



## **AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES**

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 6 – Otoño Invierno 1998

### **La atención a pacientes psicóticos: Una mirada desde la concepción operativa de grupo**

*Dolores Lorenzo López (1)*

#### **Recorrido del esquema referencial**

Me gustaría poder compartir en estas páginas las reflexiones, dudas, e inquietudes que acompañan el trabajo que desde hace diez años vengo realizando en el Hospital de Día de Granada, atendiendo pacientes que padecen graves trastornos mentales.

Cuando en 1988 llegué a este Centro, en la maleta llevaba años de formación psicoanalítica, con una amplia especialización en el campo grupal e institucional. Pero apenas tenía experiencia en el trabajo psicoterapéutico con esta patología.

Al mirar hacia atrás, tomo conciencia de que ese bagaje de formación y experiencia fue un instrumento muy valioso, que me fue permitiendo en aquellos primeros momentos tener un lugar de observación de los acontecimientos que se iban generando en torno a la asistencia del "enfermo mental": los profesionales que intervienen, su relación con los pacientes, con las familias, con los lugares de internamiento, los nuevos programas de asistencia comunitaria, planes de rehabilitación, etc. Me topaba con una complejidad, y una maraña de relaciones, que era necesario descifrar y a su vez contemplar en ese breve encuentro con la locura. Me volvía a resituarme en el campo de lo grupal, en el de las interacciones y de las modalidades vinculares. Estaba, como diría A. Bauleo, en el campo de lo

---

<sup>1</sup> Dolores Lorenzo es psicóloga clínica y psicoterapeuta. Granada.

múltiple, donde todos los acontecimientos en torno a la atención de estos pacientes, se anudan dando nuevas significaciones (1).

La maleta estaba cargada de historia. Yo me sentía y me siento heredera de una historia científica, que en su andadura y desarrollo se topa con Pichon-Rivière. Es la vida del psicoanálisis visto por la mirada de alguien que como Pichon-Rivière, devuelve al sujeto su lugar en la historia social, política y en su historia subjetiva; le hace partícipe y protagonista de sus cambios, y lleva la práctica profesional al lugar de la praxis transformadora (2).

Golpea el campo psicopatológico, cuando sitúa la locura en el contexto familiar y social; el enfermo es ya el portavoz de una estructura familiar enferma; le rescata de su verticalidad y le abre una puerta, para poder acceder a ocupar otro rol en esa estructura familiar, que le permita un atisbo de libertad y desalienación. Con la noción de estereotipo, moviliza la concepción estática de la enfermedad.

Provoca a la enseñanza tradicional, cuando a través de su trabajo con los grupos operativos, señala que no hay conocimiento si no es a través de elaborar la experiencia. Con su noción de ECRO, rompe las barreras del conocimiento único, y nos muestra que el aprendizaje es una producción de conocimientos que tendrá que ir salvando los obstáculos emocionales que los encierra. Aprender a pensar y operativizar el pensamiento en la praxis.

Cuestiona las instituciones psiquiátricas, cuando, en la tan nombrada experiencia del Manicomio de las Mercedes (3), frente al abandono de los pacientes, una de sus primeras intervenciones clínicas fue dotar a los enfermeros de un espacio donde poder elaborar su larga experiencia y trabajar sobre las informaciones y conocimientos que les permitiera cambiar de rol, poder transmitir informaciones a los pacientes y familiares, acceder a un lugar donde sería posible el encuentro con el sujeto-enfermo y poder establecer así una relación de cuidados.

El contexto político y social que acompañaba a este acontecimiento y desarrollo teórico también está presente en esta historia y su herencia, el compromiso por un cambio político que rompiera con los modos dictatoriales tan presentes en la psiquiatría, psicología, servicios privados y públicos. No había ni hay, tiempo para la neutralidad, las ciencias se acompañan y sustentan en ideologías, se está en un lugar o en otro. El pensamiento dialéctico, el materialismo histórico amplía nuestro conocimiento acerca del sujeto y sus relaciones, permite una visión de su alienación en el sistema de producción; así la enfermedad, la salud y la subjetividad también se producen económicamente: "lo que está detrás de una conducta enferma es también un conflicto social" (4).

