



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

NÚMERO ESPECIAL (ISSN 1886-6530)

Congreso Internacional "Actualidad del Grupo Operativo"

Madrid, 24 - 26 febrero 2006

PERO.... ¿DE QUÉ SE TRATA?¹

Diego Vico Cano

PERO... DE QUÉ SE TRATA, es la pregunta a un manifiesto al que interroga invitándolo a desvelar un latente: ¿Que oculta finalidad dirige nuestros pasos?

Estamos convencidos de que múltiples deseos y vinculaciones latentes intentan expresarse como pueden en la conducta manifiesta.

La pulsión de conocer nos empuja a desbaratar lo aparente en busca de un sentido oculto que, al ser desvelado, lo enriquece y modifica creando un nuevo manifiesto que, adquiriendo cualidades de emergente, invita a ser desvelado dando lugar a una especie de espiral o tornillo-sin-fin que cuando detiene su progresivo movimiento, cuando se atranca, entendemos que existe un obstáculo, una resistencia a identificar y vencer. Esta sería la tarea.

Un tornillo en el aire da vueltas tontamente, no va a ninguna parte.

El tornillo necesita la madera: de ella se nutre sustrayéndole materia para avanzar. ¿El obstáculo estará en la propia madera, en el tornillo, en quien lo maneja, en el para qué....?

Para estos procesos de desvelamiento nos servimos de herramientas al modo de una Piedra Rosetta (encontrada a fines del siglo XVIII, proporcionó la clave que permitió descifrar los jeroglíficos egipcios) que nos oriente en los pasos de descifrar los motivos ocultos en la conducta manifiesta: el conjunto de herramientas o instrumentos, nosotros mismos convencidos de que lo manifiesto es casi nada en relación a lo latente, son importantes ingredientes en la formación del esquema de referencia.

¹ Ponencia a la Mesa "Clínica Grupal"

El esquema de referencia, al incorporar una dimensión personal, se pone a prueba en cualquier ocasión. Le suponemos cualidades a imagen y semejanza de las que se le atribuyen al Yo, digamos, maduro: tolerante, comprensivo, capaz de sostener su identidad, previsible, cohesivo ...

Entre todas esas cualidades, elijo la que me resulta más dificultosa y de la que más aprendo, aquélla que me interpela sin descanso: el resultado de la internalización de los conceptos en uno mismo. Las propias palabras de la teoría, su terminología, ha de ser reinterpretada en relación con los objetos internos de cada uno y puede suponer un obstáculo sobreañadido para la elaboración.

El resultado de la elaboración de la teoría en cada uno da lugar a una manera particular de interpretar las conductas que provocamos en los pacientes con nuestros encuadres:

¿Cómo desempeñamos nuestro papel de terapeutas?

¿Cómo hablamos con los pacientes?

Ellos también tienen una especie de esquema de referencia desde el que intentan explicarse lo que les pasa. En gran parte de lo que se llama fase inicial de la relación terapéutica, paciente y terapeuta intentan vencer obstáculos para comprender el de uno al del otro. Vamos favoreciendo el establecimiento de la alianza de trabajo: el paciente ya sabe de qué van los aspectos formales del encuadre que quedan libres para ser ocupados por los fantasmas. Para ello, el terapeuta pone a prueba su esquema de referencia utilizando las palabras del paciente y elude términos como estereotipia, depositación, emergente, encuadre y demás palabras de esta clase. Esto es interesante también porque nosotros hemos que poner palabras a la contratransferencia, leer las emociones y devolvérselas al paciente mediante la interpretación. Si se nos va la lengua y se nos escapan estas palabras tan, digamos, técnicas, debemos dar la impresión de que les decimos neologismos, que deliramos.

Cada día que entro en un grupo, cada día que voy a trabajar, llevo la esperanza de obtener ayuda de los pacientes, que me enseñen. Si vuelvo lo mismo que salí de casa, me pregunto: qué me pasa que no me dejen enseñar, qué pretendo con no aprender.

En muchas ocasiones tengo la molesta sensación de que no tengo nada que aportar al grupo: me siento confundido. Decido distanciarme para mirar –me gustaría estar sordo- la expresión corporal y escuchar –me gustaría estar ciego- el tono emocional que, a veces, suena a novela radiofónica, a quejosa reivindicación, a sesudos teóricos, a letanía, a gallinero o, la más frecuente, a música

contemporánea, disarmónica –como ellos mismos dicen-. Desde ese lugar de testigo oidor me ofrezco como receptor de sonidos e imágenes que me orienten sobre ¿de qué se trata? ¿A qué sonará para alguien que no entienda el idioma?

