas disfuncionales que pueden obstaculizar el proceso de curación y crecimiento de las familias afectadas, especialmente en el contexto de la psicosis.

1.2. Riesgos e importancia de las competencias del conductor

El método del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar puede representar una eficaz opción terapéutica. Sin embargo, en algunas situaciones también puede presentar algunos riesgos y desafíos potenciales que deben considerarse:

- **Transferencia y contratransferencia y procesos mentales inconscientes en el grupo:** el conductor debe tener en cuenta la transferencia y la contratransferencia, ambas más complejas y visibles que en la psicoterapia individual. El conductor debe prestar atención a los fenómenos transferenciales externalizados en el conductor, en los otros miembros del grupo o en los co-terapeutas.
- **Conflicto y dinámicas complejas:** dado que el grupo involucra a varias familias, pueden surgir dinámicas complejas y conflictos entre los participantes. El terapeuta debe ser capaz de manejar estas situaciones de manera constructiva para evitar que los conflictos aumenten y obstaculicen el proceso terapéutico.
- **Confidencialidad y privacidad:** compartir información entre varias familias puede poner en peligro su privacidad. El terapeuta debe proporcionar un setting seguro y protegido. Debe

fomentar la confidencialidad y establecer normas claras para el intercambio de información dentro del grupo.

- **Límites de la generalización:** aunque puede ser útil comparar diferentes familias para aprender de diferentes experiencias, es importante recordar que cada familia es única y la dinámica puede variar considerablemente. Por tanto, los modelos o enfoques utilizados por otras familias pueden no ser apropiados o efectivos en cualquier situación.
- **Participación desigual de las familias:** algunas familias pueden participar activamente y beneficiarse plenamente del grupo. Otros pueden ser más pasivos o tener dificultades para aprovechar la dinámica del grupo. El terapeuta debe ser consciente de esta heterogeneidad y tratar de involucrar a todas las familias de manera justa y eficaz
- **Gestión de emergencias:** la psicosis puede ser una enfermedad compleja y, a veces, pueden producirse emergencias o crisis dentro del grupo. El terapeuta debe estar preparado para manejar estas situaciones de manera adecuada. Los participantes deben tener una red de apoyo y recursos disponibles para hacer frente a cualquier crisis.
- **Dependencia del grupo:** En algunos casos, los miembros de la familia pueden volverse demasiado dependientes del grupo o del terapeuta, lo que dificulta aplicar el aprendizaje fuera del contexto del grupo. El terapeuta debe alentar el empoderamiento y la autonomía de las familias para promover un cambio duradero.
- **Efectos negativos de la comparación:** la comparación con otras familias puede ser útil, pero también puede causar tensión o inseguridad en los participantes. El terapeuta que utiliza este enfoque elegirá equilibrar cuidadosamente la cantidad de confrontación y solo participará en la confrontación cuando sea constructivo para el proceso terapéutico.
- **Los miembros del grupo pueden estar expuestos a contenido potencialmente traumático,** como historias de violencia, abuso o muerte. Esto puede ser particularmente difícil para los miembros del grupo que ya han tenido experiencias difíciles. Esto puede provocar sentimientos de vergüenza, inadecuación y aislamiento.
- **Vínculos con otros miembros del grupo:** los miembros del grupo pueden desarrollar vínculos con otros miembros del grupo, lo que puede dificultarles abandonar el grupo. Esto puede ser especialmente difícil si los miembros del grupo han tenido una experiencia positiva en el grupo. Los Conductores deben fomentar la autonomía y la gestión sana de los vínculos afectivos creados dentro del grupo.

En conclusión, el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar puede representar un potente enfoque terapéutico. Sin embargo, es importante reconocer y gestionar cuidadosamente los posibles riesgos y desafíos para garantizar un tratamiento eficaz y seguro para todos los participantes.

Para mitigar estos riesgos y garantizar el éxito del grupo terapéutico, la formación y la experiencia del conductor son cruciales.

1.3. Competencias del Conductor: una primera lista

¿Cuáles son las competencias específicas del conductor?

Debe poseer una serie de competencias, que enumeramos aquí con carácter preliminar, sobre todo para subrayar que tales competencias son diferentes de las del psicoanalista individual, del terapeuta familiar y del terapeuta de grupo, porque el conductor debe reunir las competencias de las tres figuras profesionales, integradas de diferentes maneras, en un paquete que no debe seguir reglas específicas.

Las competencias que tiene en común con otros tipos de terapeutas son:

- **Competencia psicoanalítica:** el entrenamiento psicoanalítico se diferencia de los demás en la medida en que el futuro psicoanalista vive la experiencia del paciente, sometiéndose a un análisis personal.
- **Competencias clínicas:** el conductor debe tener una formación clínica específica con especial atención a la terapia familiar y de pareja.
- **Competencias de grupo:** el terapeuta líder debe tener un buen conocimiento de la psicología de grupo y de las dinámicas que se generan dentro del propio grupo.
- **Capacidad de Conducción:** el Conductor debe ser capaz de dirigir y administrar el grupo de manera efectiva.
- **Competencias relacionales:** el conductor debe ser capaz de construir relaciones de confianza y apoyo con los miembros del grupo.
- **Competencias comunicativas:** el conductor debe ser capaz de comunicarse de manera clara y concisa, tanto con los miembros del grupo como con otros profesionales involucrados en el tratamiento.

Además, el conductor debe obviamente poseer buenas habilidades de escucha, empatía y comprensión. Debe ser capaz de interactuar con las emociones de los miembros del grupo e intervenir eficazmente en situaciones de conflicto o crisis.

El conductor juega un papel fundamental en el grupo de psicoterapia multifamiliar. Es responsable de crear un entorno seguro y protector en el que los miembros del grupo puedan expresar libremente sus sentimientos y compartir sus experiencias. También ayuda a los miembros del grupo a comprender las dinámicas relacionales en las que están involucrados, a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento y a mejorar la comunicación. Puede dar reglas de comportamiento que, como veremos, tienden a corresponder a Áreas específicos de competencia.

Estos incluyen:

- Escuchar con respeto, evitando juicios de valor y considerando que lo que dice el otro puede constituir un enriquecimiento de nuestro conocimiento.
- No pretender tener razón. Desalentar la tendencia a discutir para prevalecer sobre el otro, sin escucharlo, que nos confronta y nos aísla.
- Asumir la responsabilidad de aliviar el sufrimiento producto de experiencias traumáticas.
- Tolerar la incertidumbre y la confusión del 'no saber', evitando ofrecer explicaciones tranquilizadoras. Es el propio grupo el que construirá las respuestas adecuadas.
- Ser capaz de conectar y tolerar con los sentimientos de impotencia y pesimismo que están detrás de las defensas y acciones.
- Estar atentos a rescatar lo experiencial, lo emocional y lo afectivo, que es el sustrato en el que se producen las interdependencias patológicas.
- Respetar el tiempo de cada uno, para que la experiencia compartida produzca cambio psíquico. Cada participante debe encontrar su propia respuesta de "sanación". No hay necesidad de sugerencias o interpretaciones. Es una experiencia única e intransferible.
- Trabajar en lo que es actual, lo que surge en cada encuentro y lo que evoca en los demás. Al afrontar las interdependencias patológicas y patógenas se reconstruyen también las historias personales, no estamos para resolver problemas, sino para crear las condiciones para la adquisición de nuevos recursos del Yo que permitan afrontar la vida de manera más eficaz y con menos sufrimiento.

- Asegurar que el intercambio entre los participantes sea abierto para que todos, incluidos los profesionales, puedan aprender y comprender de las situaciones experienciales creadas en el grupo. Esto enriquecerá el patrimonio profesional y personal de los conductores.
- Apoyar cómo el cuidado, también afecta al "cuidado" de los profesionales, de esta manera el grupo crece y adquiere un funcionamiento más horizontal y democrático.

1.4. Conclusión

El Conductor debe poseer competencias ampliamente compartidas con otros terapeutas de diferentes orientaciones, como es fácilmente observable.

Lo que las hace de alguna manera "únicas y específicas" es su uso en la situación, de modo que algunas competencias, parte del bagaje cultural y de conocimiento del conductor, parecen más relevantes que otras.

La formación básica y especializada del conductor de grupos multifamiliares puede interactuar, dada la estructura específica del setting terapéutico, tanto con las figuras profesionales de su misma línea profesional (Conductor, Facilitador, Supervisor), como con las figuras externas de otros campos psicoterapéuticos, pero con una experiencia técnico-relacional reconocida, adquirida.

En este caso, la referencia no es tanto el trasfondo teórico, al que se ha hecho referencia anteriormente, sino a la posesión de competencias transversales que forman parte del equipaje personal y que podrán ser utilizadas eficazmente por el sujeto que las posee y actúa a través de ellas.

Esto no contradice el trabajo aquí presentado, que formaliza una matriz técnica específica de las competencias del Conductor, debido a que hay ejemplos en los que el proceso de acreditación puede ser diferente.

De esta manera también hay una "democratización" de la participación y el conocimiento, lo que los hace todos relevantes para la situación si respetan las "reglas" implícitas y explícitas que rigen la prestación de la terapia.

Esto no significa que todos puedan hacer las mismas cosas o tener las mismas tareas.

Como se verá en las herramientas que acompañan la investigación, más o menos todos los profesionales involucrados deben poder hacer las mismas cosas, aunque sea en diferentes niveles de responsabilidad (redundancia de habilidades y conocimientos comunes), y deben crear un espacio común. donde no hay necesidad de autoexplicarse y/o jerarquizar roles y funciones, sino sólo compartir experiencias, sin enviar señales contradictorias y generar conflictos posicionales disfuncionales.

Si queremos, su inclusión y/o empoderamiento en grupos multifamiliares es uno de los aspectos más fascinantes de la reflexión sobre la profesión del Conductor y sobre las características del escenario terapéutico aquí utilizado.

Además, el trabajo aquí presentado tiene como objetivo sistematizar algunos aspectos de la experiencia profesional del Conductor y del Facilitador y codificarlos para hacerlos legibles, transparentes y transferibles.

2. SISTEMA DE COMPETENCIAS DEL TITULAR DE GRUPOS DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR: DE LAS FAMILIAS DE COMPETENCIAS A LOS COMPORTAMIENTOS COHERENTES

Antes de pasar de la identificación de las 18 principales familias de competencias a la descripción de la Matriz de competencias, pensemos en describir el concepto de competencia.

Esta descripción facilitará sin duda la tarea de desarrollar los comportamientos característicos de cada familia y aclarar los vínculos entre los dos conceptos.

2.1. *Qué podemos decir de la Competencia*

Durante las dos últimas décadas, el concepto de competencia ha adquirido importancia estratégica en las políticas de educación y aprendizaje permanente, así como en el desarrollo de estrategias de capital humano en las empresas y, en general, en las profesiones públicas y privadas.

Ahora se caracteriza por la dimensión conceptual (y operativa) del análisis en torno, a la cual se desarrollan más los aspectos siguientes:

- Los procesos de aprendizaje/enseñanza que se desarrollan en las escuelas de todos los niveles, en la educación profesional y superior y en la formación continua.
- Los procesos de definición y enriquecimiento del capital humano a nivel de empresa, esenciales para la contratación y el empleo del personal.
- Los caminos para la construcción de profesiones emergentes y no codificadas (en nuestro caso), contruidos a partir de la observación de los comportamientos más eficaces, de carácter predominantemente experiencial, tal como se manifiestan en la práctica profesional.

También vale la pena destacar los impulsos hacia una reflexión más general procedentes del marco normativo europeo. En este caso, nos referimos a:

- La Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de abril de 2008, sobre el establecimiento del Marco Europeo de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente, que define tanto las competencias, descritas en términos de autonomía y responsabilidad, tanto sus vínculos con el conocimiento y las habilidades, para completar su correcta contextualización.
- La Recomendación de una nueva Agenda de Competencias para Europa, COM (2016) 381.
- La Recomendación del Consejo, de 22 de mayo de 2018, sobre una nueva definición de las Competencias Clave para el Aprendizaje Permanente - COM 2018/C 189/01.
- El documento de reflexión sobre la Gestión de la Globalización - COM (2017) 240.
- Una Agenda para las Competencias para Europa para la competitividad sostenible, la equidad social y la resiliencia 2020 – COM (2020) 274 final.

En nuestra opinión, los elementos unificadores del debate sobre las competencias son los siguientes:

- **La dimensión de la observabilidad:** la competencia existe si alguien consigue reconocerla. Por lo tanto, es un comportamiento "observable" y solo reconocible en una relación social.

- **La dimensión de la modularidad.** La competencia es modular, es decir, se puede combinar con otras habilidades para producir resultados complejos (familias) útiles para actuar en contextos de datos y desafiantes. Este es el método que hemos elegido para reunir más de una competencia en conjuntos de comportamientos (competencias) que pueden agruparse bajo la misma familia.
- **La dimensión de la auto-dirección:** la competencia es esencial para apoyar la dimensión de gestión individual dentro de una demanda de acción y/o cambio.

En otras palabras, la competencia puede definirse como:

“comportamiento organizativo reconocible en el que convergen conocimientos, habilidades y técnicas y explícitas, que el sujeto utiliza para realizar tareas y actividades más o menos complejas en un contexto dado”.

Entendida de esta manera, la competencia tiene la función no tanto de identificar los conocimientos, capacidades y/o habilidades que posee el individuo, como de indicar su reconocimiento efectivo dentro de un contexto dado.

Este reconocimiento tiene un alto valor social y relacional, porque solo alguien distinto de quien posee la competencia puede evidenciar su existencia real cuando la ve aplicada a un comportamiento organizativo específico dotado de eficacia.

Desde este punto de vista, la competencia parece tener una naturaleza altamente subjetiva, dinámica, procesal y relacional.

Se refiere, en otros términos, a la capacidad de cada persona/profesional – en este caso nos referimos a los Conductores de GPMF – de "movilizar" sus recursos en relación con el contexto para asumir ciertas tareas, combinando dinámicamente los conocimientos (conocimientos generales y técnicos) y habilidades.

Así entendida, la competencia favorece y orienta con mayor articulación el ejercicio previsional en el que estamos comprometidos.

En primer lugar, no encierra el trabajo analítico en un esquema preestablecido, sino que lo deja abierto, prefigurándolo como una forma de observar lo que sucede en la experiencia terapéutica concreta.

En segundo lugar, según su caracterización fuertemente contextualizada y esencialmente individualizada, la competencia, más que la capacidad profesional, individualiza con suficiente precisión el comportamiento organizativo a observar, para comprobar los efectos a lo largo del tiempo.

El proceso de describir el comportamiento observable en cada familia de competencias se basa en un paso intermedio. Esto conduce a una definición precisa y específica de cada familia de competencias.

Estos han sido definidos, como en la misma definición utilizada por nosotros, como comportamientos organizativos en los que la persona es capaz de actuar con maestría (reconocible) en cualquier contexto laboral/profesional y resumidos en la expresión "saber hacer".

Las familias de competencias seleccionadas constituyen la base para describir los comportamientos que las caracterizan individualmente.

2.2. Área de las Competencias Estratégicas

En este Área encontramos las competencias que el Conductor debe poseer como bagaje técnico básico, tanto teórico como práctico. Necesidad de comprender la dinámica familiar y la interconexión de los miembros de la familia dentro del sistema.

1. Ser capaz de adherirse con coherencia al Pensamiento Psicoanalítico: reconocer la centralidad de los conceptos de psicosis e identificación patológica en la estructuración de las interdependencias patógenas actualizadas en el GPMF, para conectar lo que sucede en la mente individual con lo que sucede en la relación entre el individuo y las figuras parentales.

El Conductor de GPMF conoce y mantiene la validez de tales contenidos y recontextualiza de manera coherente su utilización en una situación de gran grupo multigeneracional, facilitando la manifestación de la articulación mundo interno/dimensión relacional y favoreciendo su reconocimiento.

2. Ser capaz de promover un Pensamiento Sistémico: ver cómo las acciones y los comportamientos individuales afectan a toda la familia y cómo el sistema familiar afecta a los comportamientos individuales.

El cambio como proceso sistémico: el terapeuta del GPMF es consciente de que el cambio dentro del sistema familiar puede ser desafiante y requiere un enfoque sistémico. Abordar los problemas individuales de forma aislada puede no conducir a un cambio duradero si la dinámica familiar se mantiene sin cambios.

3. Ser capaz de centrarse en un Enfoque Multigeneracional. Dado que en la terapia multifamiliar participan varias generaciones, los terapeutas pueden trabajar con problemas y dinámicas transmitidas a lo largo del tiempo. Esto puede proporcionar una valiosa orientación sobre los modelos intergeneracionales y su impacto en el funcionamiento de la familia.

El enfoque multigeneracional en la terapia de grupo multifamiliar es un aspecto valioso del proceso terapéutico. En los GPMF, los terapeutas tienen la oportunidad de utilizar esta característica para favorecer el reconocimiento de cómo las dificultades presentadas hoy por el individuo (paciente designado) se originan en las problemáticas experimentadas, pero nunca afrontadas, de las generaciones anteriores.

4. Ser capaz de utilizar un enfoque basado en compartir todo tipo de emociones que surgen en el grupo: Promover correctamente el potencial del GPMF para contener y procesar la expresión de cada emoción, en las diferentes formas en que se manifiesta. Competencia central, porque a menudo es precisamente la manifestación demasiado intensa de las diversas emociones lo que hace imposible la intervención terapéutica en los contextos diferentes.

El terapeuta del GPMF debe orientar su intervención hacia la creación de un contexto emocional de seguridad, en el que los estados emocionales intensos relacionados con el sufrimiento puedan ser acogidos en lugar de evitados, apoyando así su expresión más adecuada y sostenible. A través de la legitimación y el intercambio de los diferentes estados emocionales (incluidos los propios) puede hacer posible el contacto con las experiencias dolorosas anteriores, favoreciendo su elaboración.

Para apoyar la definición de las competencias incluidas en esta área se llevarán a cabo algunas reflexiones de carácter general, que podrán ayudar a situar el Área de las competencias estratégicas en un marco teórico preciso.

La originalidad del trabajo de García Badaracco, radica en el hecho de haber reunido puntos de vista pertenecientes a mundos conceptuales diferentes, que a finales de los años sesenta era difícil imaginar que pudieran encontrarse.

Interesado en comprender el psiquismo y el comportamiento humano, completó sus estudios de medicina en Argentina y vivió durante ocho años en Francia, donde profundizó sus conocimientos de psiquiatría, neurología y psicoanálisis.

A su regreso a Buenos Aires, ganó un Concurso y entró en el puesto de jefe de uno de los Servicios de Internamiento del Hospital Psiquiátrico de Hombres de la ciudad de Buenos Aires. Allí conoció como eran tratados los pacientes graves y la forma de hacer institucional.

Su primera impresión fue que no eran tratados como seres humanos. Comenzó a tratarlos como personas con la desaprobación de los jefes de los otros servicios. Los pacientes percibieron el mensaje y su condición mejoró.

En esos momentos, García Badaracco comenzó a reunirse con las familias, para hablar con las familias de los pacientes de la situación que estaban atravesando y si algunos pacientes podían regresar a casa.

El grupo, compuesto por pacientes, familiares y acompañantes, junto con los profesionales del servicio comenzaron a reunirse regularmente.

Como dice García Badaracco: “Había tres actores: los pacientes, los padres y el pensamiento psicoanalítico, que me ayudaron a dar sentido a lo que veía”.

Surgió así un primer elemento claro: los pacientes no eran diferentes de uno o de ambos padres, como ellos afirmaban. Esto le hizo pensar que en cada familia con una transacción psicótica existía un vínculo simbiótico entre el hijo y uno de los progenitores.

El problema no estaba en el esquizofrénico, el 70 por ciento de los hospitalizados en la sala había sido diagnosticado como tal, sino en la relación entre el paciente y la persona que hasta ese momento de su vida se había ocupado más de él.

En este momento, la observación, es interpretada y lo lleva al uso de:

1. el pensamiento psicoanalítico, en relación al concepto de simbiosis;
2. el pensamiento psicoanalítico, en la descripción del desplazamiento de lo que sucede dentro del individuo a lo que sucede entre el individuo y la persona que desde siempre se preocupa por él, es decir, a la relación entre los dos;
3. el pensamiento sistémico, es decir, la lectura de las situaciones patológicas en el contexto en que se producen. En aquellos años (1956), los trabajos de Gregory Bateson y otros permitió establecer un nuevo orden epistemológico basado en la consideración de que el comportamiento de los pacientes esquizofrénicos estaba relacionado con el contexto en el que se producía, y que era posible darle sentido.

b) La otra observación que impresionó especialmente a García Badaracco y a sus colegas fue que los pacientes, desde que el hospital se reorganizó como comunidad terapéutica, mostraban que se sentían mejor cuando estaban ingresados en el hospital, que cuando regresaban a casa.

Esta observación parecía confirmar que los problemas estaban relacionados con la forma en que se trataba a cada paciente: durante la hospitalización, cada uno de ellos era tenido en cuenta por lo que era en su individualidad y se sentía mejor; cuando volvía a casa y se encontraba inmerso en el sistema de relaciones que lo había hecho enfermar, su condición empeoraba rápidamente.

Todo parecía confirmar que los problemas surgían dentro de las relaciones significativas, una en particular y que el trabajo terapéutico debía consistir en cuestionar la forma en que la información era conducida por ambos miembros. Esto involucró a cada paciente con un padre/madre, dentro de cada familia.

El lugar más apropiado para comenzar a abordar estos problemas parecía ser el grupo formado por muchas familias o al menos una o más personas pertenecientes a las familias de los pacientes.

(Son las Competencias n. 1 y n. 2 las que dan una dimensión mixta a la intervención).

Los GPMF permiten enmarcar las problemáticas familiares en términos de un problema intergeneracional.

No se trata de reconstruir la relación original a través de la transferencia, ni de considerar un solo núcleo familiar gravemente patológico a la vez. Se trata de construir un gran grupo en el que puedan participar todas las familias o algunos de sus representantes, junto con muchos operadores.

La presencia de varias familias, completas o parciales, hace posible una tarea que, sería más difícil con un solo núcleo familiar: reconstruir las historias de las familias de las personas que componen los núcleos actualmente implicados, es decir, hacer que todos se den cuenta de que forman parte de una familia, "la actual" y "en el tiempo", de un conjunto de relaciones cosanguíneas, a las que cada uno de los presentes ha contribuido a establecer.

De esta manera, los presentes pueden comenzar a comprender que los problemas que aparecen hoy en cada familia, en el sufrimiento y en el comportamiento de uno de sus miembros, el llamado

"paciente designado", comenzaron hace mucho tiempo en las relaciones que uno o ambos padres tenían con sus padres, los abuelos del paciente o incluso antes.

(Competencia no. 3)

La realización gradual de este proceso es muy dolorosa y difícil para cada participante en los GPMF, pero precisamente porque sienten que están en un lugar donde su sufrimiento no se evita sino que se acepta, comienzan a empeñarse en el trabajo que se puede realizar allí, todos juntos.

El sufrimiento expresado, participado y compartido por todos se convierte en el pegamento que permite sentirse menos solos y "arremangarse" para hacer todo lo necesario para salir de la situación en la que uno se encuentra.

Parece que es precisamente el compartir el sufrimiento entre todos los sujetos implicados, pacientes, padres y otros familiares y acompañantes, lo que permite la formación de una alianza entre todos los presentes.

Por fin todos pueden ver que pueden recuperar la confianza y la fuerza para contribuir a que los pacientes, las familias y los profesionales sanitarios se sientan menos enfermos.

(Competencia no. 4)

2.3. Área de las Competencias de Gestión Terapéuticas Transversales

Estas competencias son las competencias fundamentales de la profesión específica y su posesión es fundamental para realizar el trabajo de Conductor.

Las competencias que forman parte de este Área son las siguientes:

5. Ser capaz de utilizar excelentes habilidades de Comunicación: la comunicación efectiva es crucial en los GPMF. Los terapeutas deben ser expertos en escuchar activamente, expresar empatía y facilitar una comunicación abierta y honesta entre los miembros de la familia.

Las habilidades de comunicación son esenciales para los terapeutas de GPMF. Una comunicación eficaz sienta las bases para construir la confianza, comprender las dinámicas familiares y facilitar un cambio positivo dentro del sistema familiar.

6. Ser capaz de trabajar la Revisión de los Conflictos: las familias en los GPMF pueden experimentar conflictos y tensiones. Los terapeutas deben ser expertos en ayudar a las familias a navegar y resolver conflictos de manera constructiva.

La resolución de conflictos es una habilidad fundamental para los terapeutas de GPMF. Cuando las familias se reúnen en el grupo, pueden surgir conflictos y tensiones debido a diferentes

perspectivas, necesidades y estilos de comunicación. La habilidad en la resolución de conflictos permite a los terapeutas ayudar a las familias a manejar estos desafíos de manera constructiva.

7. Ser capaz de utilizar una Conducción de Grupo no intrusiva y mantener un clima solidario y empático: *Crear un ambiente de seguridad psicológica en el que nadie sustituya al otro y cada uno se sienta protegido y comprendido en la expresión espontánea de sí mismo.*

En la definición del clima emocional del GPMF, los mensajes no verbales tienen mayor peso que los contenidos verbales, por lo que es central prestar atención al "cómo se dice" así como a "lo que se dice", garantizando coherencia entre los dos niveles. Proteger la paridad de los intercambios mediante la escucha empática recíproca.

8. Ser capaz de explotar las Dinámicas Relacionales de los Grupos, ser conscientes del "reflejo metafórico", de las "transferts múltiples" y de los "enactments" *en la forma en que se producen en el GPMF: El contexto multifamiliar es un contexto en el que fenómenos presentes en la dimensión bi-personal asumen una forma "múltiple", el Conductor debería poder utilizarlos como enriquecimiento del campo de acción terapéutico, asignando a la dimensión grupal la función de "tercer mediador".*

El terapeuta de GPMF debe ser capaz de desarrollar la capacidad colectiva de descubrir la dimensión del transfert en cada relación inter-personal, de modo que cada participante pueda reconocer y ver primero en los demás algo que también se refiere a sí mismo. Debe actuar en la dirección de hacer emerger estos fenómenos y hacerlos manejables en este nuevo contexto de curación.