Han pasado muchos años, nuestro modelo se ha seguido desarrollando, está vivo y en permanente movimiento; siempre cercano a la acción, a la práctica clínica. Hay innumerables experiencias de intervenciones en el campo de la enseñanza, de la clínica, de las instituciones, muchas de ellas recogidas en diversas publicaciones, revistas (5), libros y muchas otras que no acceden a la escritura. Aquellos primeros planteamientos y toma de posición de Pichon-Rivière con la salud y la enfermedad, hoy siguen estando presentes en las nuevas conceptualizaciones.

Armando Bauleo sostiene en conferencias, artículos, seminarios y publicaciones, la necesidad de que nuestro modelo, la Concepción Operativa de Grupo, sea un instrumento para y desde la acción. Su compromiso con la práctica clínica queda reflejado en sus desarrollos teóricos (6).

En 1990, A. Bauleo publica (junto a otros compañeros) el trabajo sobre lo que se ha venido en llamar "los corredores terapéuticos y las primeras entrevistas grupales", tras varios años de ponerlos en práctica en un equipo de salud mental (7). De igual modo se adentra en pensar y elaborar lo que actualmente representa la asistencia terapéutica en los servicios públicos: nuevas definiciones de salud comunitaria, los efectos de la organización de los servicios, una nueva noción de clínica a partir del análisis de la demanda, el dispositivo grupal para la investigación clínica (8), los grupos de postcrisis, la contratransferencia institucional, etc. (9).

De este modo hoy, de la técnica de grupo operativo de Pichon-Rivière, pasamos a hablar de la Concepción Operativa de Grupo. Nociones como lo múltiple, la grupalidad, reajustes en la noción de tarea, regresión, setting... el trabajo sobre la subjetividad, contratransferencia, son algunos de los movimientos conceptuales que se han ido desarrollando.

Otra aportación ha sido la realizada por Bleger. Él nos permitió estar más cerca de entender los efectos del setting y los vericuetos que circulan en el aprendizaje, en ese artículo tan central sobre "los grupos operativos en la enseñanza" (10), o su "teoría de los ámbitos" (11). Y su conjunto conceptual en torno a la simbiosis y ambigüedad (12).

En este breve viaje que realizo por nuestra historia, hay muchos autores, que han sido y son compañeros en esta andadura.

La noción de continente de Bion (13), el objeto transicional y el holding de Winnicott (14), el trabajo sobre la contratransferencia de Searles (15), el obstáculo epistemológico de Bachelard (16), el método de la abducción de Pierce (17), arqueología del saber de Foucault (18), el análisis institucional de Lourau (19), etc.

Estas corrientes teóricas nos han aportado conceptualizaciones, interrogantes y saberes que nos permiten ampliar y crear nuevos focos para comprender lo grupal.

Aquella maleta que dije al inicio de este artículo, no estaba completa, fue creciendo en mi trabajo con los psicóticos, ampliándose mi esquema referencial. Afortunadamente, el proceso de aprendizaje no lo doy por terminado.

Iniciaba una nueva andadura profesional, con un esquema referencial que me permitía situarme en una posición que hacía posible un encuentro con la locura, e integrar en esa comprensión su contexto: el Hospital de Día, la Institución Pública. Todo ello, en base a dicho esquema referencial, hacía posible que me planteara una serie de interrogantes:

¿Cómo pensar y escuchar al psicótico, si no es teniendo en cuenta su rol dentro de la estructura familiar?

¿Cómo no saber que cuando están en el proceso terapéutico, los síntomas tienen una significación en el vínculo con el terapeuta?

¿Cómo no plantearse y estar alerta ante la tendencia a cronificar a estos sujetos, fomentando su dependencia institucional?

¿Cómo no mirar el entramado de relaciones que se juega en cada encuentro, la familia, el paciente, el equipo, los internamientos?

¿Cómo no prestar atención a la contratransferencia, a las identificaciones proyectivas?

## El contexto

El Hospital de Día de Granada, está definido en su organización como un dispositivo dentro de la Red de Salud Mental, para el tratamiento de pacientes con trastornos graves (psicosis, esquizofrenia,...) que son derivados por los equipos de Salud Mental y por las Unidades de Agudos.