Estos estados confusionales son también momentos para la ensoñación: aparecen recuerdos de tiempos pasados que me ayudan a intuir el obstáculo actual y cómo se lo doy a conocer al grupo.

Puesto que la confusión invita al paso al acto, me previene una evaluación relámpago:

- Recuerdo que mis intervenciones iban encaminadas a complacerme induciendo en los individuos conductas ejemplares: quería que fuesen pacientes de libro. Lógicamente no lo conseguía y entonces, de cualquier manera, les daba a entender que si teníamos dificultades era por sus malas artes –enfermas- y no por mí que soy portador de un saludable saber. Los corregía en busca de la Verdad, el pensamiento Único, el iluso placer de la completud. No se abrían interrogantes.
- Tampoco me dirigía a todos en común, sino a cada uno. Lo que sucedía sólo tenía que ver con cada individuo. Se relacionaban conmigo ignorándose unos a otros y desplegando sus mejores artes: disquisiciones sobre lo bueno y lo malo, lo que se debe hacer y lo que no etc. Mis respuestas, en el mismo estilo que las de ellos, daban lugar a nuevas preguntas y respuestas que no iban a ninguna parte. Esta dinámica estática, cerrada, sucedía en una especie de teatrillo en el que yo atendía síntomas individuales en público y mostraba las artes de la psicoterapia individual, escena de la que ingenuamente esperaba que los espectadores aprendieran. Mientras tanto, una parte disociada me hacía estar convencido de que entendía aquello del grupo como un todo.
- Mi actitud no los conducía a que pensaran en y con los demás, ni a que se miraran y supieran de la influencia de esas miradas, ni de cual era su papel y si coincidía con el que les gustaría desempeñar y cómo lo negociaban, y si sus aspiraciones actuales eran las mismas con las que entraron en el grupo.
- No me daba cuenta de que el grupo, supuestamente terapéutico, estaba contenido en un hospital de día recién estrenado que tenía como tarea la búsqueda y abordaje de los obstáculos que aparecían en la creación de un equipo terapéutico.

Todo esto, en el fondo, sucede ahora. El asunto es que, en aquél entonces, no sabía que las cosas pueden ser de otro modo y malamente me podía cuestionar. Ahora miro al grupo, escucho su música y le voy poniendo la letra. En cualquier caso, siempre me están rondando las eternas preguntas:

- ¿Qué idea tengo sobre la naturaleza humana? ¿Cómo imagino, miro, escucho, me vinculo ... con los demás?
- ¿Cómo camino entre la densa niebla que envuelve y desdibuja la salud y la enfermedad?
- ¿Estoy fundamentalmente convencido de que existe el inconsciente?
- ¿Acepto que el camino hacia la curación pasa por el cambio? ¿Qué entiendo por cambio? ¿Mis herramientas para promoverlo admiten ser cuestionadas? ¿Me incluyo yo?
- ¿Qué lugar ocupa el grupo en todo esto?

Las cuestiones de clínica grupal que comento están contenidas en el marco de un hospital de día en el que procuramos curar mediante la CONVIVENCIA TERAPÉUTICA entre los profesionales con los pacientes y de estos entre sí.

Esto de la Convivencia Terapéutica es una aspiración saludable y muy atractiva. Tenemos asegurado el entretenimiento: comienza creando un equipo terapéutico, casi nada. En cualquier caso es una necesidad. Tampoco hay muchas alternativas. ¿Cómo vivimos con los pacientes día a día durante meses y meses, por no decir años, sin que nos interese los unos por los otros? ¿Cómo sería?: Los profesionales dentro de los despachos y los pacientes deambulando por los pasillos o aplicados en tareas ocupacionales esperando el anhelado encuentro a solas con el terapeuta.

