

Notas sobre psicoterapia de grupo operativa y clínica institucional en el hospital de día de salud mental

Notes on institutional clinical and operative group psychotherapy in the mental health day hospital

LOLA LORENZO^a, LAURA MANTRANA^b, NATIVIDAD CARRIÓN^c

a) Psicóloga Clínica, miembro docente y supervisora del programa de formación de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP). Sevilla.

b) Psicóloga Clínica del Hospital de Día de la UGC de Salud Mental del AGS Sur de Sevilla. Miembro docente del programa de formación de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP).

c) Psiquiatra del Hospital de Día de la UGC de Salud Mental del AGS Sur de Sevilla. Miembro docente del programa de formación de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP).

Correspondencia: Lola Lorenzo (lorenlola53@gmail.com)

Recibido: 06/09/2022; aceptado: 06/10/2022

Resumen: El dispositivo grupal es un instrumento terapéutico y de investigación para la Concepción Operativa de Grupo. Este trabajo pretende ser un relato abierto y reflexivo desde nuestra experiencia, en el contexto asistencial e institucional del Hospital de Día de Salud Mental en el que trabajamos. Partimos de una concepción de "sujeto" producido en una red vincular, siendo el primer grupo el grupo familiar. Por tanto, la subjetividad, objeto de estudio, está determinada histórica, familiar y socialmente. La psicoterapia de grupo, la convivencia terapéutica, el trabajo en equipo interdisciplinar y la subjetividad son los puntos de partida para el desarrollo de una clínica grupal e institucional en dispositivos asistenciales de salud mental del ámbito público.

Palabras clave: psicoterapia de grupo operativo, vínculo, subjetividad, equipo-grupo, encuadre, contratransferencia.

Abstract: The group device is a therapeutic and research instrument for the group operative conception. This work aims to be an open and reflective account from our experience in the care and institutional context of the Mental Health Day Hospital in which we work. We start from a conception of "subject" produced in a link network, being the first group the family group. Therefore, subjectivity, object of study, is determined historically, familiarly, and socially. Group psychotherapy, therapeutic coexistence, interdisciplinary teamwork and subjectivity are the starting points for the development of a group and institutional clinical practice in mental health assistance devices in the public sphere.

Key words: operative group psychotherapy, bonding, subjectivity, team-group, setting, countertransference.

PRESENTACIÓN

LOS HOSPITALES DE DÍA DE SALUD MENTAL (HDSM) son dispositivos asistenciales que anclan su trabajo en el ambiente terapéutico, en la organización de espacios grupales con una diversidad de tareas y en un abordaje multidisciplinar (1). Es amplio el número de publicaciones en relación a programas asistenciales centrados en la experiencia terapéutica y desarrollados en HDSM (2). También es destacable la divulgación científica que avala la psicoterapia de grupo de orientación dinámica para el tratamiento de personas con problemas de psicosis, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad (3-5).

En el presente trabajo queremos hacer algunas reflexiones y plantear algunos interrogantes desde nuestra experiencia clínica en HDSM, y proponer un modelo de trabajo en este dispositivo, desde la Clínica Grupal Operativa, la Clínica Institucional y la Concepción Operativa de Grupo (COG). Tanto nuestra experiencia como nuestro modelo teórico-técnico serán los puntos de partida de nuestra contribución a este dossier acerca de la psicoterapia grupal psicoanalítica. La Clínica Grupal e Institucional, como marco teórico-técnico para la psicoterapia grupal operativa, la Psicología Social de Pichon-Rivière, la COG desarrollada por A. Bauleo y la teoría de los ámbitos de J. Bleger son los referentes e instrumentos que nos permiten seguir desarrollando la práctica asistencial y el trabajo psicoterapéutico grupal desde la perspectiva de una clínica ampliada y crítica. Es decir, una práctica que contempla las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se produce la subjetividad y, por tanto, los procesos de la salud y del enfermar.