El equipo está formado por dos auxiliares de clínica, dos psiquiatras, un auxiliar administrativo, una enfermera, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y una psicóloga.

En septiembre de 1977 comienza a funcionar; y apenas ha habido cambios de profesionales. Después de tantos años de convivencia ¿cuánto de todos nosotros está entre sus paredes, en los pasillos, en los despachos? ¿cuánto de los pacientes, de sus familias que fueron pasando por aquí configuran ya este espacio y su representación?

Es común en las reuniones del equipo, cuando estudiamos o evaluamos a un paciente nuevo, comentar: *"este se parece a aquel que vino hace..."*, *"a mí me recuerda..."*, *"os acordáis el que venía de..."*, *"tiene un problema muy similar a..."*, *"¡Uf! esta madre se parece a..."*.

Este paciente que recién comienza su encuentro con nosotros, se tiñe de otros colores, quizás de restos de vínculos que otros dejaron en nosotros. ¿Cuánto de esos restos vinculares acompañan el inicio de su relación con la institución?

Desde esta mirada, la estructura de este Hospital de Día es ya un entrecruzamiento de múltiples relaciones: pacientes, familia, equipo, donde lo imaginario y lo real se anuda. Es una historia de relaciones.

Hasta hace dos o tres años era el único Hospital de Día de la Comunidad Autónoma Andaluza. Era un centro experimental.

Desde su origen entiendo que ha soportado una doble situación. Por un lado, había poca fiabilidad en cuanto a la eficacia de este dispositivo asistencial por parte de los responsables del Instituto Andaluz de Salud Mental. A pesar de ser considerado, como decían, un centro experimental, nunca fue evaluado, no se pidió ni se midió su eficacia; hoy pienso que quizás no se consideraba viable ni tangible el abordaje psicoterapéutico con estos pacientes, y menos aún si el equipo tenía ciertos aires "dinámicos".

Por otro lado, junto a su puesta en marcha, se crea la Unidad de Docencia y Psicoterapia (20), con el objetivo de dotar de un espacio de formación a los profesionales que trabajan en los nuevos servicios de Salud Mental. Este centro docente es hoy uno de los pilares de la formación de postgrado, MIR y PIR, y la curiosidad e interés que despierta un modelo asistencial como el que nosotros desarrollamos se hace patente entre estos profesionales. La dirección de la Unidad a cargo del Dr. José M<sup>a</sup> López Sánchez dotó de una impronta importante el inicio y desarrollo del modelo asistencial, sobre todo a través de potenciar la creación de espacios grupales en los programas terapéuticos. De esta manera se configura una organización y una estructura que hicieron posible los desarrollos posteriores.

En este momento puedo pensar que esa doble situación jugó a favor y en contra. A favor porque nos dio la ventaja de que podíamos organizarnos, en buena medida, como quisiéramos. Nosotros definíamos nuestra tarea. La Unidad de Docencia era un importante estímulo formativo, los alumnos nos acompañaban y, ellos sí, nos observaban y evaluaban. Tuvimos en contra el hecho de que si un servicio no es confrontado, si no es evaluado su trabajo, si no se exigen ciertas responsabilidades, en tanto se trata de un servicio público, se puede caer fácilmente en un cierto encierro en sí mismo y perder una parte de objetividad que te da cierto control de otras instancias; quizás algo de esto padecemos.

La primera tarea de la que me hice cargo tras diez días de mi contrato, fue organizar un dispositivo grupal terapéutico. Había una lista de 11 pacientes en espera de recibir su tratamiento. Desconocía el contexto, el esquema referencial del equipo, apenas nada sobre la organización. Recordaba algo que A. Bauleo decía: que para poder organizar espacios terapéuticos grupales es necesario una cierta organización del equipo, es decir, un equipo que sostenga esta modalidad (21).

Di por supuesto que el equipo "estaba", aunque sabía que llevaba tan sólo seis meses de andadura, casi el tiempo que llevaban esperando estos pacientes para entrar en un grupo terapéutico.

Mi posición no era fácil, uno de los aspectos que contribuyeron a mi contratación, era mi formación grupal.