Querámoslo o no, mientras convivimos profesionales y pacientes, tenemos un montón de cosas en común: nos necesitamos, compartimos la institución, la vivienda, el tiempo, la esperanza, la ansiedad, el aburrimiento, la desesperación, la alegría, el cariño, el odio ... y, también, un punto narcisista que nos hace menospreciar a los demás llevándonos en busca del privilegio de la idealizada sesión individual. Este vínculo se obstina en perpetuarse y se muestra de forma privilegiada en el grupo terapéutico: ahí lo podemos ver al instante y sopesar su potencia. Cuanta energía consume intentar modificarlo. Qué obstáculo tan potente para la tarea de la convivencia. En los espacios reglados individuales tengo la impresión de que la finalidad que conduce al paciente es la de estar allí con el

terapeuta gozando de ese “todo entero para mí”, y para conseguirlo ponen la excusa, la mayoría de las veces, de necesitar contar un secreto, algo grave y privado, algún síntoma... Si le hablo de su compromiso con el tratamiento y sus reglas, de para cuando el alta, de su vida en el hospital, etc., sus respuestas hablan de un “como si” y la relación se desvanece, se rompe por cualquier contratiempo que aparentemente viene de afuera, dejando la desagradable impresión de que fue un intento efímero de una relación desabrida. Seguramente no podía ser de otra manera y estaremos disponibles para otra oportunidad a ser posible en grupo.

En el grupo terapéutico no suele suceder esto. Las personas mantienen diversos grados de compromiso y contribuyen como pueden para conseguir una saludable convivencia, y cuando enfrentan cualquier momento del proceso grupal -no digamos el alta del grupo- toman dolorosa conciencia de su valiosa contribución, de lo que allí dejan, de las experiencias compartidas, se sienten protagonistas activos de su tratamiento, ya no van de aquí para allá, de un dispositivo a otro sin tener arte ni parte. Ya saben más sanamente a cerca de la soledad, de la pérdida y el desvalimiento. No saben cómo se van a relacionar ahora con su psiquiatra que los derivó al hospital de día y temen el peligroso intercambio de psicofármacos por palabras.

Y ¿Cómo es esto de la convivencia terapéutica?

Convivimos acompañándonos y esto supone interesarnos y participar en los sentimientos del otro, tendremos que preguntarnos por nuestra vida en el hospital.

Suponemos que si nuestra tarea como conjunto de profesionales es operar como equipo esto dará lugar a una dinámica similar en el conjunto de pacientes sobre la base de la identificación: el interés por el tratamiento se despierta en el paciente por identificación con el interés que ponemos nosotros.

La convivencia se irá desarrollando saludablemente en la medida que vamos creando, liderado por los profesionales, unas maneras de pensar complementarias y compartidas sobre la salud y la enfermedad, sobre el proceso terapéutico y sobre la manera de implementar los recursos. No se trata de qué profesionales intervienen y qué actividades se realizan, lo importante es la manera en que se conducen esas actividades, qué conductas se seleccionan como hechos significativos y cómo los manejamos.

Forma parte de la tarea del equipo promover la creación de un clima de seguridad y confianza en el que las experiencias de frustración y gratificación se sucedan de manera rítmica y previsible, nos

dispondremos accesibles y nunca asfixiantes, y así echaremos los cimientos para la constancia del objeto, aspecto terapéutico más potente que el propio insight promovido por la interpretación. Recordemos que para estos pacientes tan perturbados la presencia del otro es lo más importante: la dependencia les asusta porque viven al otro como conflictivo y devorador; la ausencia la viven como pérdida, abandono y destrucción.

En este proceso, los cambios van ocurriendo primero a nivel emocional y se van expresando sutilmente en la conducta envueltos en un ambiente moderado en palabras y actos. No soy partidario de inundar el ambiente de palabras, “de poner el chupete para tapar la boca”, como decía un paciente. Esto no impide que seamos los terapeutas quienes nos adelantemos y pongamos palabras al cambio: lo señalamos, lo dejamos reposar, esperamos, lo repetimos y, a veces, nos resistimos a volver atrás, y así, quedamente, aparecerá la palabra genuina del paciente.

El hospital es un adentro en relación con el afuera sociofamiliar. A su vez, el hospital contiene espacios en su interior para los cuales se sitúa como un afuera. Algo así como esas cajas que, en una secuencia de mayor a menor, se contienen una a otras. Afortunadamente no se trata de cajas rígidas, son lugares llenos de vida que transmiten su latido a las fronteras que los contienen y diferencian: los encuadres. Los latidos son emergentes y cambian de ritmo, de significaciones, de dirección en un continuo ir y venir de dentro a fuera en una enloquecedora maraña que hay que ir desenredando con la mayor paciencia del mundo.

