



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 23 – Invierno 2019

LOS GRUPOS MULTIFAMILIARES

Massimo De Berardinis¹

Primera parte: desde agrupamiento hacia grupo

En el informe que estoy por exponer haré uso de nociones bien conocidas en sus aplicaciones al psicoanálisis de los grupos y otras, tal vez menos conocidas, pero igualmente útiles para entender la compleja fenomenología clínica de los grupos multifamiliares.

En premisa quiero recordar que las transformaciones del ámbito institucional pueden ejercer efectos, sobre los ámbitos familiares e individuales, mucho más grandes respecto a aquéllos que las transformaciones de estos últimos pueden ejercer sobre el ámbito institucional.

Quiero también recordar cómo la cultura académica nos ha propuesto repetidamente la idea de que los sujetos nacen aislados y que sólo posteriormente se reúnen para formar grupos; por el contrario, la Concepción Operativa nos ha demostrado que el ser humano, antes de volverse sujeto, “*pertenece*” a un grupo, es más, en el estado de indiscriminación, que precede la distinción entre yo y no yo, así como lo describió icónicamente Bleger, *él es el grupo!*.

En esta óptica la institución familiar constituye al inicio de la vida psíquica del sujeto, y en mayor o menor medida también posteriormente, el receptáculo de las partes más inmaduras y menos discriminadas de sus miembros.

¹ Massimo De Berardinis es Psiquiatra, Psicoterapeuta de grupo, docente de la Scuola J. Bleger di Rimini. Director del Área Salud Mental Adultos y de la Unidad Operativa de Psiquiatría de la Azienda Sanitaria Toscana Centro.

Es también oportuno tener en cuenta que en los grupos primarios todos los componentes tienden a funcionar como depositarios para cada uno de los otros, asumiendo y actuando, en manera complementaria, los roles depositados.

Por lo tanto, cuando estos grupos atraviesan fases de inestabilidad, el miembro que se ha hecho mayormente cargo de las ansiedades y de los conflictos familiares puede ver caer sus propias defensas y volverse el depositario del rol de enfermo (el llamado chivo expiatorio). Los grupos primarios que nos son enviados para el tratamiento multifamiliar presentan todos, en medida más o menos pronunciada, estos tipos de problemas.

Ahora, antes de entrar en otras consideraciones, quisiera ilustrar brevemente las modalidades de comportamiento que los integrantes de estos grupos tienden a asumir en la ocasión de los primeros grupos multifamiliares.

Si bien las familias son enviadas con la indicación al tratamiento de todo el grupo, no obstante eso, ya desde el primer encuentro de contratación, podemos observar cómo los miembros “sanos” intentan siempre una redefinición del envío, tratando de aparecer como acompañadores de los “enfermos” y se comportan como ciertos padres con los hijos un poco agitados en los primeros días del jardín de infantes!

Ellos hablan de frente a sus parientes como si no estuvieran presentes o no entendieran... guiñan el ojo al médico... y tratan, de todas maneras, de hacer entender que los enfermos no son ellos mismos sino “aquellos”.

Es interesante notar cómo los enfermos aceptan pasivamente este rol, dejándose tratar, sin reaccionar, como si fueran “niños un poco tontos”.

Cuando la situación se presenta desde el principio con aspectos fuertemente resistenciales, puede ser oportuno evitar inútiles contraposiciones y devolver las familias a los derivantes para una redefinición de la indicación al tratamiento.

Pero también cuando la fase de contratación ha concluido, por lo menos sobre el plano manifiesto, con la definición de la tarea de trabajar sobre las dificultades con las que, en varias maneras, todos los miembros de las familias se enfrentan en esa fase de sus vidas, la situación de resistencia tiende igualmente a reaparecer, si bien con características diferentes.

Inicialmente las familias se disponen en círculo sin mezclarse entre ellas, no obstante eso, cada grupo, tiende rápidamente a dividirse en dos subgrupos: el de los sanos y el de los enfermos.

Usualmente los primeros en hablar son los miembros sanos iniciando la descripción de las “faltas” de las cuales serían “culpables” los miembros enfermos, los esfuerzos cumplidos, los tratamientos inútilmente intentados, el sentimiento de impotencia que los aflige... para después concluir, con el pedido ritual, de “hacer algo para sanarlos”.