Es curioso, porque a pesar del tiempo transcurrido, este primer grupo no se me olvida, puedo casi recordar sus caras ¿las caras de los pacientes? ¿las del equipo?... Quizás la primera sesión que tuve con los pacientes es de las secuencias más fijadas en el recuerdo; fue una modalidad de presentación en la que, tomando como referencia a Bion, las características de la dinámica grupal eran más asimilables al estilo de "ataque y fuga" (22). Yo recordaba todas las consignas aprendidas: Primera sesión, sesión de encuadre, reactivación de las ansiedades, confusión, persecución; sólo estaba definido el rol del terapeuta, el rol de integrantes y la tarea es esbozada por el coordinador. Me encuentro frente a unos integrantes que mostraban sus síntomas con una alarma y gravedad elevada; cada cual hablaba de lo suyo: muerte, suicidio, agresión, hostilidad, homosexualidad,...etc. eran las palabras más repetidas. Al finalizar la sesión pensé: *"el próximo día no viene nadie, o se matan, o agreden, o están todos en urgencias"*. Tras estos momentos contratransferenciales, donde pude apreciar la depositación masiva que me hicieron, pude ir dándome cuenta de que la que no

tenía lugar, ni rol, ni contención en la institución, era yo; la que todavía desconocía el contexto, el aquí y ahora institucional, era yo... Y eso me hizo sentir que, con los pacientes y en su compañía me estaba haciendo cargo de ocupar un lugar en el equipo. La que todavía no había llegado era yo.

Interesante. Constaté de nuevo la importancia de tener en cuenta el espacio institucional. Los pacientes eran "pacientes del Hospital de Día". La Institución para el terapeuta actúa como marco de referencia; si no es así, las ansiedades, la confusión y los sentimientos persecutorios se hacen presentes en el coordinador del grupo terapéutico. Pero también para los pacientes, yo era alguien "nuevo"; y como en toda sesión inicial de grupo, ellos intentan comprobar si el terapeuta les va a contener, si es alguien en quien confiar, si hay "sostén".

Os contaré que en la siguiente sesión, a la hora del comienzo estaban dos pacientes y durante el primer cuarto de hora, fueron llegando de uno en uno cada dos, tres minutos. Finalmente estuvieron todos... y seguimos trabajando.

## **Encuadre Institucional, Encuadre Grupal**

En el transcurso de estos años, son muchos los dispositivos terapéuticos grupales que he puesto en marcha y que han funcionado. Durante todos los martes y jueves a la misma hora, y casi en la misma sala se han celebrado estas sesiones.

Al cabo del tiempo, un día me desperté dándome cuenta de la continuada permanencia y mantenimiento de estas variables de encuadre durante tantos años. Es un hecho que merece la pena pensar.

En una primera mirada, sobre la no movilidad de los días y las horas de inicio y terminación, nos llevaría a recorrer el Hospital de Día, donde se organizan muy distintas actividades, grupos de diversas características. Los espacios grupales terapéuticos, en un primer momento, sirvieron de organizadores de otras actividades que se iban acoplando alrededor de estos días, llegando -así lo entiendo- a convertirse en un espacio central. Para toda la institución, equipo, familia, pacientes, los martes y jueves son los días de grupo. Creo que tiene tanta fuerza estabilizadora que las demás actividades, reuniones, citas, consultas, se organizan al margen de esas horas.

Hay un hecho que se viene produciendo, que nos habla de este mantenimiento del encuadre institucional. En el despacho te pueden interrumpir continuamente, llamadas, preguntas acerca de pacientes, te pueden requerir aunque estés con algún paciente, para una intervención en situación de crisis, urgencia. Nunca nos han interrumpido estando en sesión de grupo. ¿Es que esos días y a esas horas no hay urgencias, no hay crisis?

El equipo, los pacientes, se contienen, esperan. El respeto por este espacio, entiendo que habla también de un nivel de discriminación, en cuanto a las tareas de cada uno, y a los pacientes les muestran que también ellos son respetados en su espacio.

Este mantenimiento de encuadre ha tenido el efecto de haber permitido también que otros grupos (de familiares, psicopintura...) se organicen con más o menos movilidad, pero tienden a respetar el encuadre y han llegado a institucionalizarse.