Vivo y me sitúo entre agrupaciones:

Los nuevos y los viejos (una paciente, molesta por la actitud de los nuevos que le mostraban a ella misma cuando ingresó, nos decía que mezclar a los nuevos –que lo quieren saber todo el primer día- con los viejos –que ya sabemos que hay que tener paciencia y que pueden volver los trastornos- es una mezcla explosiva, los fumadores que entran y salen de sus lugares, los temibles demandantes insaciables, los aplicados de la terapia ocupacional, los marginales cocinando sus cosas en la tertulia de pasillo, los amigos y enemigos de psicofármacos, los despistados que piden perdón por abrir la puerta de un grupo y ya, de camino, preguntan que cuando van a entrar ellos o, “si este no es mi grupo, ¿cuál es el mío?”, los actores del psicodrama, los que ya tienen grupo psicoterapéutico, los familiares con sus preguntas, los que se dan cortes en los antebrazos, los que se atiborran de

pastillas, los que no saben si saludar o no, etc., etc., yo me siento cercano a los excéntricos individualistas mientras deambulo por esos entresijos. Mejor pasar inadvertido.

Hay pacientes que permanecen inmovilizados en estas agrupaciones demasiado tiempo, de forma que cuando los buscas sabes dónde encontrarlos. Pasa igual que en el grupo terapéutico cuando los integrantes mantienen el mismo papel o el mismo asiento, sabemos que son expresiones de resistencia al cambio: Una paciente ocupa el sitio más cercano a mi derecha crónicamente, los otros integrantes aprovechan cuando se retrasa para quitarle el sitio, comentándolo entre bromas que no es más que esconder el miedo que le tienen porque saben que suele resolver las frustraciones con violencia. Cuando entró en el grupo, se pasó toda la sesión sin moverse, rígida, con el abrigo puesto y el bolso en el regazo, daba la impresión de que en cualquier momento se levantaría para irse. La primera vez que habló fue para decir que ella venía a arreglar sus problemas y que los demás le importaban una mierda.

Se puede utilizar el **estar entre para controlar** lo que sucede entre unos y otros, lo que me parece un síntoma de que el equipo pasa por dificultades.

Mejor utilizar el **estar entre para entender** algo sobre la finalidad de las relaciones de unos con otros: todo aquello que desborda los encuadres de los espacios terapéuticos o de elaboración, sale al exterior y circula por los pasillos en un afán de eludir el dolor de la posible reintroyección de todo lo malo escindido y proyectado en otros. Si este material no se recoge reintroduciéndolo en el interior del espacio terapéutico, va engrosando los obstáculos y detiene el proceso terapéutico. En el grupo suceden muchísimas cosas que son síntomas de lo que pasa en su afuera, en la vida en el hospital, y ahí tiene un enorme nutriente.

El proceso que se da en la CONVIVENCIA TERAPEUTICA dentro del grupo de psicoterapia, la continua dialéctica entre integración y diferenciación, tiene dos elementos de máximo interés que llamarán nuestra atención continuamente: El adentro y el afuera, y, al mismo tiempo, los nuevos y los viejos, ambos siempre están entrecruzándose.

Todo lo que sucede entre 8 ó 10 personas reunidas durante hora y media dos veces por semana es muy intenso.

Despierta mucho interés la cuestión del secreto grupal. Es un elemento de complicidad y, al mismo tiempo, introduce en los pacientes el problema de distinguir de qué pueden o no hablar entre ellos

fuera del grupo. Hay quienes sueltan insinuaciones de lo que dicen y hacen fuera. Hay frágiles alianzas.

Dedican esfuerzo a si la sesión se hace con el pestillo de la puerta echado o no.

Hay quienes dicen que esto es perder el tiempo y que no hablan de lo que hay que hablar.

Las ausencias, los miembros con dificultad en mantener el compromiso introducen la desconfianza y los demás se quejan de que así no se puede hablar porque no saben a quien le están contando sus cosas.

Suelen ser meticulosos a la hora de preparar la entrada de un nuevo miembro:

“Debe ser una persona que no quiera acaparar la atención en sí misma y llevar en el hospital de día el tiempo suficiente como para que se sepa ya las reglas no escritas: el saber aguantar, respetar a los demás, ser constante en la asistencia, saber canalizar los sentimientos”. Ahora bien, ellos, los viejos, están dispuestos a tener la capacidad de tolerar la angustia que les ocasiona la alteración de sus relaciones con la llegada de los nuevos.

Estoy convencido de que para la mayoría de estos pacientes la CONVIVENCIA TERAPÉUTICA es una experiencia crucial que da lugar a un antes y un después en sus vidas.