Después de estas “presentaciones” iniciales, la “geografía” del grupo sufre remodelaciones caracterizadas por los movimientos de los miembros sanos que, bajo la presión de una necesidad de “solidaridad”, se mueven para constituir pequeños subgrupos, de dos o tres personas, muy activos en la demostración de comprensión emocional mutua; los enfermos, en cambio, tienden a quedarse anclados en sus lugares, al lado de las figuras familiares más protectoras.

Enseguida se asiste también al hecho de que las hermanas y hermanos de los pacientes designados den vida a un ulterior subgrupo, espacialmente disperso, pero reconocible por el carácter común del tono polémico y de reclamo hacia el servicio de salud mental, el servicio sanitario, el gobierno... el mundo entero... considerados “responsables” de no haber hecho y de no hacer lo suficiente por sus parientes.

Durante un cierto tiempo la dinámica dentro del grupo permanece centrada sobre la división entre sanos y enfermos y cada momento es bueno para que los miembros sanos vuelvan a estigmatizar el comportamiento de los enfermos “... *el mío hace así ... ¿también el suyo? ... piense que una vez... supiera usted... pero no!... en serio?... igual que el mío!... doctor, cómo se puede hacer?... etcétera, etcétera.*

El subgrupo “depositado”, el de los pacientes, generalmente se queda silencioso, deja decir, cuando mucho, a través de la exhibición de marcados síntomas psicopatológicos, provee, paradójicamente, a confirmar la división entre sanos y enfermos.

Lo que he apenas descrito es un ejemplo de cómo el grupo se puede detener en fase de pre-tarea y nos hace ver cómo todos los integrantes expresan su resistencia a entrar en la fase de tarea... en este caso... aferrándose, como pueden, a sus roles históricos!

En estas circunstancias la función del coordinador estará esencialmente dirigida a reforzar el setting y a señalar e interpretar las ansiedades de base que dificultan la entrada del grupo en la fase de tarea.

El regreso a la fase de pre-tarea tenderá a presentarse nuevamente todas las veces que el grupo se enfrente a un cambio; si la coordinación lograra no ceder ni a la actitud seductora de los sanos ni a la solicitud de dependencia de los enfermos, el grupo avanzará en el difícil camino de la atención que, se espera, pueda favorecer el crecimiento de cada uno de sus miembros.

Todos los grupos, como dice Pichon-Rivière, describen un movimiento pendular, en espiral, que los lleva a oscilar entre las fases de pre-tarea y aquella de tarea.

La pre-tarea es, por excelencia, el momento en el cual emergen en mayor medida las resistencias al cambio; es la fase en la cual el grupo trata de enfrentar problemas nuevos con modalidades viejas.

La aparición de las ansiedades de base, paranoides, depresivas y confusionales, movilizadas por los temores de pérdida de las viejas referencias y de la amenaza de lo

nuevo, da lugar a mecanismos de defensa que tienen la finalidad de evadir las ansiedades y postergar la tarea, como, por ejemplo, hemos visto en las primeras fases de los grupos multifamiliares, cuando todos los integrantes resisten a lo nuevo a través del mantenimiento de sus viejos roles de sanos y de enfermos.

Es fundamental que en estos momentos el coordinador no haga suya la dificultad del grupo recurriendo al consuelo, o sea no confunda su propia tarea con la del grupo, porque, si así hiciera, terminaría por transformar el trabajo terapéutico en trabajo de apoyo.

¿Pero qué diferencia existe entre los grupos multifamiliares y los otros tipos de grupos?

- En la terapia llamada individual, la relación terapéutica se caracteriza por el encuentro entre dos cuerpos y por el aparecer, en el espacio terapéutico, de múltiples “personajes” que pueblan el grupo interno del paciente y el grupo interno del terapeuta.

En este “particular tipo de grupo” el análisis de la transferencia y de la contratransferencia constituye el eje portante del trabajo terapéutico.