Bleger, habla en su artículo *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico* (12), de lo que sucede cuando no se moviliza el encuadre, a la vez que avisa sobre la rigidez del mismo. Trasladada a esta situación, yo reflexionaba si no estábamos en un mantenimiento tan rígido que ocultara otras dificultades ¿no será un intento de inmovilismo?

En gran parte la idea de este diseño grupal, la fuimos tomando de la experiencia de los corredores terapéuticos. Crear un espacio grupal continuo, con momentos de evaluación, cierre y apertura.

La importancia que para la institución tienen estos espacios reside en que, a través de ellos, se establece una organización de la atención terapéutica a pacientes psicóticos, donde el eje central asistencial son los grupos terapéuticos.

Cuando los pacientes ingresan en el Hospital de Día, pasado un primer momento de integración nos preguntan: "¿cuál va a ser mi grupo?"; algunos al ser derivados a nuestro centro vienen demandando participar en un grupo. ¿Qué representación imaginaria tienen de este espacio? Quizás la primera representación sea institucional: la fantasía que ellos tienen de nuestro modelo asistencial. Será en el marco de lo grupal, en otro espacio, en otro setting, donde esta representación, esa idea previa de lo que será el grupo, se pondrá en juego.

Veamos otro aspecto del encuadre grupal, que actúa de continente para los terapeutas y el equipo. En los pasillos, talleres, las relaciones entre el equipo, de éste con los pacientes y con las familias, se dan muchos fenómenos, a veces sin poderlos objetivar: la locura, la psicosis, los actings, las crisis, los ingresos, forman parte de la vida de esta institución. Pienso que estos dispositivos grupales nos ayudan a mantener una cierta estabilidad y continuidad para un proceso terapéutico que en momentos será caótico, confuso, plagado de identificaciones, proyecciones,... etc. Es como si a través de este encuadre construyéramos un holding permanente para facilitar que estos fenómenos que forman parte del proceso terapéutico queden sostenidos, que no anulados.

El momento de dar al grupo las condiciones para el trabajo terapéutico, tiempo - lugar - tarea - roles, ya es otro encuadre: el encuadre grupal.

Cuando cierro la puerta y comienza la sesión de un grupo, cierro también otras cosas. Dejo de ser la psicóloga del equipo, dejo de ocupar el rol que en él tengo, aparco por un momento esas relaciones, los problemas administrativos, las informaciones de pasillo, las interrupciones de las familias.

Soy la terapeuta y coordinadora del grupo. Siento un cierto alivio al traspasar esa puerta, es un lugar de discriminación: ellos y yo nos resituamos de otro modo; la tarea nos lo facilita, el encuadre interno también. Construimos un adentro y un fuera, que permitirá el juego entre el mundo interno-mundo externo y un transitar entre ambos a partir de la diferenciación de espacios.

No estoy negando la presencia de lo institucional que atraviesa el grupo (23), pero es un atravesar del que puedo tener la posibilidad de observar sus efectos, ya desde otro marco. Ahí sí lo institucional cobra forma en la dinámica grupal, en la relación transferencial, en los nuevos vínculos. Hay un tiempo, una delimitación de tareas que permite no sin ciertas dificultades, observar al menos alguno de sus efectos.

En ese espacio grupal se va construyendo un nosotros, que será ya otra situación distinta a la de aquellos vínculos que los pacientes tienen fuera de este encuadre. Es más, creo que de alguna manera, a través de ese "nosotros" se van resignificando las relaciones que iniciaron antes del inicio del grupo. El integrante está con el otro y empieza a verlo con otra mirada.

Ese nosotros que discrimina la relación con el afuera, representa la intersubjetividad, la cual se construye a través de procesos de identificación, transferencia y lenguaje.

Fuera, en el espacio del Hospital, las relaciones son de tú, de él... Haré una breve acotación para que pueda entenderse el por qué doy tanta importancia a estos comportamientos. Los pacientes que acuden a nuestro Centro comparten con otros muchos lugares (la terapia ocupacional, los programas de salud, salidas a la calle...), es decir, existe un espacio para encontrarse, en el que son uno y el otro. Observamos que cada uno sabe muy poco de la vida cotidiana de los otros. Al entrar en el espacio terapéutico grupal se descubren. Ahí se permiten un cierto acercamiento, una cierta intimidad, una tímida curiosidad, que se ve estimulada por el "para qué" están juntos: "la tarea".