9. Ser capaz de trabajar con Flexibilidad y Adaptabilidad: *los conductores de GPMF pueden trabajar con familias con diferentes necesidades y desafíos. Ser adaptable y flexible en los enfoques terapéuticos es esencial para abordar eficazmente los diferentes problemas.*

Flexibilidad y adaptabilidad son cualidades esenciales para los terapeutas del GPMF. Las familias que participan en la terapia de grupo multifamiliar pueden venir de diferentes contextos y presentar una amplia gama de necesidades y desafíos. La adaptabilidad y flexibilidad de los enfoques terapéuticos permiten a los terapeutas adaptar las intervenciones y las estrategias para responder eficazmente a las necesidades únicas de cada familia.

10. Ser capaz de Potenciar las Facilidades: *el Conductor de los GPMF debe crear un ambiente seguro y de apoyo para que las familias puedan interactuar y participar juntas en la terapia. Esto requiere fuertes habilidades de facilitación para gestionar la dinámica de grupo, fomentar la participación y garantizar que todas las voces sean escuchadas.*

La facilitación es una habilidad fundamental para los terapeutas del GPMF. Dado que el Grupo involucra a varias familias que se reúnen en un contexto grupal, las habilidades de facilitación del terapeuta juegan un papel crucial en la creación de un setting terapéutico seguro y de apoyo.

11. Ser capaz de promover la Resiliencia: *trabajando dentro de un contexto multifamiliar, el terapeuta puede permitir a los participantes desarrollar habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento de manera colaborativa. Esto puede promover la resiliencia y aumentar el potencial de cambio positivo dentro de cada sistema familiar.*

La resiliencia es un aspecto crucial de la terapia de GPMF. Utilizando de forma creativa las características del contexto multifamiliar, los terapeutas pueden capacitar a los participantes para desarrollar nuevas habilidades, abordando los problemas con una actitud flexible y experimentando estrategias de afrontamiento colaborativo. Este enfoque representa un apoyo adaptativo en la dirección de una mayor capacidad para hacer frente a situaciones de tensión y estrés, aumentando el potencial de cambio positivo.

12. Ser capaz de utilizar Therapy Open Format: *Las sesiones de terapia multifamiliar suelen tener un formato abierto, lo que permite que varias familias o miembros de la familia se reúnan en un contexto grupal según sus necesidades y/o posibilidades. Cada familia o miembro puede tener solicitudes de ayuda o preocupaciones específicas que se abordan en el contexto del grupo más amplio.*

Las sesiones de terapia multifamiliar a menudo adoptan un formato abierto, lo que implica la capacidad del conductor de acoger y trabajar simultáneamente con múltiples necesidades individuales y familiares. Este formato abierto ofrece la ventaja de un setting flexible y no restrictivo, adaptable a las diferentes necesidades; también ayuda a tolerar la incertidumbre y a transformar la imprevisibilidad en una sorpresa creativa.

13. Ser capaz de fomentar la Exploración Colaborativa: el terapeuta multifamiliar fomenta la exploración colaborativa de problemas y preocupaciones entre familias y miembros. Permite a los participantes aprender unos de otros, compartir experiencias y ofrecer apoyo, creando un setting terapéutico rico y diverso.

La exploración colaborativa es una característica fundamental de la terapia de grupo multifamiliar. Los terapeutas de GPMF animan activamente a los concurrentes a participar en discusiones colaborativas, explorar juntos sus problemas y preocupaciones y aprender de las experiencias de los demás. Este enfoque colaborativo crea un setting terapéutico rico y diverso con numerosos beneficios.

14. Ser capaz de promover el Aprendizaje Compartido: el Conductor Multifamiliar consiente que los participantes aprovechen del aprendizaje compartido, mientras observan e interactúan con otras familias que enfrentan desafíos similares o diferentes. Esto puede favorecer un sentido de universalidad y reducir los sentimientos de aislamiento o estigmatización.

Compartir el aprendizaje es un aspecto poderoso de la terapia de grupo multifamiliar. Los Conductores de GPMF permiten a los participantes beneficiarse del aprendizaje compartido observando y comprometiéndose con otras familias que enfrentan desafíos similares o diferentes, facilitando así la capacitación activa de cada uno en los procesos de atención. Esta experiencia favorece un sentido de universalidad, reduce los sentimientos de aislamiento o estigmatización y contribuye a crear un setting terapéutico de apoyo y enriquecimiento.

El área de las Competencias de Gestión Terapéuticas Transversales constituye el corazón de las actividades que un Conductor y un Facilitador que deberán realizar para promover la constitución y el crecimiento de un GPMF.

Precisamente en la capacidad de recurrir a estas competencias se mide, por una parte, el trabajo de psiquiatras y psicólogos, que partiendo de una base de estudios más profundos, psicoanalíticos, sistémicos y de teoría de grupos, se ven obligados a volver a estudiarlos de una forma creativa, para convertirse en “Conductor” de un GPMF y por otra parte, los trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas de rehabilitación psiquiátrica, acostumbrados a un encuentro sistemático entre la teoría y la práctica en el desempeño de su función profesional específica, pueden hacer una contribución original a la implementación de GPMF como “Facilitadores”.

La hipótesis original de este Proyecto Erasmus+, nace precisamente de las siguientes consideraciones:

- en los GPMF, la enfermedad que padecen los pacientes puede atribuirse, en lo que respecta a su origen y a su permanencia, a la falta de cambios y con tendencia al empeoramiento (cronicidad), por no haber reconocido la importancia de los acontecimientos traumáticos y/o de los duelos no elaborados a lo largo de la historia de las relaciones entre los miembros de generaciones diferentes de la misma familia;

- la posibilidad de acceder a la experiencia de liberarse de los efectos auto-mutilantes de partes significativas de sí mismo o, mejor dicho, de permitir el acceso de quienes participan en estos complejos mecanismos intergeneracionales dentro de cada familia, se basa en un saber teórico y práctico, es decir, en la capacidad de “conducir-facilitar” un GPMF;
- la experiencia de los GPMF ha demostrado la coexistencia de grados de conocimiento teórico y de saber práctico presentados por los "Conductores", por un lado, y por el otro por los "Facilitadores": el objetivo fundamental a alcanzar es lograr integrarlos. Por una parte, existen "Conductores" más teóricos, a veces demasiado, y por otra, "Facilitadores" que tienden a ser demasiado prácticos: es oportuno que ambos aspectos estén presentes en cada Conductor y cada Facilitador, aunque en proporciones diferentes. La articulación de las diferencias es siempre un factor de crecimiento.

Lo importante es el resultado: ser "expertos en el reconocimiento de la importancia de las emociones" con respecto a la comprensión y reconstrucción de la historia de los sufrimientos psicológicos -psiquiátricos que cualquiera puede encontrar en su propia vida, de una forma menor o mayor.

2.4. Área de las Competencias Personales, Éticas, Sociales, Culturales

Las competencias que pertenecen a esta área son las que conciernen al comportamiento del Conductor respecto a la dimensión cultural y ética y las más ligadas a la necesidad de aprender a transferir los conocimientos en los diversos contextos familiares y/o terapéuticos.

Las competencias en este Área son las siguientes:

15. Ser capaz de llevar a cabo evaluaciones y diagnósticos: la competencia para realizar evaluaciones familiares y diagnosticar problemas familiares es importante para comprender las necesidades de las familias involucradas y desarrollar planes de tratamiento adecuados. Puede permitirles tomar un papel activo en su propia curación y crecimiento.

La evaluación y el diagnóstico son componentes cruciales de la terapia de grupo multifamiliar. La experiencia en la realización de evaluaciones familiares completas y el diagnóstico de problemas familiares, permite a los terapeutas de GPMF obtener una comprensión profunda de las familias involucradas, personalizar los planes de tratamiento y pero construir una alianza terapéutica eficaz, favoreciendo la responsabilidad personal en los procesos de atención.

16. Ser capaz de mejorar su Competencia Cultural: ser sensible y comprender los antecedentes culturales de las familias involucradas en el GPMF, situación fundamental para proporcionar una terapia inclusiva y efectiva.

La competencia cultural es vital para los terapeutas de GPMF. Comprender y ser sensibles a los contextos culturales de las familias implicadas, es esencial para favorecer un clima inclusivo que haga de las múltiples diversidades un recurso. Ser capaz de enriquecer la dimensión multifamiliar a través de la multiculturalidad y la multirracialidad.

17. Ser capaz de mantener la Ética y los Límites. Al igual que con cualquier enfoque terapéutico, el mantenimiento de estándares éticos y límites claros es fundamental en los GPMF para garantizar el bienestar de las familias y el proceso terapéutico.

Con el fin de utilizar correctamente las dimensiones de apertura, de inclusión y la integración de la configuración específica, la ética y la definición de los límites cobran especial relevancia en la terapia de grupo multifamiliar. Adherirse a estándares éticos y establecer límites claros es fundamental para salvaguardar la seguridad, el respeto y el bienestar de las familias y para garantizar la integridad y la efectividad del proceso terapéutico.

18. Estar abierto al Aprendizaje Afectivo (a través de la participación en el GPMF, de la formación, de la supervisión y de la propia terapia): ser capaz de estar dispuesto siempre a aprender cosas nuevas, que ofrecen los funcionamientos emocionales del grupo, de favorecer la dimensión afectiva del cambio y de utilizar de manera creativa las propias "vivencias".

El terapeuta de GPMF a través de sus procesos de aprendizaje afectivo, favorece el desarrollo de nuevas aptitudes y actitudes en la experiencia transformadora de cada participante; la capacidad de activar el aprendizaje afectivo en el grupo permite la aparición de nuevas competencias emocionales y habilidades relacionales .

En el Área de las Competencias Sociales, Culturales y Éticas, decimos que es necesario:

- no contentarse con las líneas de acción de quien investiga en psiquiatría, sino que, partiendo del supuesto de que es necesario conocer la psicopatología, es igualmente importante no quedarse en ella;
- no se puede dejar de estar atentos a la situación "sociocultural" en la que se producen los hechos que, como sabemos, están influidos por el contexto en que se producen;
- que es especialmente importante basar su intervención en el respeto de la persona por sí misma.

Puede parecer obvio, pero no lo es: el encuentro con el otro nos resulta frecuentemente "perturbador", imprevisto, nos pone a prueba, nos obliga a hacernos preguntas: si estamos dispuestos a hacerlo, es enriquecedor, de lo contrario resulta más fácil algo de lo que prescindir o, en cualquier caso, limitar los contactos a lo esencial.

Para comprender a los demás y, quizás, ayudarles, es necesario aprender a sufrir con ellos, compartir el sufrimiento ajeno implica, inevitablemente, hacer resurgir el propio y tiene como consecuencia hacer nuestras propias cuentas.

3. MATRIZ DE FAMILIAS DE COMPETENCIAS

1. Ser capaz de adherirse con coherencia al Pensamiento Psicoanalítico	Área de Competencias Estratégicas
2. Ser capaz de promover el Pensamiento Sistémico	
3. Ser capaz de centrarse en un Enfoque Multigeneracional	
4. Ser capaz de utilizar un enfoque basado en Compartir (todo tipo de) Emociones que surgen en el grupo	
5. Ser capaz de utilizar excelentes Capacidades de Comunicación	Área de Competencias de Gestión, Terapéuticas, Transversales
6. Ser capaz de trabajar para la Revisión de los Conflictos	
7. Ser capaz de utilizar una Conducción de grupo no Intrusiva y mantener un clima de solidaridad y empatía	
8. Ser capaz de aprovechar las Dinámicas Relacionales de los Grupos, ser conscientes de las multitransferencias y los enactments	
9. Ser capaz de trabajar con Flexibilidad y Adaptabilidad	
10. Ser capaz de mejorar las Facilitaciones	
11. Ser capaz de promover la Resiliencia	
12. Ser capaz de utilizar Therapy Open Format	
13. Ser capaz de fomentar la Exploración Colaborativa	Área de Competencias Personales, Éticas, Sociales y Culturales
14. Ser capaz de promover el Aprendizaje Compartido	
15. Ser capaz de llevar a cabo la Evaluación y el Diagnóstico	
16. Ser capaz de mejorar su Competencia Cultural	
17. Ser capaz de mantener la Ética y los Límites	
18. Estar abiertos al Aprendizaje Afectivo (a través de la formación, la supervisión y el Ateneo, la propia terapia...)	

TERCERA PARTE

“PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS CONDUCTORES Y FACILITADORES DEL GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR”

INTRODUCCIÓN

En la complejidad de los resultados de la investigación de campo realizada por los socios como primer paso del proyecto "FA.M.HE.", nos parece útil subrayar, que ha sido posible poner de relieve una mayor difusión de la experiencia multifamiliar en la prevención y el tratamiento de las diversas formas de malestar psíquico que, sin embargo, sigue estando limitada por diversas formas de resistencias tanto institucionales, culturales e ideológicas, y que es necesario tener en cuenta, la necesidad de invertir en una formación adecuada orientada a la cultura y al funcionamiento de los contextos de atención y apoyo a la salud mental.

En efecto, un aspecto considerado importante por los participantes en la investigación, familiares y técnicos de diferente orientación teórica, es la formación de los Conductores y de los Facilitadores, haciendo hincapié en que el desarrollo de sus competencias debe basarse en una sólida formación teórica y técnica, y que incluya un componente clínico experiencial.

En lo que se refiere a los GPMF, la investigación ha puesto de relieve diferentes modos de trabajar, que ponen de manifiesto la necesidad de una formación compartida estructurada sobre las competencias individuales del Conductor y del Facilitador, sobre el apoyo al equipo técnico y la preparación del contexto sociocultural en el que se realizan los GPMF.

Los datos que han surgido convergen en cuanto a la urgente necesidad de crear una formación específica y sólida para los conductores de los GPMF. Esto responde a otro de los objetivos de este proyecto: reforzar el papel y la figura del Conductor y del Facilitador de GPMF en el mercado laboral y en los servicios de salud mental, a través de un plan de estudios europeo de formación basado en el conocimiento de los conceptos clave del PMF y la adquisición de las habilidades y competencias esenciales.

En estos años todos los socios han desarrollado una experiencia formativa en PMF, pero solo el LIPsiM ha realizado itinerarios de aprendizaje formal que en el plazo de siete años han preparado unos cuarenta nuevos Conductores de GPMF. A continuación, se describe el desarrollo de esta experiencia.

1. EXPERIENCIAS FORMATIVAS DEL LIPSIM

1.1. El camino recorrido

El Laboratorio de Psicoanálisis Multifamiliar desde 2016 ha iniciado actividades de formación dirigidas a psicoterapeutas interesados en profundizar en la metodología multifamiliar que desde hace algunos años se estaba difundiendo en Italia. Se partió con la idea de un Máster Bienal, en el que se podría tener experiencia de aproximación a la teoría de García Badaracco (PMF), organizado en dos días consecutivos, con reuniones mensuales durante 10 meses por anualidad y estructuradas mediante la participación en:

- un Seminario mensual del LIPsiM, que ha estado funcionando desde la fundación del Laboratorio, que se celebra el tercer viernes del mes por la tarde; tiene una duración aproximada de dos horas y media, y prevé la presentación de una parte teórica y posterior discusión libre de los participantes.
- El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF), fundado por los socios del Laboratorio en 2016 y dirigido por Psicoanalistas Multifamiliares expertos, se reúne los viernes en encuentros bimensuales de 1 hora y 1/2 e incluye el Ateneo correspondiente, (la reunión post-grupo) Inicialmente, la duración de 1/2 hora.
- Ocho horas de clases teóricas, complementadas con la visualización de vídeo sobre el Psicoanálisis Multifamiliar y discusiones al respecto, el sábado del fin de semana dedicado a la formación.

A lo largo de estos años de experiencia formativa, han surgido varias consideraciones dentro del grupo del LiPsiM, que han producido varias transformaciones al planteamiento inicial del Máster. Los responsables de la formación de LIPsiM introdujeron los siguientes cambios:

- la participación de los miembros del Laboratorio en el GPMF, como mínimo una vez al mes (si es posible dos), se ha constituido progresivamente como el lugar de aprendizaje electivo.
- En relación con esto, el inicio del Seminario del LiPsiM se ha adelantado, para permitir la duplicación del tiempo dedicado al Ateneo, que ha pasado de media hora a una hora;
- Se ha decidido que los docentes que participan en la actividad formativa del sábado participen en el GPMF del viernes y en el correspondiente Ateneo, para poder desarrollar los contenidos de los temas previstos para el día siguiente, en relación a lo ocurrido el día anterior en el GPMF y en el posterior Ateneo.
- La formulación, por parte de cada alumno, de un proyecto operativo respecto al inicio de un nuevo GPMF que acompañe el trabajo teórico final.

Estas decisiones se tomaron en relación a la evaluación de que esta forma de trabajar, todavía muy artesanal, se basa fundamentalmente en la experiencia realizada en el Grupo y en la reelaboración producida en el Ateneo, integrado así, los contenidos teórico-metodológicos de las lecciones del día siguiente.

A este tipo de consideraciones se ha añadido la necesidad de que a cada alumno se le asigne uno de los docentes del Máster, con funciones de tutoría a realizar a través de entrevistas periódicas (al menos 3) durante cada anualidad. Esto con el fin de monitorear los esfuerzos sostenidos por cada alumno, en la confrontación con un enfoque teórico profundamente transformador de la patología mental grave, capaz de cuestionar, desde los cimientos, el pensamiento y la acción clínica de los llamados "expertos en la materia".

También parecía útil proporcionar a los alumnos un punto de referencia para comenzar a esbozar el proyecto de apertura de un nuevo grupo que se iniciará al final de los dos años del Máster.

1.2. Master Bienal en Psicoanálisis Multifamiliar

El Máster de PMF está dirigido a dar una respuesta a los profesionales psicoterapeutas (psicólogos o médicos), que quieran profundizar el método y formarse en la función de Conducción de Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar. El objetivo del Máster es formar a los alumnos en el uso de una herramienta innovadora de prevención y tratamiento, aplicable en diversos contextos.

La duración es de dos años y tiene una estructura teórico-clínico-experiencial.

La metodología didáctica adoptada garantiza la dimensión teórico-clínico-experiencial, prevista por el modelo a través de seminarios teóricos mensuales conducidos con modalidad interactiva, la participación directa en el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, visualización de material clínico grabado con fines formativos y la puesta en marcha de un proyecto vinculado a la GPMF en los diversos contextos aplicativos. Durante cada anualidad, cada alumno participará en al menos 3 entrevistas individuales con un profesor de referencia para orientar mejor su formación.

La propuesta formativa prevé una frecuencia mensual (viernes por la tarde y sábado todo el día) en la sede del Laboratorio en Roma; está prevista la frecuencia quincenal al Grupo Multifamiliar del LIPsiM y se prepara una semana de participación intensiva en los diferentes GPMF presentes en la red territorial del Laboratorio.

El corpus teórico tiene sus raíces en el esquema de las "Articulaciones" (Anexo 1) elaborado por García Badaracco, que se utiliza como base para las intervenciones didácticas; su complejidad permite un uso flexible y gradual en función de las respuestas de los alumnos. A través de la participación en los Seminarios Mensuales hemos querido ofrecer la posibilidad de conocer las diversas experiencias multifamiliares realizadas en Italia, permitiendo a los alumnos comprobar la aplicación y la aplicabilidad del método en diversos contextos y realidades profesionales nacionales. La heterogeneidad de las contribuciones ha favorecido el desarrollo del propio método en nuevos contextos.

La participación en el GPMF es activa. El trabajo que se activa dentro del grupo permite experimentar directamente el funcionamiento del modelo, tanto con fines didácticos, como alumno en formación, como para seguir haciendo un trabajo en sí mismos, como participante en el grupo.

Después del grupo se desarrolla el post grupo, llamado Ateneo. En este espacio se reflexiona sobre lo que ha sucedido en el grupo, tanto con respecto a las dinámicas surgidas entre los participantes, como con respecto a las vivencias de los operadores.

Como se ha mencionado, a lo largo de los años hemos considerado necesario proporcionar a cada alumno la figura del tutor, con la finalidad de acompañar al alumno durante el año para explorar posibles situaciones personales que puedan surgir durante la participación en el grupo (y evaluar cómo apoyar, cuando sea necesario, cuando se presenten situaciones críticas) y centrar el enfoque del trabajo de fin de año.

Se prevén al menos tres reuniones con el tutor para cada anualidad.

Cada año, el participante debe producir un trabajo teórico y un proyecto para iniciar un GPMF en un contexto de su elección. El objetivo del Laboratorio es apoyar la puesta en marcha del grupo y favorecer la relación y el networking para el desarrollo de proyectos.

2. CONSIDERACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

2.1. El esquema de las "Articulaciones" (Anexo 1)

El Psicoanálisis Multifamiliar es simple y complejo a la vez, requiere ser pensado como un todo, como un conjunto inseparable, aunque estructurado, de múltiples articulaciones conectadas entre sí.

A esta idea de fondo aspiraba García Badaracco cuando formuló el "Esquema de las Articulaciones".

En este esquema, podemos identificar un componente central: la "sabiduría", objetivo al que aspirar aunque inalcanzable, actitud mental que informa de las relaciones construidas a través de la experiencia multifamiliar.

A continuación, es posible dividir los contenidos conceptuales del esquema de las Articulaciones en tres tipos:

En el primer grupo están presentes los elementos que constituyen y caracterizan el "método" (cómo trabaja el grupo):

1. el Respeto, que constituye la base de la actitud a la que se pide que se inspire quien decide participar en el GPMF;
2. el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, visto como un Laboratorio permanente para la elaboración de nuevas ideas: nada se da por sentado en su interior; por el contrario, cada grupo puede ocultar sorpresas hasta entonces impensables, capaces de interferir con las "convicciones" más profundas de todos los participantes ("Vamos a aprender");
3. la centralidad de la Conversación, entendida, siguiendo a Edgar Morin, como instrumento de estímulo para la capacidad humana de pasar de la acción al comentario de una acción, es decir, de cambiar el nivel lógico de funcionamiento de la propia mente;
4. no se trata de perseguir un "Saber" fin en sí mismo, sino un Saber que permita a quien lo recibe Saber y Ayudar;
5. el GPMF tiene como objetivo hacer sentir a quien ha perdido la convicción de poder ser ayudado, de poder nuevamente "contar con alguien más", con la ayuda de alguien más;
6. pensar en términos de Salud Mental, es decir, que la enfermedad se estructura en el tiempo dentro de las relaciones, todos nacemos sanos y que, como potencialmente sanos podemos ser pensados.

Al segundo grupo pertenecen los contenidos de la estructura teórica organizada por García Badaracco, para conceptualizar los fenómenos destacados en los GPMF (sobre qué trabaja el grupo):

1. El fenómeno de "Los otros en nosotros": no solo vivimos en relación con los demás, sino que vivimos unos dentro de otros, los otros nos habitan y nosotros habitamos a otros; lo que es normal mientras se trata de un fenómeno transitorio, pero si se convierte en un modo estable de vivir, aunque nazca de intenciones positivas, puede dar lugar a:
2. Sufrimiento psíquico que surge del hecho de que, si alguien nos sustituye constantemente, ya no se puede distinguir entre nosotros y el otro; esto que es útil al comienzo de la vida o en circunstancias excepcionales, si se prolonga en el tiempo impide a las personas convertirse en "sujetos" de su propia existencia.

3. En este sentido, en el Grupo se hace evidente la profunda similitud entre el paciente y uno o ambos padres, contrariamente a la percepción de diferencia entre hijo/a y progenitor, propuesta habitualmente por estos últimos; el hijo/a parece la caricatura del padre/madre, como si tratara de ser como uno de ellos, (al más apegado), correspondiendo totalmente a sus expectativas, en lugar de perseguir el desarrollo de una personalidad propia, olvidando que tiene:
4. Auténticos recursos yoicos escondidos en su interior; el funcionamiento del GPMF permite a los miembros de la familia su (re)descubrimiento y cada uno de ellos podrá recuperarlos, desarrollando:
5. La Virtualidad Sana, presente en cada uno, pero que nunca sabían que poseían; este conjunto de potencialidades se actualiza si se va resolviendo el vínculo de:
6. Interdependencia patológica y patógena entre los exponentes de dos generaciones diferentes, típicamente un padre/madre y un hijo/a; nace así una situación en la que el progenitor se ocupa del hijo/a como si fuera parte de sí mismo y en la que el hijo/a que solo ha tenido ese tipo de relación dominante, tiende a reproducirla con el padre/madre, en una dimensión de reciprocidad.

El tercer tipo de características nos empuja más allá, definiendo el marco de los "resultados esperados", los objetivos a los que tender (para qué trabaja el GMF):

1. El reconocimiento de la dimensión hiper-compleja en la que se producen y se actualizan los acontecimientos traumáticos que produjeron un sufrimiento tan profundo que llevó a la persona a renunciar a vivir su propia vida.
2. Aumentar la capacidad de escuchar, reconocer y poner en palabras nuestras emociones y las de los demás, en especial las emociones más complicadas, que rara vez se expresan, explicitan y a lo sumo se mencionan, por tanto, cuando se manifiestan, deben ser captadas y desarrolladas, demostrando a los que siempre se les había pospuesto que era imposible y/o demasiado peligroso ponerse en contacto con ellas, que no sólo es posible sino también útil integrarlas plenamente en los intercambios comunicativos; por eso se usan las metáforas y las imágenes, que dicen y no dicen, como los sueños que descubren y esconden al mismo tiempo, pero pueden ser "interpretados";
3. Aceptar no saber todo, tolerando la incertidumbre y asumiendo una actitud de investigación; abandonar la actitud arrogante del operador, que considera tarea prioritaria colocar al paciente en su nomenclatura diagnóstica. Adoptar una posición de escucha y de recopilación de datos para formular hipótesis en cualquier momento modificables. Invitar y ayudar a todos los participantes a hacer lo mismo.
4. En el momento en que se activan y se conectan estos "puntos de referencia" el GPMF, comienza a funcionar "con la mente ampliada", definición señalada por García Badaracco para indicar cómo las diferentes opiniones de los participantes no se contraponen sino que tienden, a integrarse progresivamente en un conjunto creativo, generando un pensamiento complejo que incluye todas las opiniones expresadas. Las mentes individuales comienzan a funcionar en modo más abierto e integrador, enriqueciéndose de las operaciones anteriores.
5. Si esto sucede, el GPMF se convierte en una comunidad multifamiliar en el trabajo, una pequeña empresa capaz de enfrentar desafíos difíciles y enfrentar problemas complejos.