- En los grupos operativos (grupos secundarios, donde son los sujetos quienes constituyen el grupo) los cuerpos son numerosos y aún más los personajes de los grupos internos que llenan las sesiones. Aquí el análisis de la transferencia individual está subordinado al análisis de la relación grupo - tarea. Los procesos de proyección - introyección y de adjudicación - asunción o rechazo de los roles, constituyen el “multiplicador terapéutico” gracias al cual es posible llegar, a nivel individual, a la redefinición de los modelos relacionales primarios internalizados.
- En la terapia de los grupos familiares (o sea de los grupos primarios, donde es el grupo el que constituye a los sujetos y no a la inversa) es necesario, antes que nada, tener presente que el paciente es el portavoz, el emergente de la enfermedad familiar; por lo tanto el tratamiento estará principalmente dirigido a la ruptura del estereotipo de la adjudicación y de la asunción del “rol de enfermo”; entonces procederemos a la individuación y a la elaboración del núcleo depresivo de base; de hecho, es de aquí que se derivan todas las estructuraciones patológicas que nos hablan del fracaso de los intentos realizados para elaborarlo. Finalmente nos ocuparemos de la prevención del repetirse del estado de enfermedad familiar, favoreciendo la readaptación de las estructuras individuales y grupales.
- Los llamados grupos multifamiliares de los que tratamos en este trabajo, están constituidos, en cambio, por un conjunto de subgrupos estructurados (pero no cualquiera ya que se trata de grupos primarios) que da vida a un fenómeno muy particular, que podría definirse de “oscilación dinámica” entre la posibilidad de transformarse en un grupo de individuos discriminados y diferenciados y la posibilidad de quedarse en la dimensión de un “agrupamiento de grupos primarios”.

Sabemos ya que la estructura institucional de los grupos primarios desarrolla la función de contener, acoger y bloquear las partes indiscriminadas de la personalidad de sus miembros y que cada modificación de esa estructura puede liberar la angustia en ella depositada; y también que en ausencia de alternativas, la ansiedad toma la dirección del síntoma.

No obstante, nuestra expectativa de tratamiento es justamente aquella de ver modificada la estereotipia de los vínculos familiares; o sea que el trabajo terapéutico pudiera determinar un aflojamiento de la rigidez de los *“instituidos familiares”* favoreciendo nuevos posibles *“instituyentes”*.

¿Cómo podemos trabajar, entonces, para que la activación no ocasional de la potente máquina institucional pueda producir transformaciones sin determinar *“terremotos catastróficos”* en los integrantes del grupo?

En mi experiencia, he podido constatar que para conseguir este objetivo es necesario que se produzca un *“trasvase”* al grupo multifamiliar de la función institucional inicialmente asumida por los grupos primarios; para que esta operación se realice hace falta que el grupo multifamiliar asuma *“carácter institucional”* a través de la adopción y mantenimiento de un setting definido.

La demostración del hecho que el trasvase haya acontecido se volverá evidente a la coordinación a través de la observación de un aumento de los intentos, por parte de los integrantes, de tomar distancia de los grupos primarios en busca de una mayor autonomía. Por otra parte, el favorable ingreso en la fase de tarea, vuelto posible por el setting y por el trabajo interpretativo de la coordinación, se podrá notar por el manifestarse de una posición depresiva relacionada con la pérdida de la dependencia del grupo familiar, como así también por la atenuación de la posición paranoica frente a la amenaza de lo nuevo.

A partir de este momento la tarea del grupo será aquella de enfrentar y elaborar las ansiedades que derivan de la ruptura del estereotipo, de la transformación de los vínculos con los grupos primarios, del proceder desde la indiscriminación hacia la discriminación... finalmente... *del paso de agrupamiento de grupos a grupo de integrantes.*

En el trabajo de señalamiento y de interpretación, que entrará en juego cada vez que aparezca un obstáculo en el camino hacia la tarea, se pondrá una particular atención a dos aspectos fundamentales:

- Al ya recordado va y viene de agrupamiento a grupo y viceversa (oscilación pre tarea - tarea).
- A los fenómenos transferenciales que afectan a la coordinación, a los integrantes, a la tarea y al exogrupo.

Si del primer punto ya he hablado, el segundo merece aún alguna puntualización.