## **Transferencias diversas**

En nuestro trabajo, nos vemos en la necesidad en muchas ocasiones de tratar de forma individual a algunos pacientes que después trataremos en psicoterapia de grupo. Procuramos que los terapeutas sean diferentes, pocas veces podemos arbitrar esta medida que nos parece técnicamente más adecuada.

Es por esto que el problema de la discriminación, la transferencia, la contratransferencia y la identificación proyectiva son fenómenos que tengo presente constantemente en ese pasaje de lo individual a lo grupal.

En ocasiones, cuando empieza una relación con una persona que viene por primera vez al Servicio, nos encontramos con un sujeto que lleva aislado, encerrado en su casa, en su mundo interno, mucho tiempo; en una situación de crisis sin poder hacerse cargo de él mismo, ni tampoco sus familias. No toma la medicación, no hay conciencia de conflicto y es "traído".

En esos momentos comienza una andadura compleja. Sabemos que son pacientes donde el sentimiento de fracaso está muy integrado en sus vivencias; la desconfianza y el temor a ser invadidos es grande. Ocupan un rol y son tratados como el enfermo y ellos mismos se nombran así. Siempre tengo la sensación de que es un lugar prestado, es como si representaran un papel para los demás, pero algo de ellos intenta alejarse de esta depositación. Así, esa negativa a la medicación, a aceptar tratamientos, etc., no es sólo el

común criterio de que no hay conciencia de enfermedad, o la instalación omnipotente de no necesitar ayuda, sino hay algo más, como si quisieran preservar algo propio; algo que está más cerca de la salud, de los restos integrados de su personalidad.

Hay una tarea que el equipo tiene que poner en marcha en estos inicios. Así, tal como sugiere Racamier, el acompañamiento y el cuidado del psicótico son intervenciones necesarias que circulan y atraviesan el proceso terapéutico (24).

Aquí de nuevo es necesaria la discriminación de funciones dentro del equipo. Algunos tienen que ocuparse más de esta tarea, para permitir que el vínculo terapéutico inicie esta andadura.

Comienza un tiempo para el encuentro, nos eligen, los elegimos. Parecería que inicialmente necesitaran de nuestra presencia, de estar, de poderles invitar a un camino en el que ninguno sabemos dónde nos lleva... crear un lugar para la palabra y para el crecimiento.

Volviendo a ese momento del que en párrafos anteriores hablaba, en el que decidimos cerrar una puerta a la relación individual y pasar a la relación grupal, son muchos los movimientos que se producen.

La certeza de que comienza un nuevo vínculo. El paciente aparece ante mí con otros rasgos, otras conductas, otra presencia que es atravesada por la relación con los otros. Se da una cierta distancia. Este pasaje, ¿me permite elaborar mi vínculo individual con él? ¿y su vínculo conmigo? Percibo como si en el encuentro en el grupo hubiéramos recompuesto una relación fragmentaria, cargada de objetos parciales, de proyecciones y así pudiera integrar al paciente como un todo. Él y yo estamos en otro papel, la tarea nueva que comienza permite reestructurar los vínculos anteriores. De forma similar a como el proceso terapéutico grupal permite a los sujetos reestructurar su lugar en el grupo familiar. En ese cambio vincular hay, en el trasfondo, un punto de tristeza para reorganizar "dos-otros".

Es cierto que en algunos pacientes se produce también un cierto alivio, sobre todo en aquellos en que la vivencia del objeto está cargada de ambivalencia, con fuertes sentimientos de amor y odio y de mucha presencia persecutoria. También para otros, aquellos rotos y replegados en su mundo autista, encerrados en su narcisismo, negando la presencia del objeto, el grupo parece producirles una cierta calma, al menos inicialmente.

En este juego de relaciones imaginarias, reales, que se dan en el grupo, tengo la impresión de que a los pacientes les permite una cierta objetivación de la transferencia, ¿quizás elaboración? Aquellos con los que mantuve ese proceso terapéutico individual ahora pueden verme en otro contexto, observar cómo me relaciono con los otros integrantes, espiar los distintos vínculos que se producen en el aquí y ahora. Quizás esto les permite por unos instantes mirar su propia relación vincular. El objeto temido, odiado, amado, puede ser visto con una distancia que permite la experiencia grupal. Es posible que se puedan acercar un poco más a mirar sus temidos objetos internos.