Este documento pretende ser un relato abierto, basado en la Clínica Grupal Operativa y en la psicoterapia de grupo operativo, desde nuestra experiencia en el contexto asistencial e institucional del Hospital de Día. Serán notas, en la medida en que sabemos que la práctica clínica es un proceso dialéctico que incluye la interacción entre teoría y praxis, por tanto, un proceso en permanente cambio. Notas, porque nos gustaría que fueran un disparador para seguir pensando y compartiendo el interés por el campo de la grupalidad y por el compromiso por una atención sanitaria integral y comunitaria.

No queremos dejar de mencionar en esta presentación, por su relevancia en Andalucía, la creación y puesta en marcha del primer HDSDM, en 1987, en Granada, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Diego Vico junto con José María López Sánchez y Lola Lorenzo iniciaron este proyecto, que nace junto a la Unidad de Docencia y Psicoterapia (UDP).

El dispositivo donde desarrollamos nuestra labor asistencial y que sirve de base a estas reflexiones, el Hospital de Día de Salud Mental del Área Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (AGSSS), se crea en 2008. El equipo de trabajo partía de una visión abierta, poco convencional, acerca del sufrimiento psíquico en personas con problemas graves de salud mental. Los grupos de psicoterapia se organizaron desde el inicio y se han mantenido de forma continuada hasta la actualidad.

Dentro de este amplio campo que es la clínica grupal y la clínica institucional, vamos a apuntar tres notas:

- * Una perspectiva psicosocial del sufrimiento psíquico de las personas que transitan por la psicosis o que presentan trastornos de personalidad y de su grupo familiar.
- * El contexto del Hospital de Día: la relación intergrupala equipo-usuarios-organización institucional.
- * La psicoterapia de grupo operativo.

PRIMERA NOTA. UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL DE LA SUBJETIVIDAD Y EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

La experiencia clínica nos ha enseñado que las personas que pasan por momentos en sus vidas donde la crisis psicótica interrumpe su desarrollo y maduración se encuentran atrapadas en un estereotipo que, a modo de defensa, evita el sufrimiento psíquico. Muchas veces a costa de quedarse en un aislamiento y dificultad relacional, cuando no en un vacío, donde el deseo y la motivación se desdibujan.

En la Concepción Operativa de Grupo partimos de una visión del término “enfermedad” desde una perspectiva psicosocial. Pichon-Rivière, fundador de la Psicología Social y del Grupo Operativo (1945), desarrolla a través de sus experiencias

clínicas una teoría acerca de la enfermedad en la que remarca, entre otras cuestiones, que esta siempre se produce en un contexto social como un fallido intento de adaptación activa al medio. Y nos señala que el primer grupo social es el grupo familiar.

Compartimos esta premisa, en tanto comprendemos al sujeto producido y construido en un juego de interrelación entre el grupo interno y el grupo externo. Este modelo va más allá de lo intrapsíquico. Nuestra concepción del psiquismo es una dialéctica entre lo intrapsíquico y lo interpsíquico. Como nos dice Bleger, “mediante el estudio psicosocial, sociodinámico, institucional de la familia de un determinado paciente, podemos tener un cuadro completo de su estructura mental” (6).

En un trabajo sobre el grupo familiar, Pichon-Rivière nos habla de la “locura” como una expresión de nuestra incapacidad como sujetos para soportar y elaborar el monto de ansiedades y de sufrimiento que se produce en el grupo familiar y social y que se interioriza conformando una frágil identidad en relación con las exigencias del mundo (7). Estos momentos de “locura” los observamos también en el grupo de psicoterapia cuando la estructura grupal no puede sostener suficientemente las emociones y hay un temor a la desintegración ante los momentos de cambio, o ante intensas angustias que no pueden ser contenidas por el psiquismo del sujeto. Son esos momentos de locura, de escisión, los que hay que sostener y regular por parte del coordinador y del grupo. Tendremos en cuenta que estas emociones y temores también se producen en los equipos terapéuticos.

El paciente transita por “la locura”, diría Pichon-Rivière, pero no está solo, ahí está con la familia, como portavoz de la enfermedad familiar, y como emergente también de la sociedad y de los acontecimientos que le ha tocado vivir. Y arrastra graves perturbaciones en la organización de sus vivencias, que afectan a la construcción de una identidad-guía de realidad (8).