Partiendo de la teoría de las relaciones de objeto veamos cómo estas relaciones, una vez interiorizadas, son después organizadas (en función de las modalidades con las cuales las experimenta emocionalmente el yo del sujeto en vías de desarrollo), en forma de representaciones del mundo externo. Estas representaciones no reproducen nunca el mundo de las relaciones reales (o sea no son una copia fiel del mundo externo) no obstante que con los años, bajo el efecto de la evolución del yo y de las sucesivas relaciones de objeto, sean repetidamente retocadas en la dirección de una mayor aproximación a la realidad.

A diferencia de la Teoría de las Relaciones de Objeto que se ocupa de las vicisitudes de los objetos internalizados, la Teoría del Vínculo, elaborada por Pichon-Rivière (que se funda sobre la idea de que el sujeto se produce en una praxis relacional y que no hay nada en él que no sea el resultado de la interacción entre individuo, grupo y sociedad), se ocupa ya sea del vínculo con la imagen del objeto interno como del vínculo con el objeto externo.

El vínculo interno, o sea la forma con la cual el yo se pone en relación con la representación del objeto internalizado, condiciona también la expresividad externa; por ende, según este modelo, la terapia psicoanalítica se configura a partir del tipo de relación que el paciente establece con el terapeuta; la naturaleza transferencial de esta relación, de hecho, permite indagar a cerca del vínculo que el paciente mantiene con sus objetos internos.

Pichon-Rivière dice que la experiencia terapéutica implica la “*confrontación*”, o sea que, en la medida en la cual el paciente, en función de los vínculos internalizados, asignará al terapeuta diferentes roles, se volverá manifiesta su “*distorsión*” en la lectura de la realidad. Es de fundamental importancia en la dimensión terapéutica que los roles asignados no sean actuados sino “*traducidos*” (interpretados) en una conceptualización o hipótesis sobre lo acontecido inconsciente del enfermo, a los efectos de cooperar con él en la modificación de sus percepciones del mundo y en la búsqueda de nuevas formas de adaptación activa a la realidad.

En el trabajo de grupo la acción interpretativa explicita los emergentes expresados a través del portavoz (verticalidad), en relación con todos los miembros (horizontalidad), en el aquí y ahora con el coordinador, en relación a la tarea.

En los grupos multifamiliares, como en los grupos operativos, como consecuencia de las transferencias múltiples, que implican procesos de adjudicación y asunción o rechazo de roles, esta función interpretativa (de confrontación) no es asumida solamente por el coordinador, sino también por todo el grupo, con aumento exponencial de las potencialidades terapéuticas.

Segunda parte: grupos terapéuticos y grupos de apoyo

Lamentablemente, en nuestro territorio, las psicoterapias multifamiliares son casi del todo desconocidas y por lo tanto no hay pedidos espontáneos de parte de pacientes y familiares.

Esto significa que los servicios tienen que promover una oferta que favorezca el emerger de un pedido de tratamiento orientado en esta dirección.

Por eso, en mi experiencia, procedo preliminarmente a invitar a seis o siete grupos familiares por vez, con la finalidad manifiesta de discutir de las propuestas terapéuticas del Servicio y, específicamente, de la propuesta de terapia multifamiliar; obviamente estas son familias que tienen al menos un miembro en tratamiento en el Servicio de Salud Mental.

El encuadre consta de tres encuentros, a distancia breve (generalmente cada semana o quince días), que duran dos horas cada uno.

En el primer encuentro son presentados los temas objeto de discusión y el coordinador, ayudado por uno o dos observadores *“silenciosos”*, presenta la coordinación y define el setting de trabajo.

Esto permite caracterizar el breve recorrido ya sea como momento informativo que como momento experiencial. Generalmente ya a partir de estos primeros encuentros se puede notar cómo los familiares tiendan a presentarse como... *“nosotros somos los padres de Fulano... yo soy la mujer de Mengano... nosotras somos las hijas de Juan...”* donde Fulano, Mengano y Juan, obviamente, son los pacientes...

O sea, los integrantes no se presentan como sí mismos, sino *“en función”* del grupo familiar de pertenencia y de la relación que tienen con el *“paciente designado”*, dejando entrever, ya desde el principio, aquella trama vincular que caracteriza los grupos primarios y que será objeto del trabajo terapéutico multifamiliar.