## El para qué del grupo...

Inicialmente nuestros pacientes entran a formar parte de una experiencia terapéutica grupal por indicación nuestra. Asumen que esta modalidad de tratamiento forma parte de nuestro modelo asistencial. A nadie le asombra ni le plantea dificultades. Es interesante observar que en ocasiones quienes muestran una cierta resistencia sean los familiares, como si abandonáramos a sus hijos, como si fuera un tratamiento menor, como si no los creyéramos tan enfermos; no voy a ocuparme de este tema en estas páginas, pero creo que merecería una reflexión.

Los encuadres terapéuticos que realizo vienen acompañándose de momentos de evaluación cada seis meses, ahí se puede producir entrada y salida de pacientes.

Me interesa resaltar para ir contestando a esa pregunta del para qué del grupo, algunos puntos comunes que en casi todas las evaluaciones aparece: *"el grupo me permite hablar de mis cosas", "aquí hay comunicación", "fuera no te entienden, aquí nos comprendemos", "estás menos solo, puedes hacer amigos", "aquí estoy acompañado"... etc.*

Alguno de nuestros pacientes, al terminar un grupo terapéutico y los programas del Hospital de Día, comienzan una andadura, estudios, talleres rehabilitadores... etc. En muchas ocasiones nos piden seguir trabajando en un grupo; nos piden preservar un lugar y un vínculo con nosotros a través del espacio terapéutico grupal.

Aquí nos topamos con un problema complicado ¿cómo no caer en infantilizarlos manteniendo la relación con nosotros? ¿cómo no frenar el crecimiento? ¿Cuándo es el momento de elaborar la dependencia?

Una paciente que había estado conmigo en un grupo terapéutico que había finalizado tras un año, me decía: *"ahora yo quiero ocuparme de mi casa, de mi familia, no necesito venir más al Hospital de Día, pero quiero integrarme en un nuevo grupo, no quiero estar sola, quiero hablar con mis compañeros y contar mis problemas"*

Al escucharla, pasó por mi cabeza el temor a que al responder a esta demanda estuviera fomentando una dependencia, que evitara su autonomía. Pero algo me decía que ella estaba tomando por primera vez (tras dieciocho años con medicación, ingresos anuales y diversos psiquiatras) una decisión acerca de su tratamiento. Y esto, a raíz de pasar por primera vez por una experiencia grupal.

Un paciente joven, con un sufrimiento muy alto porque sus alucinaciones son devastadoras, vive continuamente (como él dice) en una pesadilla. Expresaba en una sesión: *"A mí me gusta venir al grupo, porque aquí aprendo a ser persona, porque hablo y me relaciono"*.

Hay un hecho que no podemos negar: en sus casas, para la gente de la calle, son locos, enfermos, muchas veces la palabra que abre la puerta a la posibilidad de acceder a ser sujetos, la tienen negada o casi negada. En el grupo, como dicen, al menos pueden hablar y ser escuchados. Allí encuentran que sus experiencias psicóticas tan difíciles de describir, las comparten con otros que sí les entienden, porque también pasan o pasaron por ello. Hay

espacio para poder objetivar sus síntomas, ya que otros los tienen también, o los han tenido: encuentro de espejos que les permite salir, aunque sea brevemente, de su mundo autista.

El espacio grupal les invita y/o estimula a salir de un aislamiento defensivo y pone en juego su capacidad de dar y recibir, tan perturbado en su historia.

Se genera muchas veces una tensión entre ocupar su conocido lugar de dependencia o situarse en un lugar donde tienen la palabra. Es decir, por un lado hacen una demanda al terapeuta de que sea él quien resuelva sus problemas, colocándole de esta forma en un lugar idealizado y por ello objeto de amor, agresión y, no en pocas ocasiones, de indiferencia; y por otro, ellos van descubriendo, poco a poco, y quizás por primera vez en su larga carrera de enfermedad y cronicidad, que ellos tienen la palabra, la tarea. Esto provoca malestar, resistencias potentes que se muestran tomando en ocasiones posiciones de pasividad y estereotipo, que muchas veces siento como una losa de impotencia que me dejan.