2.2. Las reglas del setting

A lo anterior, hay que añadir el conjunto de reglas que connotan el específico setting, al que se ha hecho referencia desde el principio y que se ha consolidado a lo largo del tiempo, con el uso cada vez más extendido del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar y las reflexiones resultantes de este modo de trabajar.

Dicho sistema se expresará:

1. en la petición a cada uno de los participantes en el grupo de que hable en primera persona, evitando, en la medida de lo posible, hablar por otra persona, normalmente el paciente o la paciente designada;
2. en el indicar a todos los participantes que es conveniente adoptar una actitud de no querer tener razón, aceptando que otra persona proponga algo distinto de lo que se acaba de decir;
3. en la solicitud de intervenir después de haber reservado la intervención, se renuncia a intervenir instantáneamente para refutar/contradecir lo dicho por otro participante.

La puesta en práctica de estas reglas, sugeridas primero con firme amabilidad por los Conductores/facilitadores, es fácilmente asumida y favorecida por los participantes que también son capaces de hacerse portavoces de estas reglas con los nuevos miembros.

Estas simples reglas de comportamiento, para permitir hablar a todos los que lo desean, en realidad son modalidades comunicativas antitéticas a las utilizadas por los miembros de una familia de transacción psicótica, o en cualquier caso perturbada.

En una situación esquizofrénica, por ejemplo, una persona, generalmente uno de los progenitores, tiende a hablar en lugar de otro, generalmente el paciente, pero no solo; por lo general, el mismo padre pretende tener razón, imitado por el hijo que hizo suya esa forma de interlocución.

Por último, cada uno pretende contradecir lo que dice el otro, proponiendo su propia "verdad"; en estas situaciones hay que proponer lo apropiado que sea que cada uno reflexione sobre una visión personal de la situación y que pueda llegar a expresarla de manera directa. Además, si se logra seguir la tercera regla, se puede experimentar cómo todas las intervenciones, aunque propongan ideas diferentes, logran convivir con las de los demás y cómo todos terminan contribuyendo a la formación de un único pensamiento global del cual, ese día, ese grupo logra hablar (fenómeno de la "mente ampliada").

Experimentar que se puede tolerar una situación en la que aparecen opiniones diferentes y que no se está empeñado en oponerse estérilmente a la opinión del otro, sino que entre las personas puede haber convergencias además de divergencias, puede ser de gran ayuda para quienes provienen de los territorios siniestrados de la psicosis.

2.3. Observaciones sobre la participación de los operadores

En el GPMF, la propuesta consiste en intentar reformular la forma en que abordamos la patología mental a través de un trabajo en el que es deseable involucrar a todo el personal de una institución, hecho por graduados especialistas en el tema (médicos y psicólogos) y otros operadores con formación profesional diferenciada (enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas de rehabilitación psiquiátrica).

De hecho, en los GPMF se reconstruye la posibilidad de entrar en contacto, observar e interactuar con las expresiones de malestar psíquico más similares a cómo se manifiestan en la realidad familiar, haciendo que la experiencia multifamiliar sea particularmente útil y fascinante, pero al mismo tiempo al mismo tiempo sorprendente y quizás desconcertante; se trata de afrontar la realidad sin la mediación del "técnico", renunciando a la fácil protección que garantizan las relaciones de poder en la habitual relación profesional-paciente.

Sin embargo, todo esto conlleva consecuencias que hay que tener en cuenta:

1. El contacto directo con el sufrimiento no está mediado por el "conocimiento" y esto puede resultar difícil, aunque con el tiempo puede generar un sentimiento de gran solidaridad entre quienes participan en estos grupos.
2. Compartir las propias emociones es más inmediato y auténtico, implica una "revelación de uno mismo", difícil de utilizar en otros contextos o, al menos, no con las mismas características y la misma intensidad.
3. Para poder "vivirlos plenamente", se anima al operador a presentarse dentro del Grupo en pie de igualdad con los demás, desprovisto de todo lo que generalmente lo separa de los pacientes y familiares: es un encuentro entre personas.

3. PROPUESTA DE FORMACIÓN

La conducción en el GPMF asume una connotación específica en relación con las peculiares características de funcionamiento del Grupo.

El Grupo

El GPMF se constituye como Grupo terapéutico abierto, en los diferentes niveles de su organización:

- Tiene una fecha de inicio pero no una de terminación, prevé la inclusión de nuevos participantes en cualquier momento y por lo general no activa procesos de selección sino posiblemente solo de preparación para la entrada.
- Está abierto a la inclusión de las diferentes figuras profesionales pertenecientes al contexto institucional e integra los diferentes itinerarios formativos.
- La presencia continua, aunque deseada, no es obligatoria: cada uno participa según sus propias necesidades y posibilidades.
- La estructura física también está abierta: por ejemplo. se prefiere la disposición circular de los asientos que no sean fijos tanto en número como en posición.

El funcionamiento y la estructura abiertos del GPMF requieren que también la conducción se sitúe de manera flexible y permeable respecto a los estímulos provenientes del Grupo, multigeneracional, a menudo multicultural y multirracial; gestión abierta y flexible pero también firme en el respeto de las pocas reglas de setting, de los límites éticos y deontológicos, garante de la privación y de la seguridad emocional del contexto. Esto implica que la función de conducción va más allá del tiempo de cada encuentro, presidiendo los límites del Grupo y asegurando su continuidad.

Auto-eco-organización

Considerar al Grupo Multifamiliar como un sistema de funcionamiento hiper-complejo nos permite visualizar con claridad cómo se producen los fenómenos mentales en un campo inter-relacional donde el funcionamiento mental de unos depende de otros, normalmente en forma subliminal o incluso secreta; A veces este condicionamiento recíproco toma la forma de un impedimento para pensar y la obligación de comportarse como si se hubiera manipulado desde el exterior. Escribe J.García Badaracco:

"En la realidad operativa de los grupos multifamiliares no se trata solo de interpretar lo que está sucediendo, sino de intervenir activamente en este cuadro paralizante, desarticulando las interdependencias patógenas y dejando actuar los recursos terapéuticos (...del Grupo...) que activan los mecanismos de autororganización de los seres humanos, tanto individuales como de los sistemas familiares y sociales".

En el momento en que se coloca en las condiciones de auto-organización, el individuo/sistema se diferencia del ambiente y al mismo tiempo se une más a él: se auto-eco-organiza en el sentido de que cada individualidad crea relaciones de interdependencia con el ambiente... cuanto más autónomo, menos aislado está. Parafraseando a Edgar Morin se puede decir que necesita intercambios continuos en términos de nutrición, energía, información, orden. Estimulado por el equipo de dirección, el Grupo recupera el poder natural de auto-eco-organización, lo que tiene un poderoso efecto multiplicador para permitir a las personas auto-organizar sus mentes.

En términos de conducción, esto significa que la función de conducción, a medida que el Grupo progresa, puede considerarse como una función/recurso transversal de todo el Grupo y que los Conductores/Facilitadores se convierten en participantes paritarios en el Grupo, en el sentido de una paridad de las contribuciones subjetivas, facilitando el funcionamiento a "mente ampliada" del Grupo mismo.

3.1. Facilitador y Conductor de GPMF

El perfeccionamiento progresivo en la organización y gestión de los GPMF y de las reflexiones desarrolladas a lo largo de las diferentes fases de avance del proyecto ha permitido incluir entre los destinatarios de la propuesta formativa también a los profesionales de la salud mental que, aunque no tienen una formación psicoterapéutica, asumen un papel irrenunciable en el funcionamiento de los GPMF. Este desarrollo ha permitido definir las dos diferentes figuras activas en el equipo, el Conductor y el Facilitador que, a través de la integración de sus niveles de responsabilidad y sus funciones, permiten un funcionamiento óptimo del Grupo.

De hecho, los datos de la investigación realizada en la primera fase del proyecto indican que más del 80% de los GMF que participaron en la investigación utilizan un equipo de dirección heterogéneo, independientemente de la metodología utilizada. En particular, la participación de las diferentes figuras es así: 89% psicólogos, 56% psiquiatras, 45% enfermeros, 31% trabajadores sociales, 13% educadores, 11% terapeutas ocupacionales, 38% otras figuras.

El Facilitador y el Conductor son figuras nuevas en el panorama de las intervenciones familiares en salud mental, nacidas de un nuevo paradigma, una nueva filosofía en el tratamiento de las psicosis y de la especificidad de la función de conducción de GPMF. Como veremos, también representan un elemento innovador en el contexto de las terapias grupales.

De hecho, uno de los elementos de fuerza del GPMF es precisamente el encuentro y la integración de las diferentes tareas y competencias dentro de un equipo de dirección.

El Conductor asume la responsabilidad del setting, garantiza la seguridad del Grupo señalando el incumplimiento de las reglas y limitando la dinámica destructiva cuando el Grupo no es capaz de hacerlo (por ejemplo, en una fase fundacional o en momentos de crisis). A medida que el Grupo crece, debe ser capaz de renunciar a su posición central y deslizarse en el fondo, facilitando los intercambios directos entre los participantes. De hecho, es el responsable clínico, formal y legal del contexto terapéutico.

El Facilitador, al no tener que asumir la responsabilidad directa del Grupo, puede expresar con mayor libertad sus sentimientos y experiencias, ayudando al Grupo a ampliar su campo emocional y de pensamiento; organizará sus intervenciones a partir de las competencias personales adquiridas en la experiencia clínica.

En la especificidad de la función de conducción en el GPMF, es deseable que ambos niveles puedan alternarse en cada figura del equipo de dirección.

El facilitador en los GPMF: consideraciones adicionales

Definimos Facilitador a cada Operador de Salud Mental que, involucrado en la gestión de un Grupo Multifamiliar, se convierte en parte activa del equipo de dirección del Grupo: Enfermera, Asistente Social, Terapeuta de Rehabilitación Psiquiátrica, Educador, Operador Socio Sanitario pero también psiquiatras y psicólogos psicoterapeutas.

La experiencia llevada a cabo en los diferentes contextos clínicos a lo largo de veinte años, nos ha demostrado que la presencia de estas figuras profesionales en los procesos de gobierno de un GMF es fundamental para el nacimiento y el arraigo del Grupo en el contexto institucional, por su funcionamiento coherente y su eficacia transformadora.

Aunque las funciones del Facilitador se superponen en varios aspectos a las del Conductor, señalamos algunas funciones específicas tanto externas como internas del Grupo.

Exteriores:

- Desempeñando a menudo una función de "front-office" en la relación con usuarios y familiares, está en una posición privilegiada para transmitir ya desde los primeros contactos la filosofía de la intervención multifamiliar y facilitar la participación en el Grupo.
- Participando en actividades de rehabilitación multiprofesionales, facilita la difusión de la cultura multifamiliar en el contexto institucional.
- Moviéndose en espacios transversales en la organización institucional, supervisa y protege los límites del Grupo, tanto hacia los participantes (garantizando los intercambios comunicativos, desempeñando funciones de reminder para los encuentros) como hacia el contexto institucional (salvaguardia de los espacios físicos y relacionales, garantía de un correcto desarrollo del Grupo).

Interne:

- Dado que el GMF involucra a varias familias que se reúnen en un contexto de Grupo, las habilidades de facilitación utilizadas por el equipo de dirección juegan un papel crucial en la creación de un setting terapéutico seguro y de apoyo.
- Cuando las familias se reúnen en el Grupo, pueden surgir tensiones debido a diferentes perspectivas, necesidades y estilos de comunicación. La habilidad en la mediación, a través de una cuidadosa modulación realizada por los Facilitadores, permite ayudar a las familias a gestionar estos desafíos de manera constructiva.
- Las familias que participan en el Grupo multifamiliar pueden venir de diferentes orígenes y presentar una amplia gama de necesidades y desafíos. La adaptabilidad y flexibilidad de los enfoques permiten al equipo de dirección adaptar las intervenciones y las estrategias para responder eficazmente a las necesidades únicas de las familias.
- Utilizando de forma creativa las características del contexto multifamiliar, Los facilitadores pueden capacitar a los participantes para desarrollar nuevas habilidades abordando los problemas con una actitud flexible y experimentando con estrategias de afrontamiento colaborativo. Este enfoque representa un apoyo adaptativo en la dirección de una mayor capacidad para hacer frente a situaciones de tensión y estrés, aumentando el potencial de cambio positivo.
- La presencia de Facilitadores permite a los participantes beneficiarse del aprendizaje compartido observando y comprometiéndose con otras familias que enfrentan desafíos similares, facilitando así la capacitación activa de cada uno en los procesos de atención. Esta experiencia favorece un sentido de universalidad, reduce los sentimientos de aislamiento o estigmatización y contribuye a crear un setting terapéutico de apoyo y enriquecimiento.

3.2. El itinerario formativo

El itinerario formativo se desarrolla en tres anualidades consecutivas e interdependientes. Cada paso garantiza un certificado profesional específico permitiendo así al profesional que posee los requisitos para progresar en la experiencia formativa, según su motivación y actitud.

El primer año está dirigido a todos los profesionales de la salud mental (enfermeras, trabajadores sociales, educadores, técnicos de rehabilitación psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas) interesados en profundizar en el conocimiento del Psicoanálisis Multifamiliar. Los facilitadores asisten este primer año.

El segundo año es el primer nivel de formación de los Conductores y está dirigido a psiquiatras y psicólogos psicoterapeutas que, después del primer nivel como Facilitadores, pretenden ampliar la formación psicoterapéutica previa mediante la adquisición de competencias en metodología y práctica multifamiliar.

El tercer año está dirigido a los Conductores que, después de los dos primeros niveles de formación, han desarrollado un interés particular para la PM y están interesados en la creación y gestión de GPMF en el Área público o privado, a través de la experimentación de la puesta en marcha de un nuevo GPMF, proceso exigente en términos de participación directa y asunción de la responsabilidad del proyecto.

Estructura de la formación		
Anualidad	Destinatarios	Certificado
Año 1 140 horas	trabajadores de la salud mental (enfermeros, asistentes sociales, educadores, técnicos de rehabilitación psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas)	Facilitador GPMF
Año 2 140 horas	psiquiatras psicólogos psicoterapeutas	Conductor GPMF
Año 3 60 horas	psiquiatras psicólogos psicoterapeutas	Conductor Experto GPMF

El recorrido se basa en la modalidad progresiva de la formación en PMF, que favorece un acercamiento gradual a un paradigma innovador en la intervención preventiva en Salud Mental y en el tratamiento de las enfermedades psíquicas. Se trata de garantizar unidad a un pensamiento complejo, integrador y transdisciplinario, El desafío consiste en valorar hasta qué punto la necesidad de considerar estos elementos como un conjunto inseparable no impide un enfoque formativo necesariamente modulado en secuencias sucesivas.

La progresión en el acercamiento a ellos se puede realizar a través de un nivel secuencial de participación en la experiencia de formación, simultáneamente teórica (transmisión interactiva de conocimientos) y práctica (aprendizaje a través del hacer).

Las actividades formativas hacen referencia al refuerzo de las competencias identificadas en la Matriz de Competencias Profesionales que se declina en 18 familias de competencias, agrupadas en tres áreas de especialización:

- Área de Conocimiento Estratégico
- Área de Competencias Gestionales Terapéuticas Estratégicas
- Área de Competencias Personales

Que se desarrollan en los diversos niveles del esquema de las "Articulaciones"

- Cómo funciona el GPMF
- En qué trabaja el GPMF
- Para qué trabaja el GPMF

Profundizando en los contenidos del Vademécum, siguiendo un esquema progresivo que aborda:

- Fundamentos teóricos
- Recomendaciones generales para la realización de un GPMF
- Factores curativos

Para las tres anualidades se prevé la profundización de las competencias identificadas en el "Marco de competencias" y la puesta en práctica del tercer nivel de las "Articulaciones". En la tercera fase se activan encuentros mensuales de visita mutua/confrontación entre iguales, coordinados por un Formador.

A lo largo del itinerario formativo cada alumno estará acompañado por un tutor con función de profundización y evaluación periódica del aprendizaje y apoyo en el trabajo de fin de año.

En cuanto a la tercera anualidad centrada en la puesta en marcha de un nuevo GPMF, el proceso de formación prevé momentos de participación directa del formador en el nuevo Grupo y en el posterior Ateneo, alternados con momentos de "Supervisión Externa" sobre el trabajo de conducción realizado de forma autónoma por el alumno en colaboración con el equipo de dirección institucional.

El itinerario formativo prevé un nivel de aprendizaje teórico/metodológico a través de seminarios mensuales estructurados en modalidad interactiva/dialogica de Grupo, acompañados de talleres experienciales y de la contemporánea participación en un GPMF, dirigido por al menos un profesor/formador e integrado en el itinerario formativo como momento de aprendizaje a través de la práctica. Se trata de dos modalidades de aprendizaje conectadas e interdependientes, ambas indispensables para la adquisición progresiva de adecuados niveles de competencia según el esquema "saber", "saber hacer" y "saber ser" identificado en la matriz de las áreas de competencia profesional.

Para cada anualidad, la evaluación final se centrará en la discusión crítica de la redacción de fin de año, las observaciones realizadas por el tutor durante el proceso de capacitación y las habilidades expresadas por el participante durante la presencia en el GPMF. La evaluación será llevada a cabo por un equipo de evaluadores (al menos tres incluyendo al tutor) cada uno con un historial clínico y formativo probado.

3.3. Las Competencias del Facilitador y del Conductor

Los participantes en el programa de formación desarrollarán progresivamente las competencias específicas para convertirse en Facilitadores y/o Conductores, a través de la programación de actividades teóricas y prácticas adaptadas al logro de los objetivos del año de asistencia.

Las 18 competencias forman parte del bagaje profesional del conductor y del facilitador según diferentes niveles de profundización.

Analizando los roles de estas dos figuras cuando trabajan dentro del GPMF, es importante subrayar la centralidad de algunas de las competencias, más que de otras.

En particular, es crucial que ambos compartan algunas Competencias presentes en el Área de Conocimiento Estratégico, que son necesarias para comprender la dinámica familiar y la interconexión de los miembros de la familia dentro del sistema, y de dos competencias del Área Personal, que se refieren a la dimensión cultural y ética y más ligada a la necesidad de aprender a transferir los conocimientos en los diferentes contextos familiares y/o terapéuticos. Estas competencias representan el bagaje técnico profesional de base, adquirido tanto a nivel teórico como práctico, del Conductor y del Facilitador.

Las competencias del Área de gestión terapéutica son fundamentales para llevar a cabo la conducción de los GPMF de manera adecuada y eficaz. También el Facilitador debe tener conocimiento de ello, pero, como para algunas competencias de las otras dos Áreas, no se le pide la intervención activa ni la puesta en práctica de todas las competencias que forman parte de esta Área: durante el primer año, podrá desarrollar en profundidad la capacidad de utilizar excelentes habilidades de comunicación, trabajar con flexibilidad y adaptabilidad, en un clima de colaboración y facilitación.

Las actividades del segundo año están dedicadas en particular al desarrollo, en el Conductor, de las otras 9 competencias del "Matriz de las Familias de Competencias, las que requieren una intervención proactiva por parte del Conductor, cuando se presenten situaciones delicadas que requieran capacidad de diagnóstico y evaluación, de compartir emociones y que requieran la creación de capacidades específicas para hacer frente a cualquier nueva confrontación de conflictos y para intervenir respetando las orientaciones de un pensamiento sistémico destinado a reforzar las facilidades y promover la resiliencia. Estas competencias deben actuar en un clima de respeto por las emociones y apertura al aprendizaje afectivo.

El tercer año está dedicado al fortalecimiento de las 18 competencias, incluyendo su puesta en práctica en un contexto creativo y original, como la creación de un nuevo Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, para lo cual también son necesarias competencias adicionales relacionadas con la planificación, la interrelación con organizaciones públicas y/o privadas, la verificación de los resultados obtenidos.

FAMILIAS DE COMPETENCIAS Y COMPETENCIAS CLAVE POR AÑO DE ASISTENCIA	1° Año	2° Año
ÁREA DE CONOCIMIENTO ESTRATÉGICO		
1. Ser capaz de adherirse con coherencia al pensamiento psicoanalítico		X
2. Ser capaz de promover un pensamiento sistémico		X
3. Ser capaz de centrarse en un enfoque multigeneracional en un grupo	X	
4. Ser capaz de utilizar un enfoque basado en compartir (de todo tipo) las emociones que surgen en el grupo		X
ÁREA DE COMPETENCIAS DE GESTIÓN TERAPÉUTICAS TRANSVERSALES		
5. Ser capaz de utilizar excelentes habilidades de comunicación	X	
6. Saber trabajar para la Revisión de los Conflictos		X
7. Ser capaz de utilizar una conducción de Grupo no intrusiva y mantener un clima solidario y empático	X	
8. Ser capaz de aprovechar las Dinámicas Relacionales de los Grupos, siendo conscientes de los multitransfert y de los enactment		X
9. Ser capaz de trabajar con flexibilidad y adaptabilidad	X	
10. Ser capaz de mejorar las facilidades	X	
11. Ser capaz de promover la resiliencia		X
12. Ser capaz de utilizar Therapy Open Format		X
13. Ser capaz de fomentar la exploración colaborativa	X	
14. Ser capaz de promover el aprendizaje compartido	X	
ÁREA DE COMPETENCIAS PERSONALES, ÉTICAS, SOCIALES Y CULTURALES		
15. Ser capaz de llevar a cabo la evaluación y el diagnóstico		X
16. Ser capaz de mejorar su competencia cultural	X	
17. Ser capaz de mantener la ética y las fronteras	X	
18. Ser capaz de estar abierto al Aprendizaje Afectivo (a través de la formación, la supervisión y el Ateneo, la propia terapia, ...)		X

3.4. Objetivos y organización de las actividades

3.4.1 Primer año

En el primer año se dará preferencia a aquellas actividades y contenidos destinados a formar aquellas habilidades básicas que aseguren el máximo entendimiento entre el Conductor y el Facilitador en sus respectivos roles dentro del Grupo. Los objetivos formativos se refieren principalmente al desarrollo de las 9 competencias que caracterizan el trabajo de facilitación necesario para la gestión y desarrollo del GPMF, en el primer y segundo nivel de las "Articulaciones" (cómo y sobre qué trabaja el GPMF) y sobre los contenidos principales del "Vademécum".

Cada alumno es acompañado por un tutor con función de orientación y apoyo individual en la elaboración de la experiencia formativa. Se requiere la presentación de un trabajo teórico a fin de anualidad.

Completar el primer año de formación permite participar con conciencia en el movimiento transformador, activado en un Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF/GPMF), reproducible a nivel personal, profesional e institucional.

Permite obtener el certificado de "Facilitador".

Prevé diez seminarios teóricos mensuales de ocho horas cada uno, estructurados a través de una modalidad interactiva/dialogica de Grupo, acompañados de talleres experienciales de tres horas cada uno y de la simultánea participación en un GPMF, dirigido por al menos un instructor/formador e integrado en la formación.

Cada uno de los 10 módulos formativos mensuales, más un día de verificación final del itinerario formativo individual y la discusión de un trabajo teórico/experiencial, está estructurado en dos días consecutivos de formación de 14 horas, para un total de 140 horas de actividad didáctica. Las actividades de cada módulo son las siguientes:

PRIMER AÑO - ESQUEMA GENERAL			
Destinatarios: profesionales de la salud mental (enfermeros, asistentes sociales, educadores, técnicos de rehabilitación psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas)			
10 Módulos en dos días cada uno	Contenido de los 10 módulos	horas	días
	Presentación/ profundización de experiencias multifamiliares nacionales e internacionales, presentación de trabajos (artículos, libros, vídeos) relacionados con temas relacionados con PM	3	Primer día
	Participación en el GPMF con función didáctica y posterior participación en la Universidad	3	
	Presentación y profundización "Contenidos teóricos" del Vademécum en relación con las reflexiones sobre lo que surgió durante la participación en el Grupo.	2	Segundo día
	Estudio de los contenidos del primer y segundo nivel de las Articulaciones (cómo y en qué trabaja el Grupo)	2	
	Definición, profundización, ejercicio sobre las 9 competencias específicas y comunes del Facilitador y del Conductor	2	
	Conclusión con la visión de material video, profundizaciones bibliográficas, ejercicios prácticos, vinculados a los contenidos afrontados durante los dos días.	2	
TOTAL HORAS DE CADA MÓDULO		14	

El segundo y tercer año están dedicados al desarrollo de las competencias específicas del Conductor.

3.4.2. Segundo año

Además del desarrollo de las 9 competencias descritas en el cuadro anterior, las actividades se dedican a los temas correspondientes al segundo nivel de las "Articulaciones", en particular en lo que se refiere a las conexiones con la epistemología psicoanalítica, sistémica y psicodinámica de grupo. Además, se dedica un espacio de profundización a los elementos teóricos y metodológicos del "Vademécum".

Como en el primer año están previstos diez seminarios teórico/metodológicos con periodicidad mensual, de ocho horas cada uno, estructurados a través de una modalidad interactiva/dialogica de Grupo, acompañados de Talleres experienciales y de la participación al menos quincenal en un GPMF conducido por al menos un formador/didacta e integrado en el itinerario formativo, como momento de formación a través de la experiencia.

Cada alumno es acompañado por un tutor con la función de profundizar en los aspectos metodológicos y clínicos. Se requiere la presentación de un proyecto teórico/metodológico.

Concluir el segundo año de formación implica la capacidad del profesional para operar en sentido terapéutico dentro del GPMF e implica la introducción de la metodología multifamiliar en su actividad clínica.

Permite obtener el certificado de "Conductor".

Se estructura como el primer año, con 10 módulos mensuales de dos días de 14h. de formación, con excepción de la presentación de un trabajo relativo a la hipótesis de la puesta en marcha de un GPMF que acompañe al proyecto de fin de año.