Al final de las tres reuniones las familias interesadas pueden *“inscribirse”* para la participación en un grupo terapéutico multifamiliar.

Otra forma a través de la cual es posible crear grupos multifamiliares es representada por el envío de familias por los operadores del Servicio.

¿Pero cómo son elegidas estas familias?

En los servicios donde yo he trabajado, los candidatos al tratamiento multifamiliar son representados sobre todo por aquellos grupos familiares cuyo pariente es un enfermo que *“no mejora”*, que *“desilusiona”* y *“hace desesperar a los terapeutas”*... no raramente induciendo en estos últimos inconscientes acting-out contrartransferenciales.

Como sucede frecuentemente en las instituciones sanitarias, el “nuevo” tratamiento no está reservado a los casos que podrían beneficiarse en mayor medida, sino a los casos en los cuales ya se ha *intentado todo... pero... sin ningún resultado!*

Son posibles dos tipos de derivaciones: el primero se caracteriza por una asunción del tratamiento “*en todo sentido*”, que incluye también el aspecto psicofarmacológico; el segundo supone que el paciente mantenga un espacio terapéutico individual (casi siempre de tipo psicofarmacológico) paralelo al grupo multifamiliar.

Con estas familias (invitadas o derivadas) se constituyen agrupamientos de veinte o veinticinco miembros que son después convocados para la definición del contrato terapéutico.

La fase de contratación puede requerir uno o más encuentros y sirve para definir el setting de trabajo.

Espacio - tiempo: donde tendrán lugar los encuentros, cuánto duran (generalmente dos horas), cada cuánto (semanalmente o cada quince días) y por cuánto tiempo (un año y medio o dos).

Roles: presentación de la coordinación (generalmente dos o tres operadores con roles definidos de coordinador, co-coordinador, observador) y de los integrantes del grupo.

Tarea: Articulada en varias formas pero substancialmente centrada en la mejora del estado de bienestar de todo el grupo.

Es importante subrayar cómo el contrato terapéutico sea estipulado en grupo, con cada uno de los integrantes y no con las “*entidades*” familiares.

Los grupos así constituidos tienden a asumir rápidamente una configuración parecida a un resonador que reverbera, a veces en manera “*contundente*”, transferencias, contratransferencias, introyecciones y proyecciones múltiples.

En este “*espacio*”, muy particular, con la ayuda del coordinador, el grupo hace sus primeros pasos partiendo de la situación presente (¿qué cosa los trajo aquí?) para dirigirse hacia el pasado (¿qué les pasó?) y desde aquí hacia el futuro (¿cómo piensan hacer frente a lo que los angustia?); después nuevamente al presente... de nuevo al pasado... de nuevo al futuro...

En este ir y venir el grupo “*cuenta*” sus historias donde los integrantes “*juegan*” repetidamente sus roles familiares... roles estereotipados... identidades sustitutas... consustanciales a la estructura institucional de los grupos primarios.

Con el avanzar de las reuniones las estructuras familiares, inicialmente rígidas y cerradas, empiezan a hacerse un poco más flexibles, permeables y a remodelarse.

Como en una gran representación teatral, el grupo se pone en escena... los actores (pacientes, familiares y terapeutas) inicialmente encarnan el pasado... después de un tiempo se acercan al presente y al fin... lentamente... se abren al futuro; por toda la duración del grupo estereotipia de los vínculos y posibilidad de cambio coexisten e interactúan dinámicamente entre sí, dando vida, para todos, a un proceso de posible transformación terapéutica.

Para profundizar ahora la reflexión acerca del funcionamiento de los grupos multifamiliares volveré a la dimensión institucional; estos grupos están de hecho caracterizados por la especificidad de ser espacios de coexistencia e interacción entre diferentes estructuraciones institucionales:

- Aquella de los grupos primarios (las familias) que se expresa a través de una verdadera *“dramatización viviente”* de los vínculos institucionales históricamente determinados.
- Aquella de los grupos internos (individuales) expresada por los miembros de los grupos familiares, a través de la *“actualización transferencial del modelo primario internalizado”*.
- Aquella del grupo multifamiliar, *“grupo de grupos”*, nuevo contenedor de las partes inmaduras de la personalidad de todos los integrantes; aquí llamado para representar, a través del setting, la condición de invariancia o no proceso, necesaria para permitir el desarrollo del proceso terapéutico.