Esta tensión entre ir aceptando un lugar protagonista de su historia, se ve en ocasiones abortado por una estrecha complicidad entre ellos al identificarse en base a la enfermedad: *"somos los enfermos", "el mundo de fuera es diferente, ellos no nos aceptan"*. Omnipotencia castradora de sus capacidades, quizás un odio hacia el mundo que no les satisface, quizás una protesta frente a la decepción de la seducción que sufrieron.

Pero también están convocados por una tarea que les invita, al menos, a resituarse en otra posición. Podrán jugar su fantasía acerca de su enfermedad, tratamiento y curación; podrán tomar la palabra para hacer de esa fantasía un instrumento que les permita acercarse a su mundo, a su realidad; pero en ambos, los otros, sus compañeros de viaje, estarán ahí. Juntos, en un espacio que ha cambiado, ya no hay una mesa y dos sillas, ya no están colocados en el mismo lado, el espacio se multiplica con la diversidad de vínculos, también los roles se ampliarán. Quizás ya no puedan quedarse sólo con el papel de enfermos, por un tiempo se verán abocados a jugar otros papeles que les irán permitiendo salir de la alienación que provocó la locura; el aprendizaje y la salud se irán dando con el crecimiento y la individualización.

El equipo también tiene un reto día a día. ¿Cómo no entrar en la burocratización, en la omnipotencia, o en la desilusión...? Con cada paciente y con tu compañero caminas un trecho de tu andadura profesional; junto a ellos es inevitable el aprendizaje, pero también el cansancio y la decepción. Ese espacio grupal para nosotros nos permite situarnos de nuevo frente a la tarea, desempolvar estereotipos, compartir depositaciones, sostenernos ante la incertidumbre.

## Bibliografía

1. BAULEO, A.: *Psicoanálisis y grupalidad*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
2. PICHON-RIVIÈRE, E.: *Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I y II)*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1981.
3. ZITO LEMA.: *Conversaciones con Pichon-Rivière*. Timerman, Buenos Aires, 1970.

4. ZITO LEMA: op. cit.
5. Revista del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal. Editada por CIR, (19 números).
6. BAULEO, A.: *Contrainstitución y grupos*. Fundamentos, Madrid, 1977.
7. BAULEO, A.; DURO, J.C.; VIGNALE, R. (Comp.): *La Concepción Operativa de Grupo*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1990.
8. BAULEO, A.: *Clínica grupal, clínica institucional*. Atuel, Buenos Aires, 1991. *Notas de Psicología y Psiquiatría Social*, Atuel. Buenos Aires, 1988.
9. BAULEO, A.: *Psicoanálisis y grupalidad*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
10. BLEGER, J.: *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
11. BLEGER, J.: *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Paidós, Buenos Aires, 1984.
12. BLEGER, J.: *Simbiosis y ambigüedad*. Paidós. Buenos Aires, 1967.
13. BION, W.R.: *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós, México, 1987.
14. WINNICOTT, D.W.: *Exploraciones psicoanalíticas (I y II)*. Paidós, Buenos Aires, 1991.
15. SEARLES, SH.: *Escritos sobre Esquizofrenia*. Gedisa, Barcelona, 1966.
16. BACHELARD, G.: *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI, México, 1981.
17. DELADALLE, G.: *Leer a Pierce hoy*. Gedisa, Barcelona, 1996.
18. FOUCAULT, M.: *Historia de la locura en la época clásica*. FCE, México, 1977.
19. LOUREAU, R.: *El análisis institucional*. Amorrortu, Buenos Aires, 1991.
20. LÓPEZ SÁNCHEZ, J.M.: *Introducción a "Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia 1993-1994"*. Hospital Virgen de las Nieves, Granada, 1995.
21. BAULEO, A.: *Notas de Psicología y Psiquiatría Social*. Op. cit.
22. BION, W.R.: *Experiencias en grupos*. Paidós. Buenos Aires, 1979.
23. LAPASSADE, G.: *Grupos, Organizaciones, instituciones*. Gedisa, Barcelona, 1984.
24. RACAMIER, P.C.: *Los esquizofrénicos*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1983.