SEGUNDO AÑO: ESQUEMA GENERAL			
Destinatarios: Psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas			
10 Módulos en dos días cada uno	Contenido de los 10 Módulos	horas	días
	Presentación/ profundización de experiencias multifamiliares nacionales e internacionales, presentación de trabajos (artículos, libros, vídeos) relacionados con temas relacionados con PM	3	Primer día
	Participación en el GPMF con función didáctica y posterior participación en la Universidad	3	
	Presentación y profundización "Factores Terapéuticos" y "Recomendaciones prácticas" del Vademécum	2	Segundo Día
	Profundización de los contenidos del segundo nivel de las "Articulaciones", en particular con respecto a las conexiones con la epistemología psicoanalítica, sistémica y analítica.	2	
	Definición, profundización y ejercicios sobre las 9 competencias específicas del Conductor, incluidas en las tres Áreas del Marco de Competencias	2	
	La jornada se concluye con dos horas dedicadas a profundizaciones temáticas de los contenidos surgidos en los dos días propuestos por los alumnos a través del uso de material video, producciones artísticas, contenidos periodísticos	2	
TOTAL HORAS DE CADA MÓDULO		14	

3.4.3. Tercer año

En el tercer año, no se trata solo de profundizar sus conocimientos y experiencias de participación en un GPMF, sino de transformarlos en prácticas operativas a través del proceso fundacional y la conducción de un nuevo Grupo, que prevea la sensibilización y la participación de otros operadores de una organización pública o privada interesada en el desarrollo del GPMF.

Se trata de una específica y peculiar experiencia de "formación en el trabajo", en la que el participante es acompañado por un Formador/Conductor experto que sigue el proceso a través de encuentros quincenales, en los que se elaboran los diversos aspectos implicados en el diseño, preparar el contexto en el que operará el GPMF, formar el equipo de dirección e iniciar el proceso fundacional.

En estos encuentros se profundizan los aspectos teórico-metodológicos relativos a las 18 competencias del Conductor y a la implementación del tercer nivel de las "Articulaciones" (para qué trabaja el Grupo).

Después de la apertura del Grupo, el proceso de formación continúa, alternando momentos de participación directa del formador en el GPMF y en el posterior Ateneo/Post Grupo con momentos de "Supervisión Externa" sobre el trabajo de conducción realizado de forma autónoma por el alumno en colaboración con el equipo de dirección institucional. Se configura como un proceso de seguimiento permanente del itinerario formativo e incluye momentos específicos de evaluación/ajuste relativos al funcionamiento del nuevo GPMF.

Este modo activa un movimiento de refinamiento progresivo de las capacidades de conducción expresadas por el alumno, a partir de la detección de situaciones críticas; tiene como objetivo la adquisición de la capacidad de aprender de los errores, vistos como ocasión de reflexión, y el aumento de la capacidad de modificar el propio trabajo a partir de la elaboración de la experiencia.

También se activan momentos mensuales de visita mutua/ intervención entre pares con el fin de favorecer la confrontación directa y el intercambio operativo entre todos los estudiantes involucrados en el proceso formativo.

Concluir el tercer año de formación implica la capacidad de sensibilizar un contexto institucional a la práctica multifamiliar, de constituir un equipo de dirección y de transferir conocimientos y competencias a los operadores participantes en el GPMF. Implica un compromiso específico en el desarrollo y la difusión del pensamiento y de la experiencia multifamiliar.

La participación en el tercer año permite obtener el certificado de Conductor Experto.

El tercer año prevé la realización de 20 unidades de aprendizaje quincenal de una duración de 3 horas cada una (60 h. totales) Durante los cuales cada alumno es acompañado por un Formador/Conductor Experto y articulados en fases con modalidad progresiva según la evolución del proyecto.

Se requiere un informe de fin de año en el que el participante describa la ejecución del proyecto y los resultados obtenidos; informa de la autoevaluación de su trayectoria formativa y de las competencias adquiridas, destacando sus puntos fuertes y críticos.

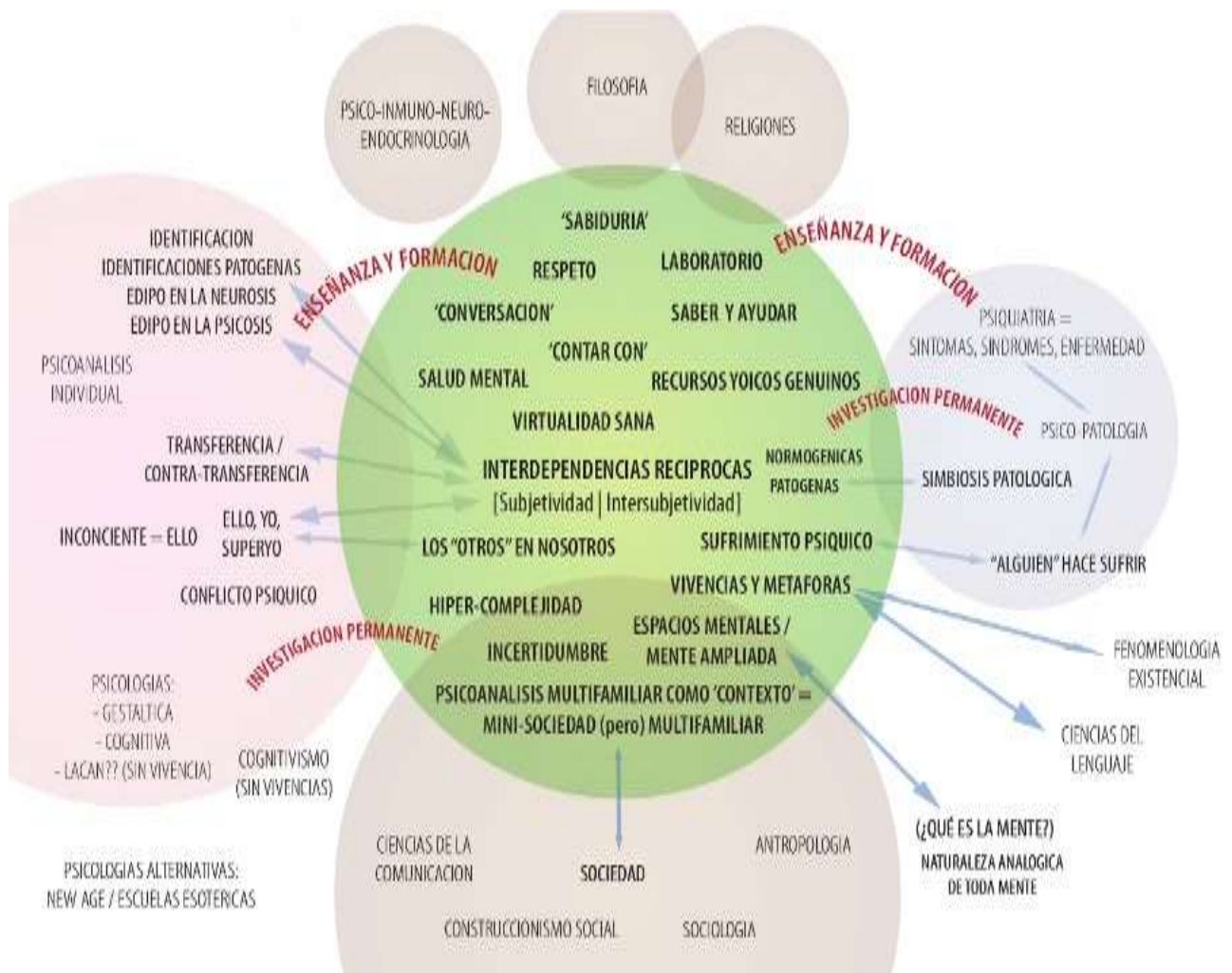
La evaluación de los resultados del proyecto incluye, además de los contenidos previstos para las dos anualidades anteriores, la verificación de las actividades realizadas y sus posibles reajustes, la evaluación del funcionamiento y la aprobación del GPMF, la evaluación de los efectos del proyecto en el setting operativo.

TERCER AÑO: ESQUEMA GENERAL			
Actividad	Citas	Contenido	Horas
Diseño	1	Definición del marco institucional/operativo	Quince Horas en dos meses y medio
	2	Definición de objetivos y destinatarios	
	3	Determinación de los recursos disponibles	
	4	Definición de los plazos y modalidades de realización	
	5	Elaboración del proyecto y definición del método y de los instrumentos de seguimiento	
Construcción/ Preparación del Contexto	6	Reuniones con las partes interesadas y presentación del proyecto	Quince Horas en dos meses y medio
	7	Definición de equipos, funciones y competencias	
	8	Definición de la configuración: ubicación, frecuencia, hora	
	9	Transferencia de información operativa y básica	
	10	Seguimiento en curso	
Fundación y puesta en marcha del Grupo PMF	11	Presentación del proyecto al Servicio/Institución	Treinta horas en cinco meses
	12	Contacto y participación de las familias afectadas	
	13	Inicio Grupo PMF	
	14	Conducción del Grupo - Participación del formador en el GPMF	
	15	Dirección del Grupo -Supervisión externa, profundizaciones metodológicas sobre la conducción, evaluación del GPMF y Supervisión in itinere	
	16	Conducción del Grupo - Participación directa en el GPMF del formador y verificación de competencias	
	17	Conducción del Grupo -Supervisión externa, profundizaciones metodológicas sobre la conducción, evaluación del GPMF	
	18	Conducción del Grupo -Participación directa en el GPMF del formador y verificación de competencias	
	19	Conducción del Grupo - Visiting/Comparación de pares	
	20	Visiting/Comparación de pares y Evaluación final	
Seguimiento y evaluación	5	Definición del método y de las herramientas de seguimiento	
	10-15	Monitoreo continuo de las actividades y competencias	
	20	Evaluación final del proyecto realizado	

ESTRUCTURA ITINERARIO FORMATIVO

Anualidad	Destinatarios	Área teórico de aplicación:	Área de Experiencia:	Trabajo final	Certificados
Año 1	Profesionales de la salud mental (enfermeras, asistentes sociales, educadores, técnicos de rehabilitación psiquiátrica, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas)	<ul style="list-style-type: none"> - 9 Competencias específicas - Primer y segundo nivel de las "Articulaciones" -Aproximación a los contenidos principales del "Vademécum" 	Participación en un GPMF - Acompañamiento de un tutor con función de orientación y apoyo individual en la elaboración de la experiencia formativa	-Se exige la presentación de un trabajo teórico	Facilitador GPMF
Año 2	Psiquiatras psicólogos psicoterapeutas	<ul style="list-style-type: none"> - 9 Competencias específicas -Segundo nivel de las "Articulaciones", conexiones con la epistemología psicoanalítica y sistémica - Recomendaciones prácticas y factores terapéuticos del Vademécum 	Participación en un GPMF - Acompañamiento de un tutor con función de orientación y apoyo individual en la elaboración de la experiencia formativa	-Se exige la presentación de un trabajo teórico y la formulación de una hipótesis de inicio de un GMF	Conductor GPMF
Año 3	Psiquiatras psicólogos psicoterapeutas	<p>Se estructura como experiencia de "Traininig on the job", intervención individualizada articulada en 4 Macro-Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> A- Diseño B- Definición y preparación del setting operativo/institucional C- Fundación y puesta en marcha del GPMF D- Seguimiento y verificación 			Conductor Experto en GPMF

Anexo 1 Esquema de las "Articulaciones"



CUARTA PARTE

“CONTRIBUCIONES DE LOS SOCIOS”

En esta parte se recogen las contribuciones que cada socio ha considerado significativas para enriquecer los análisis realizados. Las contribuciones se refieren a la difusión de los GPMF en sus países y profundizaciones sobre algunos aspectos específicos del Psicoanálisis Multifamiliar.

I - El impacto del PMF en la salud pública y privada en los países participantes en la investigación.

II- Elementos complementarios del PMF.

A. ESPAÑA

A.1 Impacto del Psicoanálisis Multifamiliar en España por Norberto Mascaró Masri

A finales de los años 50, Jorge García Badaracco inició, en un servicio del hospital psiquiátrico José T. Borda de la ciudad de Buenos Aires, una serie de experiencias innovadoras en el tratamiento de las psicosis. Basándose en las ideas de Maxwell Jones sobre la comunidad terapéutica, introduce el psicoanálisis en el tratamiento de la patología mental grave en ese amplio contexto social, allí comienza a tener encuentros multifamiliares, donde observa, una dinámica particular en estos grupos que los diferencia de los grupos y terapia familiar.

De esta experiencia nace un modo de pensar y de curar la enfermedad que permite el acercamiento simultáneo a la dimensión individual, familiar y social de la mente, que se constituye en un propio modelo integrador, que ha denominado Psicoanálisis Multifamiliar. Este modelo se nutrió de conceptualizaciones de varias escuelas psicoanalíticas y de otras corrientes de terapias de grupo y familiares, evaluadas por la experiencia en grupos multifamiliares, un proceso que llamó "recontextualización del psicoanálisis".

Las ideas de García Badaracco sobre el tratamiento de la patología mental grave, a través de amplios contextos como la Comunidad Terapéutica (Comunidad Terapéutica Psicoanalítica a Estructura Multifamiliar, 1990) y el Grupo Multifamiliar (Psicoanálisis Multifamiliar, 2000) se introducen en España a través de conferencias celebradas en Madrid y Bilbao desde 1998 y que han suscitado un interés particular en muchos profesionales y administradores de la salud mental.

Después de varios años de difundir sus ideas, a través de visitas periódicas, a principios de 1984 llegó a Guecho, Vizcaya, España, Norberto Mascaró, director asociado de la Clínica DITEM dirigida a Buenos Aires por J. García Badaracco y consultor de un Centro Experimental (Consortio Uribe Costa de Salud Mental). Su misión era llevar a cabo una psiquiatría innovadora que integrase las diferentes corrientes psicoterapéuticas de la época.

Junto con José María Ayerra y José L. López Atienza en ese año, ponen en práctica las ideas de García Badaracco, transformando el Day Hospital de pacientes psicóticos en una Comunidad Terapéutica de estructura multifamiliar, comenzando a finales de ese año un Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar que todavía funciona hoy. De esta experiencia nace el escrito "La constitución de un Grupo multifamiliar en una institución pública" (N. Mascaró Masri, 2000).

Gradualmente, esta forma de trabajar se extendió a través de las reuniones anuales de Day Hospital, convenciones y congresos nacionales e internacionales. Así ha sido en cuanto esta actividad se ha extendido a otros Áreas terapéuticos públicos y privados, y también al Área social (escuelas, hospitales no psiquiátricos, asociaciones de barrio, etc.). Todas estas experiencias han sido documentadas y presentadas en varios congresos para discusión y difusión.

Desde el comienzo de esta experiencia, tenemos la Fundación Vasca para la Investigación de la Salud Mental, (OMIE), creada en 1979 y que promueve el conocimiento en el campo de la salud mental. En colaboración con instituciones sanitarias y educativas, ofrece cursos de formación en diferentes áreas del trabajo psiquiátrico/psicológico para profesionales de la salud. Esta institución nos ha permitido investigar los factores familiares y sociales que influyen en la enfermedad mental y organizar una formación sobre estos grupos multifamiliares, así como difundir el corpus teórico que llamamos Psicoanálisis Multifamiliar.

Posteriormente recibimos el apoyo de un instituto privado en Bilbao (Avances Médicos) donde a principios de 2000 desarrollamos en su Hospital de Día las ideas de García Badaracco sobre la Comunidad Terapéutica en Estructura Multifamiliar e implementamos varios grupos multifamiliares. Además, esta empresa ha financiado la realización de dos Jornadas Europeas de Grupos Multifamiliares (2009 y 2015).

En 2000 se creó en Buenos Aires el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar, que se ocupa de la formación y difusión de esta disciplina. Desde la expansión de estas ideas en España, médicos y psicólogos residentes, enfermeras psiquiátricas y trabajadores sociales de diferentes provincias de España comenzaron a viajar a Buenos Aires. En estos más de 20 años se han formado unos 600 profesionales, que han permitido la realización de numerosos grupos multifamiliares en España, que actualmente superan los 60 en todo el territorio, de los cuales 28 han participado en la investigación.

Como observamos en el informe final de esta investigación (28 encuestados), observamos una distribución geográfica irregular, demostrando una concentración en algunas provincias y una ausencia en la mayoría. En Madrid operan 9 GMF (4 en la comunidad y 5 en la ciudad de Madrid). En Vizcaya, 9 (6 en Bilbao y 3 en Guecho). En Granada, 2 (1 en la provincia y 1 en la capital). En Barcelona 2 en la ciudad. En Elche 2, uno en la ciudad y otro online para la comunidad, y en Málaga (Marbella), Navarra (Pamplona), Alicante (ciudad), 1 en cada provincia.

Es significativo que de 50 provincias y 2 ciudades autónomas de España, según las encuestas, estos grupos multifamiliares se realizan en 8 provincias, aunque sabemos que estos GMF también se realizan en algunas otras provincias.

En 2017 creamos en Bilbao, la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar para promover y difundir el Psicoanálisis Multifamiliar a través de cursos de formación, congresos y congresos.

No hay duda de que el impacto del Psicoanálisis Multifamiliar en España ha sido importante, pero todavía queda mucho por hacer con respecto a la atención psiquiátrica y psicológica de los pacientes y sus familias, tanto públicas como privadas. Esta perspectiva "humaniza" la psiquiatría y hace posible, a través del tratamiento bio-psicosocial y sobre todo con el GMF, cuidar a más personas con menores recursos económicos humanos y financieros.

Finalmente, debe recordarse que el GPMF se constituye como un "laboratorio social" que permite investigar la complejidad de los fenómenos mentales y su interrelación con el mundo circundante,

permite el aprendizaje experiencial de los profesionales y, sobre todo, facilita la curación de los participantes.

El PMF proporciona un modelo de asistencia comunitaria que permite abordar las diferentes dimensiones de la mente, en sus aspectos individuales, familiares y sociales, así como las problemáticas familiares y sociales en las que están inmersos los individuos. Su potencial de desarrollo garantiza un futuro prometedor.

A.II Constitución de un GPMF en un ente público

Norberto Mascarò Masri

Ante todo quiero compartir con vosotros una serie de reflexiones sobre el Grupo Multifamiliar y en particular de transmitir cómo se crea un Grupo de esta naturaleza en una institución pública. Esta experiencia apasionante, compleja y enriquecedora, aunque poco difundida, abre nuevos horizontes en la búsqueda de una mejor respuesta asistencial a la patología grave.

Mi experiencia personal en este campo comenzó en 1972 en el marco de una CTP (Comunidad Psicoanalítica Terapéutica) que operaba en Buenos Aires desde 1968 y que había sido creada y dirigida por el profesor García Badaracco, pionera en este tipo de experiencias.

A lo largo de los años, el GMF ha demostrado ser un recurso clave para abordar la patología mental grave. Los pacientes y sus familiares necesitan un contexto en el que puedan expresar sus dificultades personales, es decir, su "particular locura": este contexto será posible gracias a "otros" capaces de contener los aspectos más primitivos y carentes del sufrimiento psíquico y permitiéndonos pensar lo impensable y sentir lo indecible. La "locura particular" se convierte en la locura de todos.

Podemos suponer que la expresión de los conflictos patológicos en el vínculo bidimensional se caracteriza por la presencia de interdependencias patógenas vividas con las figuras parentales; estas interdependencias tienen en el mundo interno una validez actual que tiende a reproducirse en las relaciones presentes. Estas situaciones evidencian la llamada transferencia psicótica. Los pacientes parecen habitados por múltiples características, a menudo incompatibles entre sí, producto de identificaciones patológicas con los padres que han impedido el desarrollo de un yo auténtico. El enfermo mental grave necesita ser salvado de la "locura" en la que está inmerso, es decir, de la red de interdependencias patógenas que lo mantienen atrapado en la relación con los demás y de los objetos "que enloquecen" que pueblan su mundo interior.

A continuación describiré una experiencia en la creación de un GMF en el año 1985, en el Hospital Diurno, de una Institución Pública situada en Guecho, Vizcaya. Este Hospital de Día, que opera de acuerdo con los principios de CTP, fue atendido diariamente por 16 pacientes en un horario entre las 9.30 y las 13.30, donde realizaron una serie de actividades de Grupo complementadas con terapias individuales y familiares. La consolidación del sistema terapéutico, según los principios del CTP, tal como García Badaracco había desarrollado en Buenos Aires, nos ha llevado a afrontar el desafío de constituir un Grupo Multifamiliar.

El equipo terapéutico operaba en co-terapia y estaba compuesto por tres psiquiatras, un psicólogo y una enfermera psiquiátrica que compartían el interés en aliviar el sufrimiento mental de los pacientes y sus familias y la necesidad de una experiencia que pudiera revertir el pesimismo existente en el tratamiento de pacientes tan graves. Curiosamente, la experiencia profesional no fue similar para todos los miembros del equipo, pero esto no fue un obstáculo para la tarea, ya que

la co-terapia, a través del trabajo clínico compartido y la reflexión continua, Era un magnífico medio de aprendizaje común.

La necesidad de utilizar este recurso, en términos de potencial terapéutico, era conocida por algunos e intuita por otros miembros del equipo. El inicio de la experiencia respetó el momento evolutivo del equipo terapéutico, que estaba apenas al comienzo de su recorrido, teniendo en cuenta su capacidad emocional, psicológica y formativa para contener las intensas angustias que los diversos momentos regresivos producen en el Grupo y al mismo tiempo contener las propias ansiedades producidas por las nuevas experiencias.

Se pensaba que la mejor manera de empezar era iniciar un grupo de familias en las que no participaran los pacientes designados. Las fantasías destructivas de reunir a varias familias con sus miembros psicóticos fueron compartidas por algunos miembros del equipo y sus propios familiares.

El trabajo preparatorio con las familias para obtener su participación, se concentraba en transmitirles la importancia de compartir con otras familias dificultades similares en relación con las circunstancias vividas y cómo esto permitía aprender algo nuevo respecto a los problemas que tenían que afrontar en la intimidad de la vida familiar. Después de varios encuentros con cada familia, ha sido posible superar la resistencia a afrontar las propias dificultades, a menudo disfrazadas de miedos y prejuicios ligados a la ruptura de la propia intimidad.

Entonces, comenzamos a conocer a las familias una vez al mes. En el primer año de trabajo, el discurso giraba en torno a los ausentes-presentes, es decir, a los pacientes designados.

En primer lugar, los padres estaban interesados en la naturaleza de la enfermedad mental y qué actitudes debían asumir en situaciones que desconocían. Una actitud pedagógica por parte del equipo fue muy útil en ese momento. Por otra parte, la hostilidad comenzaba a manifestarse también entre los ausentes, depositarios de los aspectos más destructivos y sádicos de los padres.

En estos momentos iniciales, nunca hemos perdido de vista el hecho de que nuestro objetivo principal era movilizar las defensas, analizar los conflictos desplazados en las relaciones y, fundamentalmente, atender las deficiencias estructurales y las necesidades emocionales profundas, que a medida que nuestro trabajo avanzara, nos encontraríamos de nuevo.

A pesar de esto, el objetivo inicial fue contener las ansiedades, evitar los conflictos y, sobre todo, aliviar la intensa culpa que generan estas enfermedades.

La preocupación inicial era crear un clima emocional de fiabilidad, donde no viviéramos como perseguidores sino como personas dispuestas a ayudarlos. Una activa actividad terapéutica con una connotación dialogante ha contribuido a crear ese clima. Sabíamos que el potencial terapéutico no se genera por sí solo, sino que depende, según nuestra experiencia, de un modo de hacer especial.

Después de un año de trabajo, con el Grupo bastante consolidado, los padres/patientes pidieron aumentar la frecuencia de las sesiones. Afirmaban que era el único espacio a su disposición para hablar de sus problemas; y en comparación con sus hijos, que tenían un tratamiento intensivo (4 horas al día, de lunes a viernes), tenían un espacio mensual insuficiente.

El equipo evaluó la solicitud como importante para el curso terapéutico y consideró aumentar la frecuencia para que pudiéramos encontrarnos quincenalmente.

Durante el desarrollo del Grupo Multifamiliar, pasamos del discurso circular centrado en los pacientes a compartir situaciones de vida dolorosas: angustia profunda, intenso sentido de culpa, inseguridades, frustraciones y un pesimismo intenso que fue la principal barrera que encontró el proceso terapéutico de estas personas. Así se creó una cultura terapéutica en la que lo que sucedía a los pacientes designados no era tan diferente de lo que les sucedía a ellos mismos. La inclusión de las historias familiares, en términos de orígenes, también ayudó a comprender que la enfermedad mental tiene una historia y que todos pueden ser víctimas de situaciones impredecibles que deciden nuestro destino.

Poco a poco, apareció la esperanza de que las cosas pudieran cambiar y que se pudiera realizar una vida más satisfactoria.

Este desarrollo del Grupo ha permitido a los padres llevar a cabo su propio proceso terapéutico; entre ellos se observaban tantos momentos evolutivos, que generalmente llevaban a algunos con mayor experiencia a asumir funciones co-terapéuticas. ¿Quién mejor que una madre o un padre, que ha pasado por situaciones de intenso sufrimiento psicológico, puede comprender y transmitir una esperanza a otros padres en un momento de crisis?

Después de aproximadamente dos años de trabajo, una vez que el Grupo se consolidó, la necesidad de incluir físicamente a los niños comenzó a mostrarse como una forma de profundizar en el problema. Esta situación se compartió con los familiares, que en un primer momento expresaron un rechazo manifiesto, basado en las fantasías, ya expresadas, destructivas y catastróficas; Sin embargo, algunos miembros del equipo se identificaron con estos aspectos parentales y se opusieron a la inclusión con el pretexto de que esos padres serían privados del único lugar que tenían como propio. Inconscientemente vivían la situación como si estuviéramos jugando en un campo de batalla donde los hijos podrían destruir a sus padres. Otros miembros del equipo intentaron apostar por una tarea más compleja y difícil, pero al mismo tiempo más gratificante.