Para estas personas, nos dice Diego Vico, es muy costoso construir un proyecto de vida. Es por ello que el trabajo con ellos, en el marco del HD, debe tener en cuenta su motivación, sus posibilidades, su tiempo y sus necesidades.

Coincidimos con A. Tarí (9) en que una de las tareas que conforman el trabajo psicoterapéutico grupal es la elaboración de las pérdidas y el duelo que conlleva la crisis. No solo la que se produce en ese momento, sino también aquellas que se arrastran de etapas anteriores y que se reactivan en el presente. Son personas con duelos y fracasos con los que han convivido a lo largo de su vida hasta que se han producido desencadenantes que los han llevado a una cierta ruptura existencial.

Las personas que tienen problemas graves de salud mental, y en especial las que cursan con síntomas psicóticos, ponen en juego en la relación vincular que establecen con los profesionales y terapeutas una modalidad relacional ambivalente, entre aceptar la presencia y ausentarse, entre permitir la cercanía y necesitar alejarse. Por momentos los sentimos cerca, creemos que la relación se ha instalado; en otros

momentos los sentimientos se distancian. A veces necesitan tomar esta distancia del vínculo terapéutico.

Esta característica, que se juega en la relación vincular, es observada y trabajada más operativamente en el grupo de psicoterapia. Porque este movimiento relacional se da entre todos los componentes del grupo y se actúa en el aquí y ahora de la situación grupal. En el grupo están menos solos y pueden sostenerse unos a otros, sin olvidar cuál es la función-rol de cada uno.

La experiencia de trabajo en grupo, especialmente en la modalidad grupal de corredor terapéutico (10), nos ha ido enseñando que estas personas, integrantes del grupo psicoterapéutico, aprenden a evaluar, a pensar en los objetivos, en los cambios que logran y en aquellos que tendrán que seguir trabajando. Esta reflexión e interiorización de su proceso psicoterapéutico grupal es muy importante para rescatar su subjetividad; de esta forma pueden pasar desde una posición pasiva y dependiente a otra más activa.

Van aprendiendo también a hacer demandas más discriminadas. Los logros progresivos, como el conocimiento acerca de lo que les pasa y de los síntomas, o el hecho de ir poniendo palabras y significados a sus experiencias emocionales, los ayuda a ir adquiriendo, de forma progresiva, una conciencia de sí mismos y de su relación con los otros, conciencia que les va facilitando distanciarse del rol de enfermo, rol pagado de contenidos nada vitales y sí alienantes.

Esta manera de entender los procesos terapéuticos forma parte también de la filosofía e ideología del HDSM. La organización prioritaria de espacios grupales está mostrando a los sujetos en tratamiento y a los profesionales que “juntos podemos”, cuando la experiencia de cambio de actitudes, de conductas, se produce en la relación con otros.

Estas personas, en muchas ocasiones, presentan sentimientos de desconfianza con el medio, con el otro, con la institución. Sus experiencias más primarias no se acompañaron de los cuidados suficientes para crecer, para madurar, para confiar y enriquecer su Yo en desarrollo, pudiendo sufrir experiencias traumáticas tempranas. La inseguridad es uno de los rasgos de esa precaria identidad, con la que han transitado por la vida. Esto hace también que el mundo externo sea vivido como peligroso y respondan con conductas más o menos agresivas, en especial cuando las defensas psicóticas, o el temor a la separación y/o pérdida, estén más presentes. Esta es una manera de comunicarse. Sabemos que la conducta es un lenguaje comprensible a través del encuentro con el otro, del vínculo que vamos construyendo en la relación terapéutica. En ella, el profesional también pone en juego su propia subjetividad, movilizadas en el encuentro con estas personas. Por tanto, a mayor comunicación psicótica, disociada, confusa, mayor necesidad tendrá el terapeuta de apelar a su contratransferencia, a los efectos de esta modalidad vincular, para tratar de entender, contener y sostener estas conductas.