A estos tres niveles habría que agregar, por lo menos, un cuarto, constituido por la institución sanitaria que, en esta ocasión, dejaremos en segundo plano.

De la interacción entre estas estructuras partirán procesos diferentes que podrán converger en manera terapéuticamente sinérgica o no.

En mi experiencia he podido verificar que al avance de estos procesos no resulta indiferente el tipo de actitud teórica y técnica que lleva adelante la coordinación.

Ofrezco algunos breves ejemplos al respecto.

Si el señor Fulano, padre del paciente Mengano, se relaciona, en el grupo multifamiliar, de manera predominante o exclusiva en función de su rol paterno y nosotros, trabajando con él, aceptamos y avalamos este *“status”*, de hecho, estamos interviniendo con la estructura de los grupos primarios (vínculo externo) y no con el grupo multifamiliar.

Así, si nuestra atención se dirige sobre todo al análisis de la transferencia de los miembros individuales, esto nos llevará a trabajar con la estructura de los grupos internos (vínculo interno) de los integrantes individuales (como si fuera una terapia *“rotatoria individual”* en grupo) y no con el grupo multifamiliar.

Si en cambio nos acercamos al grupo multifamiliar, colocando “entre paréntesis” la estructura de los grupos familiares y la de los grupos internos individuales, focalizando nuestra atención sobre todo en la relación grupo – tarea (o sea en ayudar a los integrantes a enfrentar los obstáculos que dificultan el logro de la tarea), nuestro trabajo favorecerá, de inmediato, el proceso de transformación de agrupamiento a grupo, es decir, el pasaje de la fase de pre tarea a la fase de tarea; esto determinará una acción transformadora contemporánea y sinérgica sobre las estructuras de los grupos familiares y de los grupos internos individuales.

Ya que estas consideraciones se fundan directamente sobre mis experiencias clínicas es necesario que las relate brevemente. Tengo que volver muchos años atrás, más de treinta, a cuando empecé a trasladar, a la práctica de consultorio, mis conocimientos sobre los grupos multifamiliares; conocimientos adquiridos sobre todo en situaciones agudas, o sea, con familias de pacientes hospitalizados en la sala de psiquiatría del policlínico universitario de Módena.

En esa fase mi estilo de coordinación, o mejor de conducción, era muy “experimental”; no obstante esto, las cosas procedían, al menos al principio, de manera bastante positiva y todos los integrantes parecían sacar beneficio de la experiencia ... *cosa que retardó no poco mi comprensión de los fenómenos que sucedían al interno de los grupos multifamiliares ...*

Los problemas comenzaron a volverse evidentes solo más tarde... cuando se acercaba el momento del cierre de los grupos.

Sucedía de hecho que con el aproximarse del final de los contratos terapéuticos, las estructuras institucionales originarias (internas y externas) retomaban fuerza.

Los pacientes hacían regresiones exageradas, volviendo a asumir las modalidades relacionales y sintomáticas precedentes a la entrada en el grupo.
... parecía asistir al rebobinarse de la cinta de una película!

La situación era paradójica... el trabajo con los grupos multifamiliares producía mejoras rápidas y evidentes... pero para mantenerlos parecía que los grupos *no hubieran debido terminar nunca...*

Hice otros intentos con resultados inciertos... hasta que la reflexión clínica y sobre todo la formación en la Concepción Operativa de Grupo, me dieron los instrumentos para salir de esa situación de “grupo-prótesis”, que, por otra parte, gozaba de mi involuntario apoyo.

Para explicar mejor lo que había pasado en ese momento voy a describir algunos de los errores que contribuyeron en mayor medida:

- Concentraba la atención casi exclusivamente sobre el funcionamiento de los integrantes individuales y de los grupos familiares.
- Pensaba a los integrantes sobre todo desde el rol que ocupaban en la familia.
- No daba suficiente importancia a la definición del encuadre.
- Tendía a sobreponer el rol de coordinador con el de líder.
- Recurría, en los momentos de dificultad del grupo, a intervenciones que apuntaban a tranquilizar los ánimos.
- No diferenciaba suficientemente la tarea de coordinación respecto a la tarea del grupo.