La inclusión de los pacientes designados se llevó a cabo gradualmente y se observó que el diálogo se profundizó. Los temores iniciales de una catástrofe inminente no se han hecho realidad y el Grupo existe desde hace 15 años. Los encuentros son semanales y participan unas 30 personas.

En el plano del trabajo terapéutico, quisiéramos subrayar que, trabajando desde una perspectiva psicoanalítica, las relaciones interpersonales de naturaleza narcisista, donde la comunicación verbal y no verbal están al servicio del control y no de la información, implican el no reconocimiento del otro como un ser independiente.

Se observa que las dificultades de los padres, que García Badaracco define como falta de recursos del Yo, se compensan a través de proyecciones masivas que generan relaciones patológicas de complementariedad.

Cualquier situación de diferenciación o de autonomía en la dirección de un crecimiento psicológico es vivida como una amenaza al equilibrio familiar. Se establece así un equilibrio generado de la homeostasis perversa. Este clima emocional favorece en el tiempo la introyección de relaciones patológicas, que recrean en el mundo interno de cada miembro de la familia, constituyen lo que García Badaracco llama el objeto "que vuelve loco", que actúa de forma disociativa en la mente y contribuye a crear una situación patológica y patógena.

El equipo, trabajando en la contratransferencia, realizará una lectura de los fenómenos inconscientes que determinan una dinámica particular en el Grupo. Por otro lado se analizarán las

características de la personalidad de sus miembros, el tipo de comunicación manifiesta, el liderazgo asumido y el juego de rol establecido.

Las mayores sollicitaciones emocionales e intelectuales a las que está sometido el terapeuta del Grupo, hacen de este procedimiento compartido un recurso de gran eficacia terapéutica para afrontar fenómenos complejos y difíciles.

He mencionado anteriormente la importancia de este procedimiento en la formación de los terapeutas de Grupo y familiares.

Para concluir, quisiera destacar algunos aspectos del trabajo clínico.

En primer lugar, es necesario favorecer un clima emocional que facilite la comunicación y la confianza. Por eso es importante que los miembros del equipo encuentren el modo de comunicación más adecuado para cada situación. A veces, entrar en contacto con una situación determinada requiere la conexión con los aspectos simbióticos del Grupo Multifamiliar, teniendo en cuenta que estas modalidades patológicas expresan la existencia de carencias profundas y necesidades emocionales ocultas y no compartidas sanamente, que impiden la posibilidad de un pensamiento elaborado. Muchas veces el terapeuta está "inmerso" en estas situaciones hasta el punto de ser investido con intensos aspectos transferales, pero siempre tiene la presencia de otros que, hablando a otro nivel e interpretando lo que sucede en la sesión, actúan como un sistema de protección para la experiencia. Esto proporciona la nutrición necesaria para continuar la actividad. Esta complementariedad operativa permitirá el intercambio de roles y constituirá un proceso dialéctico en el que se incluye a la familia.

Esta forma de trabajar requiere del equipo una capacidad de auto-análisis y reflexión para afrontar tanto las ansiedades que surgen en la tarea, como las divergencias, que a veces se insertan en rivalidades latentes; dichos movimientos corresponden a intensos impactos transferales, que determinan una dinámica particular que, si no se elabora, se convertirá en una resistencia en el trabajo con el Grupo multifamiliar. El análisis de la llamada contra transferencia en sentido amplio es un elemento esencial para el desempeño de la tarea.

B. PORTUGAL

B.I Historia de los Grupos Multifamiliares en Portugal por Paula Godinho

"Los Grupos Psicoanalíticos Multifamiliares, que reúnen al menos dos generaciones e implican la presencia de pacientes en tratamiento, se originaron en Portugal en 2001 en el Day Hospital del Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María, Actualmente designado como Hospital de Día de la Psiquiatría y la Mentalgia - Servicio de Salud del Hospital de Santa María/Departamento de Neurociencia y Salud Mental del Centro Hospitalario Universitario de Lisboa Norte (CHULN).

El Hospital Diurno fue la unidad de ingreso pionera inaugurada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María en 1957, marcando la creación del primer servicio de Psiquiatría en Portugal integrado en un Hospital General. Fue fundada por el primer Director del Servicio, la profesora Barahona Fernandes, quien inculcó una cultura institucional de convivencia plural.

El modelo operativo actual comenzó en 1977 con un grupo de psiquiatras: João França de Sousa, César Vieira Dinis, Isaura Manso Neto y Sara Ferro. Desarrollaron un modelo predominantemente psicoanalítico y un grupo analítico operacionalizado en un contexto de grupo, donde el equipo terapéutico siempre ha jugado un papel crucial. Este modelo incluye objetivos terapéuticos, educativos y de investigación.

El Hospital del Día del Hospital Santa María fue desarrollado siguiendo el modelo de João dos Santos (França de Sousa, 2013), pionero de la psiquiatría infantil moderna y la salud mental en Portugal y uno de los fundadores de la Sociedad Psicoanalítica Portuguesa. El Dr. João dos Santos estudió y trabajó en Francia con Henri Wallon, G. Heuyer, J. Ajuriaguerra, H. Ey, A. Thomas, René Diatkine, Jacques Lacan, Sacha Nacht, Pierre Luquet y Serge Lebovici.

El impacto de esta unidad de referencia en Portugal, en el tratamiento de pacientes considerados "difíciles" y en la formación de estudiantes universitarios y graduados, se ha documentado principalmente en los trabajos "Tratamiento y formación - 30 años de experiencia de un equipo con un marco de grupo-analítico". Recibió el Jane Abercrombie Award otorgado por la Group Analytic Society (Londres) en 2008 (Neto, Fialho, Godinho y Centeno, 2010).

Desde su creación, el tratamiento en Day Hospital ha enfatizado la importancia de las interacciones y las relaciones familiares en el origen de las patologías y en la evolución terapéutica de los pacientes. En los primeros años las familias fueron invitadas a participar en el proceso terapéutico, con entrevistas realizadas con fines diagnósticos y terapéuticos. Durante muchos años, Isaura Neto organizó Grupos de padres sin la presencia de pacientes. Estos grupos exclusivamente de padres permitieron la recopilación de datos clínicamente relevantes que no podían utilizarse directamente en el tratamiento de los pacientes por razones de confidencialidad.

En 2001, en el 3º Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología de la Infancia y de la Adolescencia con el tema "Psicopatología y Paternidad", celebrado en Lisboa, Isaura y yo hojearnos, como de costumbre, los libros recién llegados del otro lado del Atlántico. Encontramos "Psicoanálisis multifamiliar" de Jorge García Badaracco, recientemente publicado, que decidimos comprar. Inmediatamente, Isaura Neto organizó la lectura distribuyendo los capítulos entre Maria João Centeno, Teresa Fialho, la enfermera Pilar Marques y el resto del equipo del Day Hospital. Después de completar la lectura del libro, nació inmediatamente el primer Grupo Multifamiliar (GMF) en Portugal, que continúa ininterrumpidamente hasta nuestros días.

El Grupo Multifamiliar del Hospital de Día es un grupo semiabierto, de apertura lenta (sin fecha de inicio ni de fin, los nuevos miembros sustituyen a los que salen), heterogéneo desde el punto de vista diagnóstico, con frecuencia quincenal, duración de 2 horas, y está dirigido por un equipo multidisciplinar. Durante estos 22 años ha sufrido algunas adaptaciones. En los primeros años incluyó solo pacientes que dependían financieramente de los padres, excluyendo a los pacientes que ya vivían de forma independiente. Más tarde comenzó a incluir a todos los pacientes del Day Hospital, ampliando la presencia a otros familiares y personas significativas. Así, comenzaron a participar padres, cónyuges, tíos, primos, hermanos, abuelos, etc. que ya habían reunido a tres generaciones y a más de 50 personas. Durante la pandemia de Covid-19, los grupos operaron en línea durante aproximadamente 2 años, y luego regresaron al formato actual en presencia.

Desde el principio, este GMF en Lisboa prevé la presencia de observadores externos, lo que ha llevado a su difusión en otras instituciones de nuestro país: en el Hospital de Día del Hospital Fernando da Fonseca (Godinho, P; Días, MJ, Matos, M., 2004) y, en 2006, en el Centro Diurno del Instituto de Tratamiento de las Adicciones (IDT), luego en el Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Egas Moniz/Centro Hospitalario de Lisboa Oeste y en las Comunidades Terapéuticas: en la Fundación Romão de Sousa (Estremoz) Comunidad Vida y Paz (Fátima), etc.

Los servicios sanitarios en Portugal se encuentran en una fase de reestructuración y reorganización. El potencial de los GMF se extiende desde la enfermedad mental o física hasta la salud, desde los hospitales hasta la comunidad. La reciente legislación portuguesa subraya la importancia de la integración de la asistencia sanitaria hospitalaria y comunitaria, en particular en el Área de la salud mental. Nos enfrentamos al desafío y a las múltiples oportunidades para una mayor difusión de este poderoso dispositivo de transformación, generador de diálogo y escuela de humanidad.

B.II El "síndrome de la puerta abierta": un diagnóstico basado en un grupo multifamiliar de Maria João Centeno⁴; Paula Godinho⁵; Teresa Fialho⁶; Ana Luisa Teixeira⁷; Isaura Manso Neto⁸

SUMARIO

Los autores establecieron un Grupo Multifamiliar en un Hospital Psiquiátrico de Día en un importante centro hospitalario universitario de Lisboa, que atiende a pacientes agudos y graves.

⁴ Psicólogo, Máster en Psicología de la Educación, Gruposanalista, miembro de la Sociedade Portuguesa de Gruposanalise (SPG), que trabaja en el sector público en el Day Hospital del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de Santa María (HSM) y en práctica privada.

⁵ Consejero Psiquiatra, Jefe del Hospital Diurno del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del HSM, Departamento de Neurociencia del CHLN, Doctorado en Salud Mental, Máster en Bioética, Profesor de Psiquiatría y Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa, miembro de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia (IACFP).

⁶ Psicólogo Clínico, Máster en Psicología Clínica, miembro de la Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves, trabaja en el sector público (Day Hospital del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del HSM) y en un estudio privado.

⁷ Psicólogo, Psicoterapeuta de grupo, Miembro de la Sociedade Portuguesa de Gruposanalise, pasante voluntario en el Day Hospital de HSM, Director y Group Coach del CIGA-Coaching de Inspiração Gruposanalítica ® en MRINetwork Portugal.

⁸ Psiquiatra, Jefe de Servicio Hospitalario, Analista de Grupo, Analista de Formación y Presidente del SPG, miembro de pleno derecho y miembro electo del Comité Ejecutivo de la Sociedad de Análisis del Grupo - Londres (GAS), habiendo trabajado en el sector público (antiguo Jefe de Equipo del Hospital del Día del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del HSM), actualmente ejerce la profesión privada.

Este Hospital Diurno (DH), en funcionamiento desde 1997, adopta un sistema predominantemente psicoanalítico y grupal analítico.

El GMF representa una herramienta psicoterapéutica innovadora basada en el Psicoanálisis Multifamiliar de Jorge García Badaracco que ha sido integrada en el Programa Psicoterapéutico DH desde abril de 2001. El GMF incluye a pacientes, a sus familiares cercanos y al equipo clínico, incluyendo al menos dos generaciones.

Además de los objetivos terapéuticos, el GMF cumple objetivos educativos y formativos para los diferentes profesionales sanitarios - es decir, psiquiatras, psicólogos y enfermeras - que realizan prácticas en el Hospital de Día.

Aquí los autores describen brevemente las características del GMF, situándolo en el contexto del DH. Llamamos la atención sobre un conjunto de signos y síntomas asociados con la simbiosis patológica y la falta de límites dentro de algunas familias. Estas manifestaciones se hacen evidentes a través de las interacciones intrafamiliares replicadas en el GMF. Los autores acuñaron el término "Síndrome de puertas abiertas" para encapsular este conjunto de señales y síntomas.

Palabras clave : Familia, Día del Hospital, Multifamiliar, Psiquiatría, Síndrome.

"Cuando se cierra una puerta, se abre una ventana"

(proverbio popular)

INTRODUCCIÓN

El Day Hospital

El Hospital de Día es una unidad psiquiátrica dentro de un gran centro hospitalario universitario en Lisboa, dedicada al tratamiento de enfermedades mentales graves. Fundado en 1977, este Hospital Diurno (DH) opera principalmente en el Área psicoanalítico y grupal analítico, tratando pacientes, en su mayoría adultos jóvenes, con trastornos de ansiedad y estado de ánimo, así como trastornos psicóticos a menudo relacionados con trastornos de personalidad.

En el DH el programa terapéutico prevé actividades individuales y de Grupo, incluyendo un Grupo analítico psicoterapéutico y, desde 2001, un Grupo multifamiliar basado en el Psicoanálisis Multifamiliar de Jorge García Badaracco. El GMF incluye a los pacientes, sus familiares cercanos y el equipo clínico, que abarca al menos dos generaciones.

Lo que distingue a este Grupo de otros contextos terapéuticos es su capacidad única de observar directamente patrones de comportamiento y relacionales familiares, que se manifiestan espontáneamente dentro de este contexto.

Durante su existencia, el equipo de DH ha sido consciente del significado de las relaciones familiares, tanto en el origen de las patologías como en el progreso terapéutico de sus pacientes. Independientemente del diagnóstico nosológico, muchos pacientes revelan interdependencias patológicas como la simbiosis patológica. Dentro de estas familias, algunos miembros emprenden relaciones patológicamente interdependientes, no logrando reconocer las diferencias, ejerciendo control y siendo intrusivos. En otras palabras, ignoran o rechazan la existencia de límites psicológicos. Curiosamente, en estas familias hemos observado una correlación entre la ausencia de límites psicológicos y la ausencia de límites físicos dentro de sus entornos de vida.

El equipo y los pacientes

Las personas que reciben tratamiento en el Hospital Diurno a menudo presentan algunas de las siguientes características:

1. Historial de tratamientos anteriores en otros contextos y con enfoques diferentes, ejecutados con poco o ningún éxito.
2. Síntomas graves de depresión y ansiedad.
3. Ideación suicida y comportamiento suicida y autolesión.
4. Abuso de sustancias, participación en comportamientos de riesgo y desafíos en la adaptación social.
5. Autonomía limitada.

En un análisis psicodinámico, estos pacientes demuestran un funcionamiento psicológico caracterizado por:

1. Las primeras perturbaciones en las relaciones objetivas.
2. Ansiedad por separación predominante.
3. Uno mismo mal cohesivo y narcisista deficiente.
4. Egos frágiles y Superyó mal organizados.
5. Marcada inestabilidad afectiva, derivada de la continua repetición del proceso de idealización/deidealización.
6. Mecanismos de defensa débiles o insuficientes, que recurren a defensas primitivas como el clivaje, la identificación proyectiva, la idealización y la negación.
7. Déficit de mentalización de la vida psíquica.

Grupos y familias multifamiliares

El Day Hospital Multifamily Group es una iniciativa terapéutica que nace del trabajo clínico con los pacientes y sus familias, con una duración de 120 minutos cada dos semanas.

A medida que la participación familiar con el Grupo se intensifica y su confianza en los Facilitadores se profundiza, la exploración compartida de los contenidos psíquicos se hace más evidente a través de las interacciones grupales. Estas interacciones demuestran cómo, por ejemplo, el desacuerdo de los hijos con los padres, a menudo reflejo de un intento de diferenciarse de los padres, es la causa subyacente de los conflictos y las tensiones familiares. Estos conflictos perpetúan vínculos patológicos y patógenos, impidiendo el desarrollo de la autonomía.

En estas familias el desafío de permanecer juntos y la imposibilidad de separarse son palpables. La ausencia de identificación transforma a la familia en una proyección de un cuerpo colectivo indiferenciado, donde no se reconoce la alteridad. En estas familias predomina el predominio del "no dicho", cuyos vínculos apuntan a mantener negado y/o repudiado el sufrimiento psíquico que no puede ser contemplado.

Las obvias dificultades en la mentalización llevan a priorizar la acción sobre el pensamiento y la simbolización, eliminando progresivamente la posibilidad de organizarse como individuos distintos. En cambio, los individuos quedan atrapados en ciclos repetitivos sin salida aparente. El comportamiento desviado de los padres, como el incesto o la conducta incestuosa, a menudo se manifiesta en roles y posiciones dentro de la familia que cambian indistintamente. Esto subraya la ausencia de límites para el yo. En tales contextos, la autoridad y la alteridad no son reconocidas.

Los hijos a menudo adoptan el papel de cuidadores para sus padres, a menudo se ven obligados a mediar en los conflictos matrimoniales, también deben intervenir para prevenir la agresión física

entre sus padres. Además, los hijos pueden estar involucrados en revelaciones sexuales íntimas de los padres, que inicialmente aparecen como un gesto halagador pero que finalmente resultan ser un don dañino, ya que esto puede contribuir a la alteración y a la desorganización de su personalidad y sexualidad.

En este contexto, Racamier (2010) introdujo una patología en el Área de la seducción narcisista, que ha etiquetado como "incestual". Esto denota una forma de organización del Grupo familiar que se aleja de la estructura edípica, típicamente vinculada a la triangulación y a la prohibición del incesto. En pocas palabras, representa una atmósfera en la vida individual y colectiva caracterizada por el incesto, sin necesariamente involucrar aspectos directamente asociados con las preocupaciones genitales. Esto implica un matiz de los límites entre espacios públicos y privados. Todos los límites están mal definidos y el único límite distinto es el que se impone al mundo exterior, descrito como peligroso y amenazador. Faltan claras demarcaciones entre la vida privada de la familia y la de los hijos, una situación que a menudo se manifiesta en el uso del espacio físico dentro de la casa.

El hogar, como espacio físico, sirve como paradigma para la creación o la ausencia de límites. Puede ser un lugar abierto o cerrado para la observación externa, con o sin barreras internas. Este espacio puede ser regulado por reglas o restricciones o un área transparente sin límites, donde cada lugar pertenece a todos y a nadie. El espacio interior de la casa incluye sus paredes y puertas que actúan como elementos de separación y marcadores del espacio del otro, o de su falta. En su transparencia o opacidad, se involucran en una especie de "juego del escondite y del silencio, es decir, del revelar, ver y oír". La casa puede ser un escenario tanto de conquistas como de compromisos, orden o caos, un refugio seguro o, por el contrario, un lugar que representa una amenaza para la integridad y la individualidad.

En las familias numerosas todo es transparente y abierto: la puerta de la habitación de los padres permanece abierta. Del mismo modo, a los hijos no se les permite cerrar las puertas de sus habitaciones ni del baño, y su derecho a la privacidad no se reconoce ni se respeta. A menudo, los hijos, ya sean adolescentes o adultos, no tienen un dormitorio o una cama individual. Algunos comparten el dormitorio con los padres, abuelos u otros familiares, una práctica aceptada sin críticas. En muchas casas, las puertas no tienen llaves o las cerraduras se han dañado intencionalmente, impidiendo su cierre.

Varios miembros de la familia utilizan el baño al mismo tiempo sin ningún sentido de intimidad o discreción, manteniendo una proximidad física exagerada, a veces con el pretexto de controlar y mantener la higiene o la salud. La banalización de estos aspectos emerge como una barrera significativa a la identificación de las dinámicas incestuosas en Área clínico. Los padres perciben todo lo que sus hijos no comparten abiertamente como intrínsecamente cuestionable e inapropiado, rebelándose contra la falta de transparencia. Los hijos, bajo cuidadoso control, a menudo se desaniman de establecer contactos fuera de la familia, aparentemente por su protección.

En una sesión de grupo multifamiliar (GMF), la madre de una paciente dijo que tenía la costumbre de sentarse al lado de su hija cuando usaba la computadora para chatear con sus amigos. Expresó confusión sobre las objeciones de su hija, argumentando que si su hija afirmaba que no estaba involucrada en actividades inapropiadas, no habría problemas para observar con quién estaba hablando y la naturaleza de sus conversaciones con amigos.

Otra madre expresó su perplejidad por la necesidad de su hija de llamar y pasar tiempo con sus amigas cuando, en su opinión, los padres podrían haberle brindado más ayuda que nadie. Estaba explícitamente en desacuerdo con la preferencia de la hija por conversar con amigos en lugar de con la familia, afirmando que la confianza debe ser puesta exclusivamente en la familia. Esta misma madre desaprobaba que su hija se aislara en su habitación. En respuesta, la hija explicó que simplemente necesitaba espacio personal y acogía a las personas que llamaban a la puerta para señalar su llegada. La madre criticó esta actitud calificándolo de irracional e innecesario, interpretándolo como una señal de que probablemente su hija tenía algo que ocultar.

Los padres de otro paciente explicaron que en su casa no había puertas cerradas. Habían quitado todas las cerraduras hace unos años para evitar que su hijo se aislara, afirmando que cerrar las puertas no era necesario porque, en su perspectiva, no había nada que ocultar. Uno de los terapeutas preguntó qué pensaban que le pasaría a su hijo. La madre respondió, expresando incertidumbre, que "tal vez no se sienta bien o se encuentre en una situación en la que podría morir solo, sin que nadie pueda ayudarlo".

El padre de otro paciente dijo que durante la infancia de su hijo, había quitado todas las llaves de las puertas porque temía que le pudiera pasar algo. Incluso después de volver a colocar las llaves, las puertas permanecieron abiertas.

Otra paciente se quejó de que no podía cerrar la puerta de su dormitorio porque su madre había girado la llave en la cerradura, dejando la cerradura afuera y haciendo desaparecer la llave.

Estos extractos de los GMF destacan el monitoreo continuo de los niños y el obstáculo a su privacidad, lo que indica la incapacidad de los padres para reconocer y comprender su necesidad de diferenciación. Llamamos a este conjunto de elementos clínicos el "Síndrome de la puerta abierta", que representa un paradigma de los desafíos intrafamiliares en el logro de la autonomía.

CONCLUSIÓN

Afirmamos que, como clínicos, debemos estar cada vez más atentos a los modelos relacionales y conductuales dentro del núcleo familiar, reconociendo que incluso comportamientos aparentemente normales pueden ocultar trastornos psicológicos significativos. En el contexto de la incapacidad de romper los lazos simbióticos, pueden surgir tendencias incestuosas como único mecanismo de defensa contra la temida separación.

Parece importante investigar los hábitos de higiene de la familia y caracterizar el espacio físico, examinando cómo es utilizado y compartido por los diferentes miembros de la familia. Esta exploración puede revelar dimensiones ocultas de la disfunción individual y familiar. Además, es aconsejable hacer preguntas, ya que las personas no pueden revelar o expresar preocupaciones voluntariamente. A menudo perciben como naturales y banales algunos comportamientos y hábitos que, tras un examen más atento, se revelan altamente patológicos y patógenos. Este enfoque puede servir como un camino para revelar secretos ocultos y verdades no dichas, bajo la superficie del supuesto equilibrio familiar.

Esta disfunción a menudo solo se puede diagnosticar cuestionando las condiciones de privacidad más básicas dentro de la familia. Son fundamentales las preguntas relativas a los dormitorios individuales, la disposición de las camas, la práctica de cerrar las puertas de las habitaciones y los baños, el uso solitario del baño y la cortesía de llamar antes de entrar.

La encuesta sobre estos aspectos en adultos sigue siendo un área donde los profesionales de la salud mental no parecen estar lo suficientemente atentos. Destacamos la importancia de invertir

más en la sensibilización, la formación y la preparación de los profesionales de la salud, así como la necesidad de crear programas dedicados a la detección precoz de las disfunciones familiares, a menudo disfrazadas de normalidad.

Dentro de la casa es necesario cerrar las puertas para que las ventanas se puedan abrir al mundo.

C. BÉLGICA

C.I Psicoanálisis multifamiliar en Bélgica por Martine Lambrechts

El psicoanálisis multifamiliar llegó a Bélgica en 2015. En el Congreso ISPS de Nueva York (2015), el doctor Andrea Naracci y Catherina Tabasso mostraron un video de su trabajo multifamiliar en Roma. Profundamente conmovidos, inmediatamente nos convencimos del poderoso potencial de unir a las familias en la curación y comprensión de una crisis psicótica.

Martine Lambrechts (psicóloga/psicoterapeuta psicoanalítica) trajo esta experiencia a su lugar de trabajo, el programa de tratamiento de la psicosis en el Centro Psiquiátrico Universitario Z.Org KULeuven (Kortenberg). Junto con Jef Lisaerde (psicólogo/psicoterapeuta sistémico) inician un Grupo multifamiliar dirigido a jóvenes adultos con vulnerabilidad psicótica, que están siendo tratados en dos lugares diferentes:

- En el departamento hospitalario Joris, que ofrece un setting terapéutico y estructurado, combinando los principios de la comunidad terapéutica (Ciompi) con las ideas de la psicoterapia institucional (Oury). El departamento tiene una larga tradición de trabajo monofamiliar, inspirado en la tradición del modelo del Diálogo Abierto y enriquecido por las ideas psicoanalíticas interpersonales de Bion y Winnicott, entre otros.
- Dentro de un servicio ambulatorio para las psicosis precoces, VRINT, situado en el corazón de la ciudad de Lovaina (a 10 km del hospital). Este servicio tiene como objetivo proporcionar asistencia de bajo umbral y basada en las necesidades a los jóvenes con primeros signos de psicosis y a sus familias. En línea con el modelo dimensional y diagnóstico de Van Os y Kapur, renuncia a la visión pesimista de la psicosis y la esquizofrenia e intenta infundir esperanza en el trabajo con el paciente psicótico.

Existe una colaboración privilegiada entre el departamento de hospitalización y el servicio ambulatorio, ya que ambos a menudo trabajan con los mismos pacientes en diferentes momentos de su enfermedad. Como resultado, fue bastante "natural" organizar un GMF centrado en los pacientes y sus familias dentro de estos dos servicios. El primer encuentro tuvo lugar en enero de 2016. Lo cuentan Martine Lambrechts y Jef Lisaerde en el congreso ISPS 2017 con un informe titulado: El inicio de un Grupo multifamiliar para jóvenes pacientes psicóticos y sus familias dentro de un contexto sistémico y psicodinámico.