Otro aspecto importante a señalar en el trabajo psicoterapéutico es tener siempre presente el grupo familiar (GF) (11-13). No hay demanda de atención que no surja a través de este, aunque se presente a través del portavoz, que es quien por diversas circunstancias (biológicas, disposición, personalidad...) ocupa o se hace depositario de la angustia fragmentada en el grupo familiar. Él es quien muestra el sufrimiento e interrupción de la tarea familiar. Y lo podemos constatar cuando la necesidad de ayuda no es sentida ni expresada directamente por el paciente, sino por otros, ese grupo familiar y/o primario que se encarga de hacer el pedido de ayuda.

Pero no olvidemos que la necesidad es de todos. La extrañeza que presentan estas personas acerca de lo que les sucede, es decir, de lo depositado en ellos, hace que no tengan palabra, ni lenguaje simbólico; están atrapados en unas emociones y ansiedades que no pueden elaborar y que expresan a través de síntomas. La teoría de la depositación, en relación con las experiencias vinculares, es una de las aportaciones más potentes que hizo Pichon-Rivière a la clínica grupal (14), y que continuó desarrollando Bauleo (15).

La palabra la ponen otros miembros de la familia. Es una palabra cargada emocionalmente, una palabra que designa a uno de los miembros, ya que no pueden, en este primer momento, hacerse cargo de lo que les ha pasado como familia y de lo que les pasa en el momento actual. Hay mucho desconcierto, la crisis es de todos, y cada uno acomete un papel asignado y asumido en el GF.

Esto es lo que los profesionales deberíamos poder leer en la demanda y en la petición de ayuda (16). Si nuestra lectura es lineal, también lo será nuestra respuesta, y ambos, profesional y usuario, quedaremos atrapados en un diagnóstico sintomático que nada dice de la complejidad del sufrimiento humano.

SEGUNDA NOTA. CONTEXTO DEL HD, LA RELACIÓN INTERGRUPAL EQUIPO-USUARIOS-ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

a) Equipo y clínica institucional

Los dispositivos de salud mental, como el Hospital de Día, la Comunidad Terapéutica y la Unidad de Hospitalización, son lugares donde día a día conviven personas con distintas funciones. La tarea es conseguir que esa convivencia sea terapéutica (17). Desde esta perspectiva de convivencia terapéutica, se trata de tener en cuenta que la institución en la que trabajamos, tal como plantea Bauleo, es una relación intergrupal. Una relación entre los usuarios (pacientes y sus grupos familiares), el equipo de profesionales, la organización institucional y las Unidades de Salud Mental Comunitaria que hacen la derivación. Es decir, se crea una trama vincular

inconsciente entre todos estos grupos que estará presente en toda la organización institucional, en tanto son los grupos humanos quienes la conforman.

Los HD son recursos para la atención en salud mental de aquellas personas que los equipos de profesionales y sus organizaciones consideran que requieren una atención más especializada, integral e intensiva. Es un lugar al que acuden tras otras intervenciones clínicas y/o sociales. El inicio del tratamiento en el HDSM es un momento muy importante que requiere de un trabajo multidisciplinario, así como de una coordinación entre los distintos equipos y servicios. En nuestra práctica hemos aprendido que mantener encuadres organizados, fijos y constantes para la tarea de coordinación y cooperación entre equipos es fundamental, tanto para los profesionales como para los usuarios y familias. Estos espacios de cooperación se van construyendo, no vienen dados, y constituyen lugares para pensar en las estrategias terapéuticas.

Se trata, por tanto, de una tarea entre todos donde la escucha, el diálogo, el intercambio de información, la comunicación, vaya siendo una labor conjunta, partiendo de las diferencias. Puede ser un lugar de aprendizaje común, donde se pueda ir creando un marco referencial interdisciplinar, útil y eficaz para cada momento y para la continuidad asistencial y de cuidados. Sabemos que estas personas van a necesitar, en algunos casos, distintos recursos asistenciales, sociales, comunitarios y laborales, dependiendo del momento por el que transitan hacia una adaptación activa, transformadora de su medio interno y externo. De este modo, conseguimos que el usuario de estos servicios no sea fragmentado, sino visto en una totalidad operativa.