Encarnando el rol de “líder bueno, potente y salvador” incentivaba la dependencia sobre mi persona y el grupo, sin lograr favorecer una posterior elaboración de la misma. Por otra parte el clima que se generaba daba lugar a repetidos fenómenos catárticos que parecían satisfacer, inmediatamente, las exigencias de los miembros, que luego no evolucionaban hacia cambios duraderos.

De esta manera el grupo se volvía un lugar donde se atenuaban las ansiedades, pero también donde se mantenían las estereotipias de funcionamiento familiar e individual. De hecho, favoreciendo la estabilización de los grupos en “fase de pre tarea” me había vuelto, de manera totalmente inconsciente, como dice Pichon-Rivière, en “el líder de la resistencia en vez del cambio”.

Esta condición de “cierto bienestar” conseguida por el grupo, necesitaba, para poderse mantener en el tiempo, una *grupalidad de apoyo*; es evidente, entonces, que el aproximarse al final del grupo, pusiese en discusión ese equilibrio haciendo retroceder los integrantes al “*statu quo*” previo.

Bibliografía

- Bauleo A.: “*Ideología, grupo e famiglia – contro istituzioni e gruppi*”. Ed. Feltrinelli, Milano, 1978.
- Bauleo A.: “*Psicoanálisis y Grupalidad*”. Ed. Paidòs, Buenos Aires, 1997.
- Bion W.R.: “*Esperienze nei gruppi*”. Ed. Armando, Roma, 1983.

- Bleger J.: *"Psicoigiene e Psicologia istituzionale"*. Ed. Libreria Editrice Lauretana, Loreto (AN), 1989.
- Canevaro A., Bonifazi S.: *"Il gruppo multifamiliare – un approccio esperienziale"*. Ed. Armando, Roma, 2011.
- Curci P., De Berardinis M., Pedrazzi F., Secchi C.: *"Il lavoro di gruppo in un reparto psichiatrico di breve degenza"*, in Gruppo e Psicosi, Atti del Convegno di Villa Poma. Amministrazione Provinciale di Mantova, 1988.
- De Berardinis M.: *"La relazione gruppo – compito in psicoanalisi operativa"*. Sito della Scuola J. Bleger – Rimini. www.bleger.org, 2008.
- De Berardinis M.: *"La funzione interpretativa nel gruppo multifamigliare"*, in INTERPRETAZIONE, Ed. Sensibili alle foglie, Roma, 2017.
- De Berardinis M.: *"Dispositivi gruppali e trasformazioni istituzionali all'interno di un reparto psichiatrico ospedaliero"*. Sito della Scuola J. Bleger - Rimini; www.bleger.org, 2019.
- Garcia Badaracco J.: *"Comunidad Terapeutica Psicoanalitica de Estructura Multifamiliar"*. Ed. Tecnipublicaciones, Madrid, 1989.
- Jaques E.: *"Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali"*. In M. Klein, P. Heimann, R. Money-Kyrle (a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*. Il Saggiatore, Milano, 1966.
- Kaes R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon R., Vidal J. P.: *"La institucion y las instituciones. Estudios psicoanaliticos"*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1996.
- Klein M.: *"Scritti, 1921 – 1958"*. Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2006.
- Mandelbaum E.: *"Teoria e pratica dei Gruppi Multifamigliari"*. Ed. Nicomp, Firenze, 2017.
- Pavlovsky E., Bouquet C.M., Moccio F.: *"Psicodrama – Cuando y por qué dramatizar"*. Ed. Busqueda, Buenos Aires, 1985.
- Pichon-Rivière E.: *"Il processo gruppale"*. Ed. Libreria Editrice Lauretana, Loreto (AN), 1985.
- Pichon-Rivière E.: *"Teoría del Vinculo"*. Ed. Nueva Vision, Buenos Aires, 1985.
- Segal H.: *"Introduzione all'opera di Melanie Klein"*. Ed. Martinelli, Firenze, 1975.