El GMF gradualmente obtiene más apoyo dentro de los equipos de ambos servicios. Para darles también la oportunidad de conocer mejor el funcionamiento y la teoría del GMF en el Área de García Badaracco, sigue en 2018 una visita de trabajo a Roma con una delegación de Vrint y Joris (Sophie Guiot (psiquiatra/supervisor de departamento/terapeuta psicoanalítico) Niel Van Cleyenbreughel (psicólogo/terapeuta psicoanalítico), Saskia Verbesselt (enfermera), Leen Lambrechts (enfermera), Jef Lisaerde y Martine Lambrechts. Participan en algunos GMF en Roma, lideradas por Andrea Naracci, Caterina Tabasso y su equipo. También son sesiones teóricas sobre los principios del trabajo de García Badaracco.

En 2019, Vrint y Joris decidieron dividir el Grupo Conjunto por razones prácticas. Se crean así dos grupos multifamiliares según el modelo de García Badaracco, uno en Vrint y otro en Joris. Del relanzamiento del Grupo en el departamento de hospitalización se habla en el congreso ISPS de Rotterdam (2019), con el título: El embarazo del niño GMF - convertirse en padres GMF.

Ambos grupos multifamiliares atraviesan una progresión diferente, amplificada por la llegada de la pandemia. Vrint decide crear el Grupo Digital, mientras que Joris decide interrumpir el Grupo y comenzar de nuevo en 2021. Mientras tanto, ambos grupos tienen su propia identidad. Incorporarlos a la operación terapéutica de cada servicio también plantea nuevas preguntas sobre la técnica. Asista a la conferencia en el Congreso ISPS de Perugia en 2022 - Cuando el cuerpo es invitado a hablar: levantar las manos como técnica en el GMF.

A través de Mariska Christiaenen (psicóloga/psicoterapeuta sistémica y psicoanalítica), que trabaja en el GMF de Vrint y forma en el programa de postgrado/formación en Psicoterapia Psicoanalítica en la Universidad Católica de Lovaina, el Psicoanálisis Multifamiliar entra en el currículo de los terapeutas en formación.

La investigación de campo en el marco del proyecto Erasmus+ nos enseña dos cosas importantes sobre el psicoanálisis multifamiliar:

- El GMF existente en Bélgica se orienta según dos corrientes: un GMF más orientado al comportamiento, en el que el trabajo se realiza con protocolos y grupos cerrados; un GMF más orientado al sistema, que trabaja con grupos abiertos y continuos. El GMF psicoanalítico, hasta ahora desconocido en Bélgica, parece estar más cerca de esta segunda tradición.
- En los grupos de enfoque se hizo evidente que existe una gran necesidad de capacitación e intervención entre los terapeutas de GMF.

El proyecto logró poner el Psicoanálisis Multifamiliar en el mapa y asumir un papel de liderazgo en el desarrollo posterior de la formación. A través del proyecto, queda claro que el impacto del Psicoanálisis Multifamiliar necesita desarrollarse aún más de dos maneras:

- Ascendente - a partir de la práctica clínica:

1. En el seguimiento del proyecto Erasmus+ se solicita una nueva contribución para apoyar la creación de un nuevo grupo multifamiliar para jóvenes de 15 a 25 años (edad de transición) con dificultades mentales, que se encuentran en la lista de espera para su ingreso en una sala del Hospital Psiquiátrico Universitario Z.Org (Kortenberg). En este proyecto se incluye también la formación de los nuevos colegas, que participarán en este Grupo.
2. Desarrollamos aún más la red de terapeutas GMF, por lo que organizamos una reunión con todos los terapeutas GMF interesados durante nuestro día de estudio en enero.

- De arriba abajo - para iniciativas a nivel de organizador

3. En el centro psiquiátrico, con la posibilidad de desarrollar aún más el GMF tanto a nivel clínico como a nivel de organización de la formación.
4. En la universidad, donde el lugar de el PMF puede desarrollarse aún más en la formación de postgrado del terapeuta y como un proyecto de doctorado en el departamento clínico.

C.II El inicio de un Grupo multifamiliar para jóvenes pacientes psicóticos y sus familias en un marco sistémico y psicodinámico de Martine Lambrechts y Jef Lisaerde

INTRODUCCIÓN

Queremos dar una idea del proceso de constitución de un Grupo Multifamiliar. Primero queremos echar un vistazo más de cerca a cómo entender una crisis psicótica en un contexto familiar. A

continuación presentaremos a los autores que nos inspiran a organizar un Grupo multifamiliar y formularemos los objetivos terapéuticos y las características de nuestro GMF. A lo largo del camino señalaremos los obstáculos, las preguntas y las dudas encontradas y destacaremos los aspectos que parecen funcionar.

Comprensión de una crisis psicótica

García Badaracco habla de la psicosis en términos de 'interdependencia patológica'. Aunque podemos entender este concepto a nivel teórico, es más difícil pensar de esta manera sentados frente a los padres. Hagamos un pequeño desvío para entender mejor este concepto.

Tomando la relación como enfoque en la atención, es importante señalar que una relación concreta, externa, interpersonal (ej. madre - hijo) no es igual a las representaciones internas de esta relación dentro de la psique de una persona, es decir, las relaciones oggettuali. Sin presentar un análisis teórico completo de la tradición de las relaciones objetivas de Klein, Bion y Winnicott, formularemos solo algunas de nuestras ideas clínicas.

Consideramos nuestro campo de trabajo el espacio que se despliega entre el niño y los padres a nivel intrapsíquico de cada uno. Hablamos de interconexión intrapsíquica, destacando el entramado de afectos, sentimientos y pensamientos. Este campo relacional, inconsciente e intercambiable es muy complejo. Los mecanismos básicos esenciales para la obra en esta interacción entre la realidad interna y externa son la proyección, la identificación proyectiva y la introyección.

Poner el informe en el centro tiene importantes repercusiones en la comprensión de la etiología, la naturaleza y el tratamiento de la psicosis.

A nivel de las relaciones exteriores, vemos cómo se ven sometidas a una fuerte presión por el estallido de la psicosis. El estado psicótico evoca mucha ansiedad y malentendidos en el entorno circundante. Así funciona el mecanismo de la psicosis: instaura una división entre el joven adulto "enfermo" (loco, incomprensible) y el ambiente "sano" (racional, consciente).

Podríamos entender esta división como la proyección de una doble condición interna. Siguiendo a Bion podemos distinguir en cada uno de nosotros una parte psicótica y una no psicótica. Richard Lucas explica las ideas de Bion muy claramente en su libro "La longitud de onda psicótica" (2009):

"Bion sugiere que desde el principio de la vida, una parte psicótica separada ataca todos los aspectos de la mente que tienen que ver con el registro de la conciencia de la realidad interna y externa. Sin embargo, el contacto con la realidad nunca se pierde por completo, debido a la existencia de una parte no psicótica de la personalidad que funciona paralelamente a la parte psicótica, aunque a menudo se oscurece".

De esta manera entendemos la fragilidad del equilibrio psicológico en cada uno de nosotros y como todos somos vulnerables a un modo de funcionamiento psicótico.

¿Qué mecanismos pueden desempeñar un papel en el estallido de una psicosis?

Del lado de los padres

Searles subraya que los padres - en defensa de su modo de funcionamiento psicótico - pueden mover/proyectar su parte psicótica en la relación con el hijo. En línea con esto, Narracci (2008) avanza la hipótesis "que durante su desarrollo los hijos hayan sido objeto de identificaciones

proyektivs masivas por parte de los padres, a través de las cuales los padres trasladaban a los hijos una serie de fluctuaciones afectivas que podían no mantenerse dentro de sí mismos".

Contrariamente a lo que a menudo se piensa, no relacionamos necesariamente esta proyección con graves trastornos psíquicos de los padres. Creemos que este mecanismo inconsciente sirve para proteger la capacidad de los padres de ser un buen cuidador hacia el niño dependiente y vulnerable de los ataques de su parte psicótica.

Del lado del niño

Narracci continúa diciendo que debido a la inmadurez del propio aparato psíquico ("yo"), el niño no es capaz de filtrar, discriminar y distinguir lo que le pertenece de lo que no proviene de él, hasta el punto de que este sufrimiento explota y se traduce en despersonalización (Bion, 1970).

Las proyecciones afectivas masivas pueden crear una trampa narcisista para el niño: el niño ocupa una posición vital en la mente del padre, lo que lo hace fuerte *dentro* pero *débil* fuera de la relación con el padre.

Esto se traduce en una vulnerabilidad, descrita por Narracci (2008) como el deterioro progresivo de aquellas estructuras que integran y gestionan las funciones afectivas y cognitivas. Esto lleva con el tiempo a sustituir las funciones afectivas por un sistema de identificación patológica y patógena en el que padres e hijos están igualmente involucrados.

Interdependencia Recíproca

García Badaracco describe esta interdependencia en la que están implicados tanto el padre como el hijo, coautores de una situación patológica. El comportamiento de los padres mantiene viva la sintomatología del hijo, y el niño obliga a los padres a la posición igualmente imposible de no poder liberarse del desempeño de la función de cuidado de alguien que no quiere ser ayudado.

Entiende la relación de interdependencia como un continuum, con, por una parte, la interdependencia sana y recíproca que genera recursos del Yo y una identidad coherente, y por otra, una interdependencia patógena, que genera confusión, alucinaciones o delirios.

De esta manera la patología puede ser formulada y entendida como las diversas modalidades de la presencia familiar en el inconsciente individual, o como las diversas formas de la presencia del otro en nosotros.

Por lo tanto, una crisis psicótica pone en crisis a toda la familia: el equilibrio natural se altera. De ahí la invitación dirigida a toda la familia a comprometerse en la recuperación de la psicosis. Por lo tanto, la atención no se centra exclusivamente en la persona psicótica, sino en el bienestar psicológico de todos los miembros de la familia y las relaciones entre ellos.

Al integrar un aspecto ambiental en la etiología, uno podría pensar que eso significa culpar a los padres. Por lo tanto, es útil una nota importante sobre la "culpa". En lugar de 'culpabilizar', hacemos una invitación a los miembros de la familia a reflexionar sobre su propio sufrimiento mental y el dolor que podrían haber sido proyectados sobre su hijo. Este es un pensamiento frágil y delicado. Como indica Narracci (2008), a menudo no es difícil explicar al paciente cómo su comportamiento influye en la calidad de vida de los padres. Pero es mucho menos fácil crear una situación terapéutica en la que un padre pueda considerar que sus propias dificultades han influido en la forma en que se desarrolló la patología del niño.

En este contexto aparece a menudo la cuestión de la culpa. Esto puede ser experimentado por los padres como muy aterrador y amenazante para su salud mental. Martindale (2008) distingue tres formas diferentes de culpa que pueden ser experimentadas:

- Culpa proyectada: los sentimientos de culpa se evacuan masivamente. El otro es responsable y criticado y atacado.
- Culpa punitiva y obsesiva: la persona se está castigando a sí misma o anticipando el castigo por cualquier cosa que piense que está haciendo mal.
- Culpa reparadora: hay preocupación por el otro que está herido. La restauración del daño es el objetivo principal. El amor y la gratitud caracterizan este tipo de relación.

Van Bouwel (2009) completa estas formas con:

- La culpa como mecanismo todopoderoso para hacer frente al trauma: la culpa nos pone en una posición activa y nos convierte en personas mucho más fuertes de lo que realmente somos.

En lugar de evitar, minimizar o al contrario acentuar los sentimientos de culpa, tratamos de comprenderlos dentro de la relación interpersonal, y de "trabajar a través de la culpa" (Van Bouwel). Al apoyar a los padres en la exploración y elaboración de sus sentimientos dolorosos, los mecanismos de reparación y la preocupación se pueden movilizar de manera constructiva. Pueden pasar de un límite omnipotente y culpable a un límite "bastante bueno". Durante este proceso, el apoyo del ego por parte de los padres al hijo, según lo formulado por Winnicott, puede restaurarse.

Fundamentos de la terapia multifamiliar

Desde esta perspectiva relacional sobre la psicosis, pensamos que el GMF es una técnica única y valiosa. Al analizar la literatura sobre la MFT, quedó claro que en las últimas dos décadas hay un interés creciente. El siguiente CV no pretende ser un resumen completo de todos los tipos de MFT, solo quiere resaltar algunas iniciativas e ideas que hemos encontrado útiles para el desarrollo de nuestro Grupo multifamiliar.

Peter Laqueur es generalmente aceptado como el padre fundador del Grupo multifamiliar. A partir de 1951, trató a pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Mental Estatal Creedmoor en Nueva York. El doctor Laqueur señaló que los familiares de los pacientes, después de las horas de visita, se reúnen frente a las puertas del hospital y observó la necesidad de que interactúen y discutan sobre las dificultades que enfrentan. Nace la idea de formalizar estos contactos y nació el primer Grupo plurifamiliar. Inspirado por las primeras teorías de la familia sistémica como la teoría del doble vínculo, se ha convertido en "un laboratorio protegido en la comunicación familiar". Laqueur (1964) partió de la idea de que, y cito: 'las relaciones familiares en las que ha surgido la enfermedad pueden y deben modificarse para acelerar la curación'. En su opinión, el principal problema del paciente consiste en un conflicto entre la lucha por lograr la diferenciación como individuo por un lado y el necesidad de un apego simbiótico a los objetos familiares primarios por el otro. Laqueur tenía la idea de que una TMF era el setting perfecto para abordar este conflicto. Laqueur cita a Boszormeny-Nagy afirmando que "la presencia simultánea de figuras familiares originales y de transferencia proporciona un contexto para el crecimiento que promueve la diversificación de las oportunidades relacionales significativas" (1962).

Laqueur eligió un Grupo homogéneo y cerrado compuesto por cinco familias y dejó a los participantes la elección del tema. Observó que los miembros aprendieron indirectamente unos de otros a través de la analogía, la interpretación indirecta, la imitación y la identificación. Laqueur

describe por primera vez cómo durante este proceso de aprendizaje indirecto los terapeutas se enfrentan a una menor resistencia que la confrontación directa.

Laqueur fue una fuente de inspiración para William mc Farlane, probablemente el autor más conocido en el campo de la terapia multifamiliar. Organizó grupos multifamiliares para pacientes con trastornos psicóticos graves. Mc Farlane destaca el componente biológico de los trastornos psicóticos y el Grupo se basa en los principios terapéuticos de las teorías de la Emoción Expresada. Desde este punto de vista, y en contraste con Peter Laqueur, mc Farlane enfatiza que cada familia es una familia sana, a menos que se demuestre lo contrario.

Los objetivos de Mc Farlane eran ampliar la red social de las familias que se enfrentan a la psicosis, combatir el estigma en torno a esta enfermedad y, educando a la familia sobre los síntomas de la psicosis, hacer que los profesionales de la salud sean más tolerantes con los pacientes, lo que tiene un efecto positivo en el clima afectivo en la familia.

Organizó las primeras 3 sesiones de unión con familias individuales, luego un taller educativo de un día completo durante un fin de semana. Parte del taller fue un GMF. El grupo estaba compuesto por 5 a 8 familias, incluyendo el paciente índice. Más tarde se reunieron una vez cada dos semanas durante el primer año y cada mes en el segundo año. Luego se comprometieron durante dos años. Los mismos miembros del Grupo han traído problemas al Grupo. Cada sesión tenía la misma estructura y se centraba en resolver problemas.

Entonces, a diferencia de Laqueur, Mc Farlane tenía un protocolo terapéutico fuerte y se centró en las sesiones educativas. El trabajo de mc Farlane ha inspirado a muchos otros a adaptar su idea a diferentes poblaciones y contextos.

Otra iniciativa que sin duda queremos mencionar es el Marlborough Family Centre de Londres. El Dr. Eia Asen ha documentado ampliamente el trabajo realizado con las llamadas familias multiproblemáticas. Inspirándose en la terapia familiar estructural de Minuchin y los terapeutas de la escuela milanesa, como Boscolo y Cecchin, han integrado en su GMF más conceptos de terapia sistémica. Dejan la posición del experto, elaboran la idea de descentralizar al terapeuta y tratan de hacer que las familias se traten mutuamente. En este sentido, se introducen nuevas técnicas e intervenciones, como las preguntas circulares, el Grupo de Reflexión y las técnicas de "fishbowl"

La técnica y el uso de un GMF se desarrollan y documentan principalmente dentro de la tradición sistémica. Al mismo tiempo, Jorge García Badaracco, psiquiatra y psicoanalista argentino, desarrolló durante sus 40 años de experiencia con pacientes psicóticos graves la concepción de una comunidad terapéutica basada en una estructura multifamiliar. Considera a la persona psicótica atrapada en una interdependencia patológica. García Badaracco considera, por tanto, que el GMF ofrece las mejores condiciones para la resolución de esta trampa relacional que impide el crecimiento psicológico y la independencia de todas las personas implicadas.

Grupo Multifamiliar - Objetivos terapéuticos

En resumen, describimos el objetivo del GMF de apoyar y ampliar la capacidad de apoyo y desarrollo del yo tanto de los jóvenes adultos como de los padres. A continuación, analizaremos con más detalle estos 5 objetivos principales. Por lo tanto, podemos confiar en 4 fuentes: la conferencia de García Badaracco (2000), que representa un punto de vista psicoanalítico, la conferencia de Asen y Scholz (2010), que representa una perspectiva sistémica, tres entrevistas con los padres participantes de un investigador independiente, y de nuestra experiencia como terapeutas.

Ofrecer un lugar a los compañeros de desventura

García Badaracco afirma que la primera función del Grupo es lugar de encuentro. Hay una gran necesidad de conocer a otros padres que se encuentran en la misma situación. Las personas que se enfrentan a graves problemas psicológicos pueden aislarse debido a la idea de que ellos o sus familiares cercanos son diferentes o anormales. Compartir historias sobre estos fenómenos puede hacer que se sientan conectados y humanos de nuevo.

Asen y Scholz también subrayan la importancia de crear solidaridad ("*Estamos todos en el mismo barco*") y de superar la estigmatización y el aislamiento social ("*No somos los únicos que tenemos estos problemas*").

Los padres entrevistados subrayan este objetivo, encontrando en el GMF un lugar donde poder hablar libremente de las propias experiencias y sentimientos. A menudo es uno de los pocos lugares donde pueden hablar sobre la psicosis de su hijo y encontrar apoyo social, experimentando un gran estigma con amigos, familiares o incluso dentro de la relación con la pareja. Sin embargo, son muy sensibles al impacto de las historias. Por un lado, el significado que la propia historia tiene para los demás ("*¿Mi situación no es demasiado bella y difícil para los otros padres?*", "*¿Mi situación no asusta a los demás?*") y, por otro, el impacto de las historias de los demás a partir de sí mismos ("*¿Nos puede pasar esto también a nosotros?*"). Esta sensibilidad indica la importancia de la homogeneidad con respecto a la heterogeneidad del Grupo, de la que hablaremos más detalladamente a continuación. Por ejemplo, una madre sugiere: "Mi hija ha sido interiorizada por la fuerza, esto ha sido muy traumático para todos nosotros, y hablo mucho de ello en el Grupo. Pero tal vez esto asusta a otros que no tienen esta experiencia forzada". Por otro lado, agrega: "Hablando de esto, otra madre contó cómo su médico generalista tuvo un papel central en dirigir a su hijo a la cura, esto abrió mi visión".

Para nosotros, los terapeutas, el encuentro con los compañeros de sufrimiento era un objetivo fundamental. En las sesiones familiares individuales, a menudo sentimos la soledad y la vergüenza de la familia. Esto puede ser tan fuerte que incluso la participación en el GMF no es pensable. Esto indica la importancia de una buena acogida y de crear un lugar seguro.

Ofrecer un lugar seguro para la expresión emocional

García Badaracco subraya que a pesar del gran sufrimiento y la petición de ayuda, son muchos los factores que pueden interferir. Los sentimientos y las fuerzas negativas pueden tener un efecto inhibitorio, como la vergüenza, la culpa, los celos, el odio y la agresión. Por eso la primera tarea de los terapeutas es crear un clima positivo que apoye la escucha recíproca y la solidaridad.

Asen y Scholz formulan esta exigencia como promoción de la apertura y aumento de la confianza en sí mismos a través de intercambios e interacciones públicas ("*Nadie nos persigue, podemos abrirnos*") y con el acento en el aumento de la esperanza ("*luz al final del túnel, también para nosotros*").

García Badaracco sugiere hacerlo creando una atmósfera donde hablar libremente, orientado a la comprensión de lo que está sucediendo. Sugiere establecer un clima en el que la expresión emocional sea acogida positivamente y se apoye una transferencia positiva hacia los terapeutas. Esta alianza terapéutica puede ser generalizada entre los participantes y crea la posibilidad de fraternizar en torno a una tarea común. Da la posibilidad de un uso positivo de la presión del Grupo ("*No podemos hacerlo*").

Comprende la dificultad de la alianza terapéutica en relación con el problema de los recursos del ego. El déficit de los recursos del ego hace difícil tolerar el aumento de grandes cargas emocionales. El terapeuta debe proporcionar una ayuda específica al Yo que se enfrenta a la obligación de tomar conciencia de contenidos difíciles de pensar. Este apoyo consiste en comprender y explicar las funciones positivas de lo que está en juego en la relación. Poner el acento positivo no es un acto de bondad, sino una ayuda necesaria del ego de cada participante.

De esta manera, una transferencia positiva y una alianza terapéutica son indispensables para crear el clima emocional adecuado, adecuado para contener y crear nuevas experiencias emocionales en el Grupo. Y es precisamente a través de esta experiencia emocional del momento que el pensamiento se hace posible, como dicen Asen y Scholz: "Es como *un invernadero, aquí pasan cosas*".

Los padres indican que sienten una gran apertura a hablar libremente, pero que la tarea común del Grupo no siempre está muy clara. En primer lugar, porque los participantes tienen expectativas muy diferentes. En segundo lugar, los terapeutas no formulan un propósito claro de sesiones. En tercer lugar, la composición del Grupo cambia cada vez debido al carácter abierto del Grupo, por lo que cada sesión comienza con la introducción de nuevos participantes. Esto se percibe como útil, pero ralentiza la posibilidad de trabajar en profundidad en algunos temas.

Como terapeutas estamos de acuerdo con estas observaciones. Entendemos nuestra cautela al formular una tarea común clara desde una perspectiva abierta e investigadora sobre el contenido y los métodos que queríamos mantener. Pero también sentimos la necesidad de imponer más límites a la tarea terapéutica del Grupo, con el resultado de nuevas ideas sobre cómo gestionar el Grupo, como se presentará más adelante.

Un lugar seguro **donde establecer** la relación de interdependencia entre el niño y los padres.

Nuestro núcleo familiar es el contexto social en el que nacemos y crecemos psicológicamente, y está constituido por las interdependencias en las que estamos retenidos durante toda nuestra vida. Estas interdependencias a menudo permanecen latentes, pero en el GMF las cosas se muestran como son, sobre el terreno, directas, en la vida real.

(Los conflictos subyacentes, las interdependencias y la destrucción fantasmática se repiten en el presente y en presencia de un público múltiple y diverso de otros participantes. Una vez que una familia se atreve a mostrar sus problemas particulares, con una violencia a menudo reprimida y oculta durante mucho tiempo, esta es una experiencia emocional donde todos los participantes viven por identificación.

García Badaracco describe cómo esta experiencia es a menudo muy dolorosa, y el miedo al colapso tiende a contener la rigidez de las defensas conocidas. Pero si el GMF es un lugar suficientemente seguro y protegido, con fronteras claras y estables, tiene la capacidad de contener la violencia a la que es tan complicado y de difícil acceso. Esta experiencia "abre" la interdependencia patógena que daba una falsa sensación de seguridad. El proceso de deshidratación, vivido como una profunda despersonalización, no es por lo tanto destructivo, sino que, por el contrario, puede fortalecer nuevos recursos auténticos del Yo, la experiencia de un Yo real, que puede desarrollarse en inteligencia emocional.)

En el GMF los recursos terapéuticos disponibles son múltiples gracias a la multiplicidad del campo identificador. Al procesar los aspectos inmaduros de la interdependencia entre un paciente y sus familiares en una familia, los otros participantes se benefician indirectamente. Al asistir y observar

a otra familia, uno puede entender su situación de manera diferente y percibirla como reversible y abierta. Utilizará no solo los recursos del yo del terapeuta, sino también los de todos los demás miembros de una manera constructiva.

Asen y Scholz discriminan los siguientes factores:

- El apoyo mutuo y compartido y los feedback de otros participantes (*"¡Increíble cómo lo haces! ¿Y cómo crees que lo estamos haciendo?"*).
- Estimular nuevas perspectivas. (*"Puedo ver claramente en ellos estas cosas por las que, cuando se trata de nosotros, estoy ciego"*).
- Aprender unos de otros. (*"Me gusta la forma en que otros manejan esto"*).
- Reflejarse en los demás. (*"Lo hacemos como tú"*).
- Experimentación con familias de acogida e intercambios. (*"Podemos manejar a otros hijos y me gusta la forma en que otros padres tratan a mi hijo"*).

Los padres entrevistados no tenían experiencia con la participación de su hijo o hija en el Grupo. Todos piensan que si sus hijos participaran como familia, esto se traduciría en sesiones difíciles, tensiones y quizás discusiones abiertas. De esta manera prefieren tener un grupo de padres en lugar de un grupo familiar. De lo contrario, todos han encontrado muy enriquecedora la presencia de otro joven adulto, para escuchar sus experiencias y cómo manejan la psicosis. Indica la necesidad manifiesta de la familia de tener información sobre la psicosis, en lugar de ver al Grupo como un lugar para trabajar en problemas relacionales.

Como terapeutas, uno de nuestros principales objetivos en la creación del GMF era crear un grupo familiar, en el que padres y jóvenes adultos pudieran interactuar. Presentamos una breve experiencia en este sentido: una hija hablaba de la culpa vivida después de su recaída. Estaba enfadada consigo misma por la falta de auto-cuidado antes del segundo episodio. Un padre, no el suyo, reaccionó muy emocionado ante este testimonio. En su idea, era inapropiado hablar de culpa en el contexto de la psicosis. El padre subrayó los aspectos biológicos de la psicosis, la vulnerabilidad a la psicosis que es diferente en cada individuo. Esta reacción provocó una fuerte reacción en su hija, quien declaró que si no puede sentirse culpable, significa que no puede influir en su situación. La niña estaba tratando de salir de esta posición impotente y recuperar la influencia sobre su situación. Este tipo de discusión solo era posible en presencia de dos generaciones. Discutiremos las dificultades sobre este tema más adelante.