Uno de los objetivos, para la COG, es que las personas puedan rescatar sus experiencias subjetivas, no solo del lado del conflicto o déficit, sino integrando los aspectos saludables, su potencial y sus capacidades. Aspectos saludables que, como señala Racamier (18), intentan una y otra vez ocultarse porque la confrontación con la realidad es vivida en ocasiones de forma muy exigente y activada también por el temor a las vivencias de fracaso del pasado, en su intento de individualización.

El equipo funciona como un grupo operativo con una tarea en común, y será desde cada esquema de referencia individual donde se conformará dicha tarea. Se darán, como en todo grupo, momentos de confluencia, de diversidad, de conflicto. Pero creemos que, sin este trabajo en equipo, la fragmentación y la parcialidad serán obstáculos con repercusiones importantes en el trabajo clínico (19).

En el HDSM, como en los otros dispositivos asistenciales, la constitución del equipo-grupo es la primera tarea (20), una herramienta imprescindible que no siempre puede lograrse. Los equipos están formados por personas y, aunque la cooperación de todos es imprescindible, no siempre se lleva a buen fin. Renunciar a una parte del saber en función del saber de otro no es fácil. Solo tomando como objeto de trabajo la intersubjetividad, la grupalidad, podemos salir de posturas narcisistas

y omnipotentes. Y cuando sentimos necesaria la presencia del otro para trabajar, entender y construir conocimiento, podremos abrir una brecha para que la inclusión de otros saberes sea posible.

Nuestra experiencia, no sin contradicciones y conflictos, nos muestra que la tarea grupal la fuimos conformando en la medida en que íbamos construyendo los espacios grupales de tratamiento, entre ellos la psicoterapia grupal y el equipo-grupo. A lo largo de los años fuimos confluyendo en un esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO) común, que se iba actualizando en cada tarea u objetivo del equipo, no sin atravesar y enfrentar dificultades.

Hemos constatado y experimentado que mantener los espacios de equipo, trabajando alrededor de nuestra labor terapéutica, facilita que el profesional pueda trabajar con una disociación operativa e instrumental. De este modo, delega inconscientemente una parte de su identidad en la institución-equipo y este, a su vez, actúa de continente, de encuadre, como nos señala Bleger (21).

En un equipo-institución, al igual que sucede en el grupo familiar, puede darse un proceso de no elaboración transgeneracional de los conflictos y, por tanto, actuar-se en el aquí y ahora, es decir, se reeditan las historias previas no elaboradas. Estas cuestiones, en ocasiones, son las que los profesionales jóvenes se encuentran cuando empiezan a trabajar en un Servicio de Salud Mental. A veces, las historias y conflictos no trabajados se actúan de nuevo inconscientemente en algunos miembros del equipo, presentes y/o ausentes. Son emergentes de aquello que no pudo resolverse. De esta forma, cuando no hay palabra, la repetición está servida. Y el equipo queda atrapado en lo más instituido.

Desde estas premisas, es importante que un equipo se constituya en un grupo de trabajo que sea capaz de verbalizar los problemas-obstáculos que surgen en la tarea. Esta es la perspectiva de nuestra COG y de nuestra clínica institucional; aquello que atraviesa inconscientemente las tramas y vínculos debe ser puesto en palabras por el equipo.

En contextos como el HDSM, la Unidad de Hospitalización o la Comunidad Terapéutica, lugares de convivencia, los conflictos no elaborados que permanecen transgeneracionalmente se hacen presentes también en el trato con los pacientes. Por tanto, estos también podrán ser depositarios de lo no elaborado en el equipo.

Para detectar las dificultades, elaborarlas y nombrarlas, es importante construir y mantener espacios reglados, encuadrados, de reunión del equipo, sostenidos por la organización institucional, cuyo representante es el “jefe” o el coordinador del dispositivo (22). Toda situación clínica y asistencial, pensada y elaborada, produce un aprendizaje y, por tanto, evita la repetición. Y eso solo es posible en el espacio grupal, en ese equipo-grupo que permite reflexionar y re-pensar los obstáculos emocionales, vinculares y cognitivos ligados a la tarea asistencial.

b) El HD como espacio para la grupalidad

En el HD, la organización de espacios grupales es el centro de la actividad asistencial. Tanto la psicoterapia de grupo operativo como el grupo multifamiliar, y como el grupo comunitario, son los ejes que vertebran la organización psicoterapéutica de las personas en tratamiento. También son centrales otros espacios grupales, que se organizan con diversas tareas y objetivos, como los de terapia ocupacional, taller de arteterapia, de educación para la salud, de creatividad, de relajación..., así como los espacios informales, cuyo efecto terapéutico y socializante tienen una importancia muy relevante y son muy valorados por los pacientes.