Activar el potencial de **creatividad y cambio** en las relaciones interdependientes.

J. García Badaracco se propone crear las condiciones y el clima necesarios para que cada participante pueda pensar lo que no puede pensar por sí mismo. Como contenedor, el GMF ofrece un contexto para hacer posible la creación de una atmósfera psicológica que facilite el pensamiento, la resolución de conflictos y el aprendizaje mutuo.

Como afirman Asen y Scholz, el GMF ofrece un recurso terapéutico para practicar nuevos comportamientos en un contexto seguro (*"Podemos experimentar aquí, aunque a veces las cosas van mal"*) y para descubrir y desarrollar habilidades (*"Puedo hacer más de lo que pensaba. No soy del todo impotente"*). Esto promueve el desarrollo y el crecimiento psico-emocional.

Los padres encuestados indican que el GMF ha cambiado su relación con su hijo. No de las experiencias en el Grupo mismo, en vivo, porque como se mencionó anteriormente: su hijo nunca participó. Pero en casa entendían y escuchaban el comportamiento de su hijo de manera diferente. Por ejemplo: una madre afirma entender la crisis psicótica como una segunda oportunidad en la

relación con su hijo. Esto abrió los ojos a muchos otros padres que, a menudo impulsados por la culpa y el miedo, pensaban que habían hecho algo mal y que no podían ayudar a su hijo. En la siguiente sesión, una madre testifica cómo reaccionó con más calma y comprensión a un comentario difícil de su hijo.

Como terapeutas, seguimos siendo bastante inciertos sobre el logro de este objetivo. Partiendo de la idea de trabajar a través de las relaciones en vivo, hemos sido bastante críticos con los posibles efectos de un Grupo de padres. Pero mientras tanto, entendemos que el efecto de contención del Grupo puede ayudar a los padres a ampliar sus perspectivas sobre lo que está sucediendo y experimentar la suficiente fuerza del ego para pensar y reaccionar de manera diferente en la relación con su hijo.

Para contrarrestar las reacciones antiterapéuticas

García Badaracco indica que las potencialidades del Grupo dependen del modo de funcionamiento de los sujetos que lo componen, de su capacidad productiva y creatividad. Algunos estimulan la creatividad de otros, otros suprimen la apertura con intervenciones compulsivas imponiendo su forma de pensar. Su actitud puede disminuir otros pensamientos y ejercer inconscientemente una influencia que socava el potencial saludable.

La razón subyacente es que el paciente y sus familiares son especialistas en no cambio. Los temas dolorosos a menudo siguen siendo multifacéticos, ocultos o disfrazados inconscientemente, por los poderosos mecanismos de defensa mantenidos por el falso yo.

Creemos en la necesidad de respetar estas resistencias, sin coincidir con ellas. Lentamente sentimos la apertura prudente y la posibilidad de ser más reflexivos a nivel personal con los padres. Por ejemplo, una madre que se pregunta si su modo educativo no ha sido quizás demasiado severo. Por otra parte, nos toca un padre que es muy crítico en cada sesión: critica los cuidados recibidos, se adhiere a un cuadro biológico muy rígido, devalúa nuestros intentos de abrir un espacio de pensamiento - es el mismo padre que anteriormente le dijo a la hija que no sintiera culpa. Sin embargo, viene casi en cada sesión. A menudo nos hemos preguntado por qué sigue viniendo, mientras que para él nos sentimos tan insignificantes. En la entrevista cuenta cómo cada sesión es muy estresante para él, cómo el miedo a una recaída está muy presente y cuán importante es la información y el conocimiento para hacer frente a estas incertidumbres.

Creemos que es importante esperar con paciencia y estar alerta cuando se puede realizar una intervención de apertura. Nos sostiene la experiencia de García Badaracco, que describe el camino, a menudo largo, para descubrir y descubrir la verdadera naturaleza de las interdependencias patógenas. El GMF crea un contexto en el que, durante un largo período, otros participantes pueden ofrecer una serie de micro-experiencias que son emocionalmente correctivas.

Características de nuestro Grupo Multifamiliar

En esta última parte presentaremos las características de nuestro Grupo multifamiliar, el proceso de decisión y la lógica de las elecciones realizadas.

Aspectos formales

En cuanto a los aspectos formales de nuestro Grupo: el Grupo funciona con sesiones una vez cada tres semanas y una pausa durante las vacaciones de verano. El Grupo tiene lugar en la oficina de la clínica en el centro de la ciudad. Cuando llegan los participantes, son recibidos con café y té y nos tomamos el tiempo para sentarnos en la formación clásica: todos en un círculo donde los

terapeutas se mezclan con los participantes. El grupo está dirigido por dos terapeutas. Los demás miembros del equipo son invitados y bienvenidos, pero participan de manera irregular. Abrimos la sesión con una invitación a los nuevos participantes para que se presenten. A menudo esto se traduce en contar la historia de la psicosis y en la formulación de las incertidumbres y dudas con las que se enfrentan los padres, lo que proporciona la base para el intercambio de sentimientos, experiencias y dudas similares con otros participantes.

Familia o grupo de padres

Nuestro objetivo es un Grupo familiar, donde estén presentes al menos dos generaciones. Esto se deriva del objetivo principal de crear un lugar seguro para trabajar en la relación padre-hijo in vivo. Pero notamos que este propósito no es tan evidente, porque por un lado, los padres tienen una gran necesidad de hablar libremente sobre la psicosis sin la presencia del hijo, y por otro, los adultos jóvenes no tienen la necesidad de venir al Grupo familiar. Aunque repetimos la invitación a traer a nuestros hijos, la mayoría de las reuniones tienen lugar entre padres. Esto se traduce en un cambio en nuestra tarea terapéutica.

Cuando hay un hijo o una hija presente, les prestamos mucha atención. A menudo, otros padres están muy interesados en su historia y la forma en que aborda su psicosis y recuperación. Esto hace que el adolescente a menudo se sienta muy apoyado por otros padres. Como terapeutas tratamos de comprender la experiencia psicótica en relación con las tareas de desarrollo y la posición en la familia. Excepcionalmente, el joven adulto trae consigo problemas relacionales con sus padres, lo que se traduce en interacciones vívidas que apoyamos.

Cuando el grupo está compuesto solo por padres, experimentamos una función diferente como terapeuta. En lugar de trabajar en la relación entre padres e hijos, trabajamos en la capacidad de los padres para comprender a sus hijos. Los padres tienen una gran necesidad de contar la historia de su hijo en crisis, aprender más sobre la psicosis, tener un lugar para hablar de su experiencia como padres, aprender cómo pueden reaccionar a la crisis y recuperarse, ayudar a otros padres.

Posición directiva y no directiva del terapeuta

A partir de los objetivos terapéuticos anteriores, entendemos que como terapeuta nuestra función es crear y proteger el espacio de conversación. Adoptamos aquí la posición de un "tercero", de moderador, sin identificarnos con la posición de conocedor/experto. Por lo tanto, elegimos no introducir ciertos temas o métodos. Tratamos de conectar a las familias, invitándolas a hablar, haciendo preguntas, contando algunos temas o poniendo énfasis en las diferencias en las experiencias. De esta manera tratamos de estimular a todos los participantes a pensar, buscar y maravillarse y ayudar a los demás a pensar. Nuestra esperanza es que la participación de todos lleve al descubrimiento de un potencial personal aún no realizado, que los recursos del yo de algunos enriquezcan el yo de otros, con el consiguiente crecimiento psicológico.

Esta posición ha sido presionada en varias ocasiones por la apremiante demanda de más información por parte de los padres, que por lo tanto nos consideran expertos. Al no asumir esta posición, los padres han vivido como frustrantes (*"tienes el conocimiento, pero no quieres compartirlo con nosotros"*).

Escuchando más de cerca las necesidades de los padres, nos volvimos más conscientes de la situación particular de los padres con un adolescente psicótico en casa. Soy padre y cuidador al mismo tiempo. Entendimos que era necesario dar más consejos psicológicos, no siendo el "experto conocedor", sino conteniendo las dudas, las preguntas y las incertidumbres sobre el propio papel

de los padres. Tratamos de fortalecer sus intuiciones y pensamientos libres sobre su hijo y sobre sí mismos. Tratamos de ayudar a los padres a dar sentido a la crisis en la historia personal del hijo y en el desarrollo familiar. De esta manera entendemos nuestro papel de "titular de la función de contención"

Para satisfacer aún más esta necesidad, decidimos invitar a expertos externos a nuestras reuniones. Luego invitamos a una persona con experiencia a presentar su película y organizar una sesión psicoeducativa con el Dr. Van Bouwel del departamento del primer episodio. De esta manera podríamos permanecer en una posición de moderación y acompañar a los participantes en la confrontación con nuevas perspectivas y teorías sobre la psicosis.

Grupo abierto contra Grupo cerrado

En muchos sentidos, la opción de un grupo cerrado es atractiva. Probablemente sea más fácil crear una atmósfera terapéutica en la que los participantes se sientan lo suficientemente seguros como para dejar ir algunos de sus mecanismos de defensa. En un grupo cerrado, es más probable que los participantes se encuentren en la misma etapa del proceso. A pesar de estas ventajas, también hay preocupaciones que nos han llevado a la elección de un Grupo abierto. Un Grupo abierto sigue siendo también una invitación abierta, sin obligaciones, de esta manera hemos querido ser lo más accesibles posible. Esto ha llevado a la elección de un Grupo abierto en el que son bienvenidos jóvenes adultos, padres, hermanos y hermanas, parejas u otros parientes importantes. No existe un número fijo o un acuerdo finto de participación, existe la idea de una posibilidad infinita de participación.

Grupo homogéneo o heterogéneo

Nuestra atención se centra en los pacientes en el "primer episodio" (cf. modelo de estadificación Mc Gorry), independientemente de la hospitalización del adolescente. Esto da un Grupo homogéneo con respecto a la naturaleza traumática e incomprensible de lo que sucede. En su mayoría hay/había un buen o alto nivel de funcionamiento del hijo o de la hija y de la familia antes de la psicosis, y la psicosis llega de una manera muy inesperada.

Pero esto se traduce en una heterogeneidad relativa a:

- Los factores desencadenantes: la droga, los viajes, el comienzo de la universidad, la ruptura de una relación El momento en la psicosis: en la crisis, en la recuperación temprana, en la reanudación de las tareas de la vida.
- el contexto de la recuperación: en casa, en el hospital, en cuidados forzados.
- El tipo de psicosis: síntomas activos (alucinaciones o ilusiones), melancolía, bipolaridad.

Como ya se ha dicho, los padres viven esta diversidad de situaciones con cierta ambigüedad. Todos quieren escuchar tantas historias como sea posible; buscar similitudes con su situación. Pero estas diferencias también son aterradoras, frustrantes y confusas en su búsqueda del conocimiento sobre la psicosis.

Para concluir

Esperamos haber dado una idea de lo que puede ser un Grupo multifamiliar. Formulamos muchas ideas, compartimos algunas experiencias y dejamos muchas preguntas abiertas.

D. ITALIA

D.1 El impacto del Psicoanálisis Multifamiliar en Italia

Comenzamos a utilizar el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF) en otoño de 1997, en la Comunidad Terapéutica Tarsia de la ASL Roma A, dos meses después de su apertura. Cinco meses antes habíamos conocido a Jorge García Badaracco en la presentación de su libro: "La Comunidad Terapéutica de estructura multifamiliar", presentado por la doctora Anna Nicolò.

Inicialmente pensamos que sería una forma de crear un clima de colaboración con las familias de los pacientes tratados en la Comunidad Terapéutica (CT).

En dos meses, mis colaboradores y yo nos dimos cuenta de que el GPMF servía como 'contenedor' para todos los eventos, tanto los que habíamos entendido como los que quedaban poco claros, ocurridos en la CT.

Por un lado, el GPMF nos ayudó a comprender los problemas que existían en la relación entre los pacientes y sus familias, que los pacientes inevitablemente llevaban consigo en la relación con los operadores de la CT; por otra parte, ha puesto de manifiesto las dificultades y los malentendidos que se han producido entre los operadores, de los que finalmente hemos podido hablar más y a veces resolver.

Pronto quedó claro que el GPMF tuvo un impacto fundamental en ambos frentes: por un lado, para entender cómo funcionaban las cosas en cada familia y cómo tratar de hacerlas menos malas, y por otro, en la gestión de las relaciones entre el personal que trabaja en una CT, que es igualmente importante para lograr mejoras para los pacientes y sus familias.

La conciencia de la importancia de gestionar el desarrollo de estos dos aspectos fue la base para nuestra confrontación con Jorge García Badaracco tres años después.

Tuvimos la suerte de haber conocido a un "extraordinario compañero de viaje". Cuando lo conocimos en marzo de 2000, acababa de publicar su tercer libro, "Psicoanálisis multifamiliar", en el que nos explicaba que este tipo de Grupo podía gestionarse en cualquier tipo de servicio de salud mental, no solo en las CT, donde los pacientes son ingresados por períodos de tratamiento de aproximadamente dos años, pero también en centros de salud mental (CSM) y en centros diurnos territoriales (CD), y en las salas hospitalarias donde son ingresados los pacientes agudos. En este contexto, sugirió que a partir del 2000 los grupos deberían llamarse Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar.

Desde entonces hemos trabajado para introducir la misma tipología de tratamiento de las CT en los dos CSM y en el CD de la ASL Roma A. Al mismo tiempo, hemos tratado de dar a conocer esta forma de trabajar a los operadores de las otras estructuras sanitarias centros, tanto en nuestra ciudad como en el resto del territorio nacional, especialmente a los operadores de otras CT privadas y públicas.

Los GPMF comenzaron a difundirse, primero en Roma y luego en varias ciudades italianas, grandes como Nápoles, Cagliari, Turín, Milán, Catania, Florencia, Perugia, Trieste y pequeñas como Caltagirone, Morlupo, Sarno, Varazze, etc.

Una experiencia significativa ha sido adquirida no solo por el trabajo de García Badaracco, sino también por el de Enrique Pichon Riviere y Armando Bauleo: por ejemplo, en la región Marche,

primero en Macerata y luego en Ancona, GPMF fueron organizados por el Servicio Público bajo la influencia de los tres autores.

La implementación del GPMF puede cambiar el clima dentro de cada servicio, por un lado para que la relación tanto con los pacientes psiquiátricos graves como con sus familiares se vuelva menos conflictiva y más colaborativa, y por otra, porque es posible construir una relación de mayor cooperación entre todos los tipos de profesionales que trabajan en psiquiatría, independientemente de las escuelas a las que asistan psiquiatras y psicólogos y de la formación profesional individual específica.

La implementación del GPMF en cada uno de los servicios que componen un DSM (departamento de salud mental) permite realizar una intervención que es la suma de las intervenciones realizadas por cada servicio según su especificidad: una verdadera intervención departamental. Desde este punto de vista las experiencias más importantes se están desarrollando actualmente en Cagliari, en el DSM, en muchos centros de Liguria, en las CT del Grupo Redancia, y en Sicilia, tanto en las CT como en la red del Servicio Público.

En Roma existen actualmente experiencias que implican a enteras Unidades Operativas Complejas (UOC) de la ASL Roma 1, en las circunscripciones 3° y 13°. Experiencias innovadoras están en curso tanto en la ASL Roma 2, donde los operadores del Servicio de Protección de la Salud Mental y Rehabilitación de la Edad Evolutiva (MHPRDA) y del DSM gestionan conjuntamente un GPMF, como en la ASL Roma 1, donde se administra un GPMF para pacientes de 14 a 25 años con trastornos psiquiátricos y adicciones y sus familias.

En 2012 nació en Roma el LIPsiM (Laboratorio Italiano de Psicoanálisis Multifamiliar), asociación cultural dedicada al desarrollo y a la difusión de las ideas de Jorge García Badaracco, dentro de la cual se organizó un Master bienal en Psicoanálisis Multifamiliar.

El objetivo de esta asociación es dar a conocer y transmitir el trabajo y el pensamiento de García Badaracco, que fue generoso como pocos otros al poner a disposición de todos los interesados sus conocimientos y su experiencia laboral. Nos dio una educación real, involucrándonos durante más de diez años, que cambió radicalmente la forma en que abordamos y abordamos la enfermedad mental grave. No olvidemos que García Badaracco ha sido durante mucho tiempo un punto de referencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) sobre el problema de la "psicosis".

Por lo tanto, nos sentimos obligados a extender el privilegio que se nos había concedido a tantas personas como fuera posible. El Máster para Conductores y, más recientemente, el Curso de Formación para 'Facilitadores' son nuestros intentos en esta dirección.

D.II Los conceptos principales del Psicoanálisis Multifamiliar de Andrea Narracci, Alessandro Antonucci

El alcance de las novedades introducidas por Jorge García Badaracco es, en nuestra opinión, muy relevante.

Hemos decidido limitar a seis los temas esenciales a tener en cuenta para tratar de delinear un cuadro global de los elementos de referencia teóricos del Psicoanálisis Multifamiliar (PM). Al trabajar, nos hemos dado cuenta de la imposibilidad de separar claramente el uno del otro, mientras que viceversa, parece bastante claro que forman un discurso único.

Elementos 1 y 2: padres e hijos

Creemos que el primer concepto a partir del cual se ha de partir está constituido por lo expresado, desde el título, en el artículo aparecido en *The International Journal of Psycho-Analysis*, v. 67, n. 2, 1986, titulado "Identification and its vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the "maddening object". La enfermedad mental más grave, la esquizofrenia, en ese momento como hoy, representaba el 70% de las enfermedades psiquiátricas graves, así como los trastornos del estado de ánimo, así como los trastornos de personalidad graves y las adicciones. En este artículo, el autor expresa la creencia de que estas enfermedades están determinadas no por algo que comienza a funcionar mal dentro de una persona, desde el nacimiento o poco después, por toda la serie de razones orgánicas que se han planteado a lo largo de la historia de la psiquiatría, así como por el tipo particular de relación que se establece entre dos personas. Supone, además, que el objeto, es decir, uno de los dos padres, "vuelve loco al otro", es decir, desempeña una función transitiva, contrariamente a lo que, hasta ese momento, había sido su estatuto.

Nosotros pensamos que se trata de la apertura de una nueva epistemología que delinea, con claridad, que es necesario considerar hechos que parecen confirmar estas hipótesis:

1. El sufrimiento del hijo nace en la relación problemática entre un padre y un hijo, que a su vez el otro padre secunda, o no hace lo suficiente para que no suceda.
2. La relación padre-hijo debería contribuir al desarrollo del hijo y del progenitor, marcado por la necesidad de venir a determinar, progresivamente, un proceso de separación entre los dos, con la consiguiente identificación del hijo y del padre. Por el contrario, no logra recorrer el camino previsto y se bloquea, como si, para ambos, no fuera posible separarse el uno del otro.
3. El padre no puede dejar que su hijo se vaya porque tiene una relación simbiótica con él, aunque no es consciente de ello, lo trata como una parte de sí mismo, mientras que el hijo se adapta a vivir en esta situación, ser uno con el padre en cuestión, como si esta fuera la única forma en la que cree que puede vivir.
4. El padre, tal como se ha encontrado clínicamente en los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, ha experimentado una pérdida o trauma no procesable. De este trauma, primero dividido y, posteriormente, disociado, el padre pierde la posibilidad de tener un recuerdo a través de las formas habituales de activación de la memoria. En cuanto al hijo, para él es bastante difícil, por no decir imposible, pensar que puede vivir de otra manera que no sea la que le propone el padre al que se siente más unido y, por lo tanto, se adapta a las expectativas de este último, renunciando, sin darse cuenta, a la búsqueda de otras posibles fuentes constitutivas de la propia personalidad. Este proceso ocurre como con los niños pequeños en general, que toman un poco de aquí para allá y, progresivamente, ensamblan de manera autoral su propia personalidad.
5. La simbiosis entre el padre y el hijo se agrieta cuando el hijo, en la adolescencia, encuentra experiencias que le permiten sentir que hay aspectos de su personalidad que no sabía que tenía pero que, por el contrario, le parecen más suyos que los que había experimentado hasta ese momento, vinculados a la relación con el padre con el que comparte el estado simbiótico.
6. En ese momento puede ocurrir o que no siente que tiene la capacidad de vivir-competir con sus compañeros y comienza a cerrarse inexorablemente en sí mismo, o se encuentra con una ruptura de personalidad, en el sentido de que, al experimentar la inconciliabilidad entre las dos partes de la personalidad con las que ha entrado en contacto, la anterior, modelada según las expectativas del padre y la más reciente, relacionada con aspectos más

correspondientes a su propio Ser, pero totalmente incompatibles con los primeros, en algún momento se disocia y tiene una crisis psicótica aguda.

7. Llegados a ese punto, el padre simbiótico, junto con el otro padre, desearía que el hijo volviera a ser quien era, mientras que el hijo no logra renunciar a las posibles novedades que le conciernen; Además, se le diagnostica con una enfermedad incurable a la que hay que resignarse de estar sometido durante toda la vida, así como con medicamentos que pueden hacerlo sentir menos enfermo, por un lado, pero también que generalmente hacen más difícil la recuperación. En pocas palabras, su sufrimiento se lee como una enfermedad que le afecta a él y a su sustrato orgánico, mientras que los aspectos relacionados con la evolución de las relaciones más significativas para él parecen no tenerse en cuenta.
8. Lo que, por el contrario, puede ocurrir si los padres e hijos, junto con el otro progenitor y los posibles otros hijos, comienzan a participar en un Grupo de PM y se dan cuenta de que no todo depende del paciente, sino de él y de su padre más cercano, que entre ellos el vínculo simbiótico se ha convertido, con el tiempo, en una interdependencia patológica y patógena que se puede comprender que existe y que no es inmutable, a diferencia de lo que la psiquiatría, al no ocuparse de él, considera implícitamente que no es discutible.

Elemento 3: la "Virtualidad Sana"

Como se mencionó en el elemento uno, si el padre y el hijo unidos por el vínculo de interdependencia patológica y patógena comienzan a asistir al GPMF, pueden tener la posibilidad de reconocer la existencia del tipo de vínculo en el que están implicados y darse cuenta de que es necesario que este vínculo se reduzca si quieren comenzar a vivir cada uno su propia vida, menos vinculada o incluso desvinculada de la del otro.

La participación en el GPMF puede ocurrir junto con el resto de la familia o, en todo caso, solo por parte de ellos mismos o, al menos, uno de ellos dos, tanto cada miembro de la familia lleva siempre consigo la propia "familia interna". Independientemente de si los otros miembros de la familia participan o no, los lazos que se mantengan dentro de una familia pueden ser evocados por la presencia de otros miembros del Grupo, incluso en ausencia concreta de los otros miembros de la familia.

Una vez que se reconoce la dificultad de retomar el propio camino de crecimiento en relación con la presencia incómoda del vínculo simbiótico original, que se ha transformado en una "interdependencia patológica y patógena" Los dos empiezan a darse cuenta de que solo atenuando la existencia de este vínculo, cada uno tendrá la oportunidad de empezar a vivir su propia vida.

Si, al participar en el GPMF, esto es posible, cada uno tendrá la oportunidad de comenzar a conocer los rasgos de su propia virtualidad sana, es decir, a darse cuenta de que hay amplios espacios del Yo que, por parte del hijo nunca han sido expresados, o no han sido expresados más, en lo que respecta al padre. Por el contrario, una vez que el vínculo de interdependencia patológica y patógena se desvanece, es posible para cada uno de ellos comenzar a explorar partes de sí mismos que no sabían que tenían o que habían olvidado poseer.

El concepto de virtualidad sana corresponde a un estado del Yo que ninguno de los dos, en la situación anterior, tuvo la oportunidad de experimentar. Es como si se tratara de algo cuya existencia no se puede reconocer mientras las personas permanezcan en la situación anterior y que solo se puede empezar a enfocar en la medida en que el vínculo patológico se atenúa y tiende a reducirse.

De ese vínculo, una vez experimentado, parece muy difícil prescindir de él, a menos que ambos sean capaces de demostrarse mutuamente que cada uno puede hacerlo por su cuenta.

El vínculo simbiótico no admite réplicas: las personas permanecen unidas indisolublemente y tenderán a seguir preocupándose el uno del otro, más aún antes que del otro que de sí, en primera instancia.

Siempre deben tener en cuenta que tienen límites entre sí, que son poco pronunciados y que, antes de darse cuenta, cada uno se preocupará por el otro en lugar de por sí.

En relación con este estado de cosas, explorar la propia virtualidad saludable puede ser muy difícil. Se puede renunciar a hacerlo a la primera dificultad que se encuentra y volver a anteponer la preocupación por el otro a la preocupación por uno mismo.

Por eso es necesario permanecer muy cobardes y no olvidarse de llevar consigo este terrible ajuar.

Esto no quita que el descubrimiento de la propia virtualidad sana pueda ser una operación extraordinaria y conmovedora. Se trata de la capacidad de reconocerse a sí mismo el derecho a hacerlo, de poder cuidarse a sí mismo antes que a cualquier otra persona.

Puede parecer una operación fácil, pero para quien está acostumbrado a escuchar las problemáticas del otro no separadas de las propias, sino a constituir un todo no diversificable entre ellas, puede resultar muy difícil.

De las historias de los pacientes y de los padres y de los lazos que han vivido, emerge con claridad que cualquier dificultad vivida por el otro no era considerada de otro, sino que había sido tratada como propia. Este es el punto de partida, no al revés.

La virtualidad saludable puede parecer fascinante, pero también muy difícil y puede resultar mucho más fácil darse la vuelta y volver a confundirse y también a no sentir el peso de la responsabilidad de la propia vida, que puede ejercer un encanto diabólico en la vida de las personas, pero también mucho miedo.

Por último, hay que tener en cuenta que el tiempo durante mucho tiempo es como si no hubiera pasado y que las personas están inmersas en la misma atmósfera que han compartido, en el verdadero sentido de la palabra, durante mucho tiempo. Una de las características más llamativas de la relación simbiótica es que debe permanecer inalterada, por lo que interrumpe la posibilidad de la transformación del vínculo y acaba prescindiendo de la evolución del tiempo.

Creemos que el tiempo, en la psicosis, ya no pasa, precisamente porque el hijo paciente y el padre viven un vínculo que debe permanecer inalterable. Si el tiempo no pasa, no puede ocurrir el momento de la separación. Por lo tanto, permanecer inmóvil es un poco como si uno se pusiera a salvo del peligro de que las cosas pudieran cambiar. Si siguen siendo iguales, no cambiarán. Vivir la experiencia del cambio viniendo de haber experimentado una situación así durante mucho tiempo es extremadamente difícil. Por eso Jorge García Badaracco consideraba a los psicóticos especialistas del no cambio.

Elemento 4: las reglas de funcionamiento, los mecanismos en acción, el Ateneo y las relaciones con las formas habituales de psicoterapia

El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, por su desarrollo, se caracteriza por la necesidad de hacer referencia a tres reglas de comportamiento generales. Los operadores les piden que se conformen a todos los participantes en el Grupo.

Dichas medidas serán las siguientes:

1. La palabra se atribuye a una persona a la vez y todas las demás personas presentes deben escuchar atentamente lo que se dice; sólo podrá intervenir después de que la persona haya terminado su intervención; Todo el mundo tiene que darse cuenta de que puede hacer uso de la palabra durante un tiempo limitado para que todos los que lo deseen puedan intervenir.
2. Se les pide a todos que "no pretendan tener razón", es decir, que aprendan a tolerar que otra persona pueda expresar una idea profundamente diferente de la suya, sea quien sea, y que este evento no se vea como un daño, sino como una posible novedad, que no debe rechazarse y/o contradecirse.
3. Las intervenciones, en la medida de lo posible, deben reservarse, como en una asamblea, para que haya un orden respetuoso de la presencia del otro, con la esperanza de que se ponga en marcha un modo de funcionamiento del Grupo mismo, que Jorge García Badaracco definía como "mente ampliada" en relación con lo cual las intervenciones individuales adquieren, inconscientemente por parte de quien las pronuncia, la capacidad de sumarse el uno al otro, en lugar de contraponerse, dando así lugar a un único pensamiento global del Grupo de ese día particular.
1. Durante el GPMF se producen tres modalidades de funcionamiento del Grupo mismo, que nosotros denominamos "mecanismos", característicos de este tipo de Grupo, constituido por tantas familias e individuos que, de todos modos, vienen al Grupo con su "familia interna".

Estarán constituidos por:

5. Del "reflejo metafórico", es decir, de la posibilidad que cada uno de los presentes tiene de observar, desde el exterior, lo que sucede en otro núcleo familiar patológico, diferente del propio, pero no tan lejano en el modo de funcionar. Esta eventualidad solo puede ser objeto de observación en este tipo de Grupo.
6. De la readquisición de la capacidad de "representar", capacidad que no se pierde pero momentáneamente no se utiliza en las familias con transacciones psicóticas. Esto se debe a que, en parte, se cree que somos los únicos que vivimos esa experiencia dramática de la que, fundamentalmente, nos avergonzamos; en parte porque se está demasiado ocupado respondiendo sobre lo "concreto", es decir, sobre un solo plano; en parte, finalmente, porque lograr hacerlo podría significar lograr "metacomunicar" sobre la situación en la que se vive, que es la única manera de modificarla, lo que, habitualmente, no sucede.
7. De los llamados "transferts múltiples", es decir, del hecho de que en el GPMF pueden establecerse una multitud de transferts, fenómeno descubierto por Freud con psicoanálisis pero presente espontáneamente en la naturaleza, por ejemplo, entre un hijo y los padres de otro núcleo y viceversa, o entre un progenitor y otro progenitor, que pertenezcan a dos núcleos diferentes, etc. Este fenómeno hace posible la constitución y la aplicación de dicho Grupo y, en particular, dentro de él, la determinación de una atmósfera en la que estén presentes de forma significativamente atenuada los fenómenos de ansiedad psicótica vinculados al establecimiento de transferts psicóticos que, típicamente, se producen en las psicoterapias psicoanalíticas individuales de los pacientes graves, en las terapias familiares individuales, etc.

Por otra parte, el GPMF debe ser concebido como un dispositivo útil para hacer accesible la utilización del pensamiento en situaciones en las que esto encuentra dificultades a primera vista insuperables y se acaba hablando más a través de los actos que mediante las palabras.

En este sentido, es un dispositivo que puede hacer menos complicado que el recurso a intervenciones individuales, tanto de Grupo para pacientes graves orientados analíticamente, como del núcleo familiar individual.

El recurso a las diversas formas habituales de psicoterapia constituye uno de los objetivos que el Grupo se propone, precisamente con el fin de construir modalidades de intervención - el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar - por una parte, y una o más formas de psicoterapia tradicional, por otra, que se refuercen mutuamente en la difícil tarea de combatir la patología mental grave.

Junto con el Grupo, más aún, como parte integrante del mismo, hay que pensar también en la reunión reservada a los operadores que se celebra regularmente al final de cada Grupo, de media hora-una hora o más, denominada "Ateneo".

Se trata de un Grupo en el que se tiene la posibilidad, por una parte, de retomar los pasajes clínicos que han aparecido entre los más significativos entre los que se han manifestado en el Grupo recién concluido, por otra parte, de permitir a los operadores, que han sufrido la influencia del Grupo, al igual que los demás, reflexionar sobre cómo han sido y, sobre todo, si la participación en el propio Grupo ha producido la posibilidad de recuperar, también por parte de cada uno de ellos, aspectos escindidos y mantenidos disociados y, por tanto, no recuperables habitualmente, relativos a ellos mismos.

Esto puede configurarse como un programa de formación continua al que los operarios se someten a sí mismos.

Elemento 5: la "Mente Ampliada"

En cuanto al funcionamiento del GPMF, hemos descrito el tercer mecanismo, que se instaura si tenemos la paciencia y la constancia de pedir a los presentes intervenir reservando su intervención.

Al proceder de este modo, se obtiene un efecto particular: a medida que se va dando cuenta de que las intervenciones sucesivas tienden a integrarse recíprocamente hasta formar una sola gran intervención, constituida por el conjunto de las intervenciones de los presentes, aunque fueron concebidos como intervenciones individuales por parte de cada uno y nacieron como representativos de la voluntad de expresarse de cada una de las personas que intervinieron.

En este sentido se trata precisamente de una gran mente en el trabajo, constituida por las mentes de todos los presentes que funcionan en conexión.

Creemos que es muy importante este tipo de experiencia para aquellos que participan en el GPMF que, en general, llega al Grupo con una concepción de cómo pueden relacionarse los diferentes puntos de vista de cada uno de los participantes prácticamente inversa a la experimentada en el funcionamiento "mente ampliada". Y, es decir, con la idea de que la propia opinión no puede dejar de chocar con la opinión del otro y que se trata, fundamentalmente, de tratar de hacer prevalecer el propio punto de vista respecto al del otro.

Descubrir, participando en el Grupo, que la propia opinión puede integrarse y no contraponerse y dar lugar, junto con los demás, a una especie de pensamiento común que encierra los

pensamientos de todos los que se han expresado, constituye una experiencia totalmente antitética a las experimentadas habitualmente en el seno de las propias familias de transacción psicótica, en las que, por el contrario, cada uno intenta prevalecer con su opinión respecto a la del otro: ya no existen mensajes de contenido, sino solo los de definición del informe. En consecuencia, ya no hay escucha ni respeto.

Por el contrario, en este tipo de Grupo se propone la idea de que es posible y útil escuchar al otro, que hay que respetar y, finalmente, darse cuenta de que si nos dejamos llevar, nos encontramos construyendo junto a los demás un pensamiento que nos representa a todos, de la que han desaparecido las divisiones insuperables de las que se había partido.

Luego se produce otro fenómeno, quizás aún más importante. Siguiendo la tercera regla que propone la necesidad de reservarse antes de intervenir, el tiempo que transcurre entre la solicitud de intervención y el momento en que se concede la palabra, las cosas que el que levantó la mano tenía en mente decir se funden con lo dicho por quien lo había precedido.

La instauración de esta modalidad de regulación del orden progresivo de las intervenciones hace posible que el funcionamiento habitual de las mentes de los participantes, predominantemente racional, de tipo secundario, absorba también el funcionamiento primario de las asociaciones libres.

Nosotros consideramos que este fenómeno hace posible algo de particular importancia en estos grupos: que los elementos escindidos y disociados y, por tanto, presentes pero no utilizables por parte de los presentes, sean accesibles.

Con este tipo de patologías, esta oportunidad abre la posibilidad de lograr arrojar luz sobre aspectos destinados de otro modo a permanecer absolutamente inaccesibles. Me refiero a lo que ha pasado en la relación simbiótica entre un padre y un hijo precisamente en el período en que la ausencia de cualquier tipo de frontera entre los dos ha permitido la percepción indiscriminada de traumas o lutos no procesables por parte del adulto, incluso por parte del niño, y que esta percepción se produjo sin que este último tuviera la posibilidad de darse cuenta de que pertenecía al otro y no a sí mismo. Es decir, el pequeño siente ese dolor como si fuera propio. Después de lo cual el gran cisma y, disociándolo, hace inalcanzable el recuerdo, mientras que el pequeño queda investido de él y sigue sintiéndolo confuso como existente, mientras que el grande ha perdido la posibilidad de referirse a él. Estamos hablando de mecanismos inconscientes, para los cuales no hay ningún tipo de culpa o responsabilidad. Esto no quita que estos hechos puedan ocurrir y producir consecuencias sobre los hijos, que luego se enferman, por ejemplo, expresando delirios que tienen una base de verdad pero que luego toman caminos no compartibles de expresión.

Por otro lado, ningún paciente grave sabe por qué está enfermo y ningún padre puede ayudarlo, a menos que comience a participar en un GPMF y encuentre la fuerza para enfrentar aspectos de su vida que de repente pueden emerger de un pasado confuso. En ese momento, el padre puede convertirse en el mayor aliado del hijo y de todos los presentes, en busca de algo que para el padre se había disuelto pero que puede reaparecer y que para el hijo siempre ha seguido. Pero en una forma que no fuera posible darle sentido.

Elemento 6: Repercusión del uso del GPMF en las instituciones

Esta es la historia de una experiencia que adquirí en 2010, como director del Departamento de Salud Mental (DSM) de la Compañía Sanitaria Local (ASL) Roma1 (área de usuarios de 500.000 personas). He considerado oportuno introducir Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar en diez de los

once servicios presentes en el DSM. En el 1° Distrito ya había tres grupos (uno en la Comunidad Terapéutica (CT) y dos en el Centro de Salud Mental (CSM) y el Centro Diurno (CD) y he organizado siete nuevos grupos en los otros servicios del DSM, en el Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento (SPDC) del Hospital Sant'Andrea (servicio hospitalario para pacientes del 4° Distrito) y en la Comunidad Terapéutica para jóvenes de 18 a 25 años procedentes del Servicio para adolescentes y jóvenes adultos. Solo se excluyó el Servicio de Psicoterapia para Adolescentes y Jóvenes Adultos, que prefirió seguir trabajando con la modalidad clásica: ver a los hijos individualmente y a los padres en pareja y/o en un Grupo de solo padres.

A lo largo de la experiencia se han producido algunos hechos que intentaremos subrayar:

1. Dentro de cada servicio en el que se realizaba regularmente el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar mejoraban las relaciones entre pacientes y familiares y operadores del Servicio; el GPMF tiene, de hecho, la capacidad de reconstruir o construir por primera vez un grado suficiente de "alianza terapéutica" entre los operadores y las familias, incluidos los pacientes.
2. Los operadores de servicios podían escuchar, una vez más o por primera vez, que con los operadores de su propio servicio y servicio "cercano" se podía cooperar.
3. Finalmente se hizo posible imaginar un proyecto de intervención, imaginado desde los "primeros movimientos" e independientemente de dónde se realizaba la primera solicitud de intervención, como algo realizado por el DSM en su conjunto a través de una cabina de dirección que planificaba las intervenciones entre los diferentes servicios implicados.
4. El clima general del DSM había sido modificado por la instauración de una cultura de la intervención compartida por una buena parte de los operadores, utilizada con curiosidad, aunque no compartida hasta el final por otra buena parte de ellos y, por una proporción bastante pequeña de operadores, no contrastada pero observada con mayor perplejidad o pseudo indiferencia.
5. En relación con esto, para mejorar este estado general que no estaba de acuerdo, decidí introducir un cambio sustancial en el funcionamiento del DSM: el Comité de Departamento, es decir, el órgano encargado de definir las directrices del propio DSM estaba compuesto habitualmente por los vértices de las Unidades Operativas Complejas, es decir, los Primarios y los vértices de cada figura profesional, y se reunía generalmente una vez al año. Decidí reunirlos una vez al mes, un total de unos diez comités al año, cada vez sobre uno o más temas sobre los cuales era urgente tomar decisiones.
6. También se decidió que en los Comités de Departamento mensuales podría participar y participar cualquier operador del DSMC que se considerara competente en relación con el tema tratado en esa ocasión, independientemente de su calificación. En pocas palabras, establecimos que la mayoría de los operadores que normalmente no se escuchaban podían hacer oír su voz y comenzar a sentirse parte de los procesos de toma de decisiones que intentaban determinar la dirección hacia la que avanzaba el DSM, y parte.
7. Esta decisión contribuyó a la creación de un clima diferente dentro del DSM, donde cada operador ya no podía atrincherarse en la posición de "sentirse excluido" de los procesos de toma de decisiones y obligado a delegar a otros las decisiones a tomar, sino en condiciones de afrontar la posibilidad/necesidad de asumir responsabilidades y, si lo consideraba oportuno, tomar decisiones.

Lo que queremos decir es que la introducción propuesta y compartida de un GPMF dentro de cada servicio del que se compone un DSM puede afectar significativamente a las actividades específicamente profesionales del DSM, mediante la construcción de una nueva cultura de

intervención frente a las patologías mentales graves de las que, en primer lugar, el DSM debe ocuparse, pero también en el plano del funcionamiento y, por tanto, en la organización de los órganos decisorios del DSM.

Creemos que es muy importante dar la palabra a los pacientes, a los familiares y a los operadores en una situación, como la del GPMF, en la que siempre sea posible volver a negociar la forma en que nos relacionamos unos con otros, con el objetivo de unir las fuerzas de estos tres componentes fundamentales de la Salud Mental para mejorar el nivel de vida de las personas portadoras de trastornos psíquicos graves y de sus familias. Pero creemos que es igualmente importante lograr que los operadores se sientan "sujetos" dentro de su propio servicio, de su DSM, de su propia Asl.

Pensamos que es posible modificar las instituciones en beneficio de quien trabaja en su interior, con el fin de que quien forma parte de ellas no siga pensando en las instituciones como "dragones invencibles" de los que solo se puede ser maltratado/masacrado.

Las instituciones pueden tener un carácter u otro: pueden ser concebidas para gestionar un poder por parte de pocos frente a muchos, o pueden ser vividas en primera persona, a través de mecanismos de funcionamiento democráticos, que sean capaces de garantizar a todos los que forman parte de él que tienen voz en lo que hay que decidir.

BIBLIOGRAFÍA

- ANPAL (2023). *Informe Italiano de Referenciación de las calificaciones al Marco Europeo EQF*, Ministerio de Trabajo, Colección Biblioteca Anpal n.25.
- ARGYRIS C. & SCHOON D.A. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*, Reading, Addison Wesley.
- ASEN, E. & Scholz, M. (2010). *Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques*, London, Routledge.
- BANDURA, A. (1982). "Self-efficacy mechanism in human agency" in *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- BANDURA, A. (1986). "The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory" in *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4: 3, 359-373. doi:10.1521/jscp.1986.4.3.359.
- BANDURA, A. (2008). "Toward an agentic theory of the self" in H. Marsh, R. G. Craven & D. M. McInerney (Eds) *Advances in Self Research*, Vol. 3: Self-processes, learning, and enabling human potential. Charlotte, NC, Information Age Publishing.
- BATSON, D., EARLY, S. & SALVARANI, G. (1997). "Perspective Taking: Imagining How Another Feels Versus Imagining How You Would Feel" in *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 751-758.
- BIALIK, M. & FADEL, C. (2015). *Competences for the 21st Century: What Should Students Learn?* Boston, Centre for Curriculum Redesign.
- BION, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*, London, Tavistock Publications.
- BÖCKLER, A., HERRMANN, L., TRAUTWEIN, F. M., HOLMES, T. & SINGER, T. (2017). "Know Thy Selves: Learning to Understand Oneself Increases the Ability to Understand Others", in *Journal of Cognitive Enhancement*, 1, 197-209.
- BOYATZIS, R., GOLEMAN, D. & MCKEE, A. (2002). *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*, Boston, Harvard Business School Press.
- BOYATZIS, R.E., GOLEMAN, D. & HAY ACQUISITION (2001/2007). *Emotional and Social Competency Inventory (ESCI)*, Boston, MA, The Hay Group.
- BRUNELLO, G. & SCHLOTTER, M. (2011). *Non-Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in Education and Training Systems*, IZA DP No. 5743, Bonn, Institute for the Study of Labour.
- CAENA, F. (2019). *Developing a European Framework for the Personal, Social & Learning to Learn Key Competence (LifeComp). Literature review and analysis of frameworks* (EUR 29855 EN), Publications Office of the European Union.
- CAENA, F. (2019). *LifeComp Key Competence Framework. Personal, Social, Learning to Learn, Scoping Paper*, Joint Research Centre, European Commission.
- Cambridge Framework of Life Competencies. Introductory Guide for teachers and Educational Managers*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CARE, E. & LUO, R. (2016). *Assessment of Transversal Competencies. Policy and Practice in the Asia-Pacific Region*, Bangkok, Unesco.

- CEFAI, C., BARTOLO, P., CAVIONI, V. & DOWNES, P. (2018). *Strengthening social and emotional education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence: analytical report*, European Commission, Neset II.
- CIBORRA C. & LANZARA G.F. (1988). "Los laberintos de la innovación, routines organizacionales y contextos formativos", en *Estudios Organizativos*, XIX, n. 2 pp 113-134.
- DEMETRIOU, A. (2014). "Learning to learn, know and reason", in STRINGHER, C. DEAKIN, R. & KAI REN, K. (Ed.), *Learning to Learn: International perspectives from theory and practice*, 41-66, New York, Routledge.
- EFKLIDES, A. (2006). "Metacognition and affect: what can metacognitive experiences tell us about the learning process?", in *Educational Research Review*, 1, 3-14.
- EUROPEAN COMMISSION (2011) *Non Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in E&T Systems*, Analytical Report for the European Commission prepared by the European Expert Network on Economics of Education (Eenee).
- EUROPEAN UNION (2010) *New Competences for New Jobs: Action Now A report by the Expert Group* prepared for the European Commission.
- EVARD, G. & BERGSTEIN, R. (2016). *A Competence Model for Youth Workers to Work Internationally*. Bonn, SALTO Training and Cooperation.
- FISHER, R., MARITZ, A. & LOBO, A. (2016). "Does Individual Resilience Influence Entrepreneurial Success?," in *Academy of Entrepreneurship Journal*, 22:2, 39-53.
- FRANÇA DE SOUSA (2013). "Seminário Joao dos Santos: Na consulta de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria" in <https://joaodossantos.net/contributos/seminario-joao-dos-santos-na-consulta-de-psiquiatria-do-hospital-de-santa-maria/>
- GARCÍA BADARACCO J. (1986). "Identification and its vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the 'maddening object'", in *The International Journal of Psycho-Analysis*, 67:133-146. 37.
- GARCÍA BADARACCO, J. (1990). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*, Madrid, Tecnipublicaciones.
- GARCÍA BADARACCO J. (1997) *La Comunidad Psicoterapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*, Milán, Franco Angeli.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar, los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psychanalyse multifamiliale: Les autres en nous et la découverte du vrai soi-même*, Paris, Editions in Press.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000) *Psicoanálisis Multifamiliar*, Turín, Bollati Boringhieri 2004.
- GARCÍA BADARACCO J.G. & NARRACCI A. (2011) *El Psicoanálisis Multifamiliar en Italia*, Turín, Antigone Edizioni.
- GARCÍA BADARACCO J. (2018). *Selección de Trabajos, tres volúmenes*. Comp. Maria Elisa Mitre. Buenos Aires, Editorial Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Antigua.

- GARDNER, H. (1983). *Frames of Mind, The Theory of Multiples Intelligences*, New York, Basic Books.
- GODINHO, P., DIAS, M. J. & MATOS, M. (2004), "Multifamily Groups at a Day Hospital. A two- years' experience", in Third European Conference of Psychoanalytic Group Psychotherapy "The Individual and the Group", Bridging the Gap, Ispa, Lisboa, 7-10 oct.
- GODINHO, P. CENTENO, M. J., FIALHO, T. & NETO, I. (2012). "El grupo multifamiliar y el síndrome de las puertas abiertas: del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa", en *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 1(2) 123-136.
- GODINHO, P. (2016). "Personalidades y Parentalidades. Contribuciones al enfoque de necesidades específicas de intervención en Psiquiatría y Salud Mental" in Rotenberg, E. (comp), Marucco, N. & Mitre M.E., *Padres e hijos... el poder de enfermar al otro. Curar desde la vivencia*, pp. 161-192, CABA, Lugar Editorial.
- GODINHO, P.(2020). "El descubrimiento de García Badaracco: de la Psiquiatría a la Historia del Futuro", 289-299, in Mitre, M. E. *Diez años después: homenaje a Badaracco.1*, ed. CABA : Ditem.
- GOLEMAN, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, New York, NY Bantam Books.
- GUSTEIN, A. J. & SVIOKLA, G. (2018). "7 Competences that aren't about to be automated" in *Harvard Business Review*, July 7, 2018.
- HANSEN, T. (2013). *The Generalist Approach to Conflict Resolution*. Plymouth, Lexington.
- ISFOL, FELIZ, A. & D'AGOSTINO L. (por) (2013). *Las competencias transversales en los equipos de salud mental*, Roma, [isfol](https://isfoloia.isfol.it/xmlui/handle/123456789/1403), <https://isfoloia.isfol.it/xmlui/handle/123456789/1403> >
- JONES, M. (1953). *The Therapeutic Community*, New York, Basic Books.
- KIRSCHNER, P., KIRSCHNER, F., SWEKLLER, J. & ZAMBRANO R. J. (2018). "From Cognitive Load Theory to Collaborative Cognitive Load Theory" in *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning*, 13:2, 213-233.
- LANZARA G.F. (1993). *Capacidad negativa: competencia proyectual y modelos de intervención en las organizaciones*, Bolonia, el Molino.
- LE BOTERF, G. (1990). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1997). *Compétence et navigation professionnelle*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1998). *L'ingénieries des compétences*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (2002). "De quel concept de compétences avons-nous besoin?", in *Soins Cadre* n.41, 20-22.
- LE BOTERF, G. (2008). *Construir habilidades individuales y colectivas*, Nápoles, Guía.
- LUCAS, R. (2009). *The Psychotic Wavelength A Psychoanalytic Perspective for Psychiatry*, London, Routledge.
- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). "Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. Group Analysis", 43(1), 50-64. doi:10.1177/0533316409357133. Jane Abercrombie Prize.

- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). "Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part II. GroupAnalysis", 43(2), 107-126. doi:10.1177/0533316410364727. Jane Abercrombie Prize.
- MARTINDALE, B.V. (2008). "The rehabilitation of psychoanalysis and the family in psychosis: Recovering from blaming" in Gleeson J.F.M., Killackey, E. & Krstev, H. (eds.), *Psychotherapies for the Psychoses*, London and New York, Routledge.
- MASCARÓ MASRI, N. (2006). "La constitución de un GMF en una institución pública", in *Rev. Avances en Salud Mental Relacional*, Vol. 5, n. 2.
- McCLELLAND, D.C. (1973). "Testing for competence rather than intelligence", in *American Psychologist Association*
- McCLELLAND, D.C. (1998). "Identifying competencies with behavioral event interviews", in *Sage Journals*.
- MITRE, M.E. (2021). *Las voces del silencio*, Roma, Giovanni Fioriti Editore.
- NARRACCI, A. (2008). "Mi experiencia con el grupo multifamiliar", en *Interacciones*, 1: 51-73.
- NARRACCI, A. RUSSO, F., ANTONUCCI, A. & MAONE, A. (2015). *Psicoanálisis multifamiliar como esperanto*, Turín, Antigone Ediciones.
- NARRACCI, A. por (2021). *De objeto de intervención a sujeto de su propia transformación*, Milán, Bruno Mondadori.
- OECD (2018a). "Future of Education and Competences: Conceptual Learning Framework. Draft concept note on construct analysis. Working Document for 8th Informal Working Group meeting", Paris, 29-31 October 2018.
- OECD (2019b). *OECD Future of Education and Competences 2030. Conceptual Learning Framework. Concept Note: Transformative Competencies for 2030*, Paris OECD.
- Psychological Science*, Vol. 9, 331-9.
- Psychologist*, Vol. 28 No. 1, 1-40.
- RAWSON, M. (2000). "Learning to Learn: More than a competence set. Studies in Higher Education", 25(2), 225-238.
- UNESCO (2013). *Intercultural Competences. Conceptual and Operational Framework*, Paris.
- UNESCO (2015b). *Transversal Competencies in Education Policy and Practice (Phase I). Asia-Pacific Education*.
- VAN BOUWEL, J. (2009). "Guilt as a reparative motor". Personal communication on ISPS congress in Copenhagen, Juin 2009.
- WIERSEMA, J. A., LICKLIDER, B., THOMPSON, J. R., HENDRICH, S., HAYNES, C. & THOMPSON, K. (2015). "Mindset about Intelligence and Meaningful and Mindful Effort: It's Not My Hardest Class Any More!" in *Learning Communities Research and Practice*, 3(2), 1-17.