Cada persona en tratamiento tiene un referente, psicólogo/a clínico/a o psiquiatra, con quien establece el contrato terapéutico. Este referente viene a ser como el portavoz del equipo. Durante los primeros días, el usuario “convive” en los distintos espacios grupales, formales e informales, organizados en el dispositivo. En las reuniones de la mañana se realiza un primer momento de valoración, una aproximación para entender no solo cuál es la demanda, sino también cómo se relaciona, cómo habla, a quién se dirige, cómo expresa sus afectos, su conducta, su aislamiento, etc. De esta manera, vamos obteniendo información acerca de su modalidad vincular, de sus modos de comunicación, de las defensas que pone en primer plano en las interrelaciones en este “mundo externo”, “microsocial”, que es el HD.

Observamos si se aleja, si prefiere el silencio, si participa en todas las actividades, si se muestra abierto al contacto, etc. Nos asombra, en ocasiones, cómo estas personas tan ausentes de la vida cotidiana se “adaptan” sin aparente dificultad. Otros, día a día, nos anuncian que no van a volver, están asustados. Otros encuentran, al menos, un lugar para estar y sentirse acompañados. Damos el tiempo necesario para que sean ellos quienes nos elijan, quienes muestren una cierta motivación para empezar un trabajo con nosotros. Las personas que han sido muy dañadas en sus vínculos primarios, en general, necesitan ir estableciendo las relaciones, acercándose, alejándose, poniéndonos a prueba para confirmar si pueden confiar en nosotros. Nos corresponde poner las condiciones para que ese encuentro sea posible, darnos y ofrecerles tiempo.

En las reuniones del equipo, cada uno va poniendo palabras a estas primeras relaciones. A unos les producirá ternura, otros se angustiarán ante la expresión caótica de su mundo interno, otros se sentirán confusos, otros encontrarán posibilidades de cambiar. Entre todos podremos darnos cuenta de las depositaciones de fragmentos de esa totalidad no integrada con la que establecen los vínculos interpersonales. Tienen que cuidarse y protegerse de lo vivido en su grupo familiar y social, y también de lo acontecido desde el momento en que comienzan su relación con la institución de salud mental.

El grupo familiar está presente desde el primer momento en el proceso de evaluación. También con ellos empezaremos un encuentro y un complejo diálogo. Estamos ante un grupo que viene ya definido, dolorido por lo que vive como un fracaso, asustado ante ese imaginario social que significa la enfermedad mental, e impotente para hacerse cargo de sus miembros. Sin apenas entender qué les ha pasado como familia. El encuentro con el grupo familiar, difícil a veces, nos da una dimensión más compleja, más rica, de las conductas, las ideas, los síntomas y el sufrimiento que intentan comunicarnos a través de su portavoz.

En el grupo psicoterapéutico multifamiliar se dramatizan entre todos los componentes del grupo primario las escenas de la vida cotidiana familiar y de la vida cotidiana del HD. Nos encontramos con frecuencia que sus miembros se presentan con los roles de “enfermo mental” y de “familiar de enfermo mental” rigidificados. Es un entramado relacional donde a veces se desdibuja quién es quién en un diálogo desorganizado, indiscriminado. Observamos alianzas entre grupos de familiares, entre las personas en tratamiento frente a las familias, las familias aliadas en un “como si”, para defenderse de los sentimientos de culpa y los reproches. Las identificaciones cobran un lugar emergente central. Para el trabajo grupal del HD este espacio es continente.

Y otro espacio continente grupal e institucional que organiza y sostiene el trabajo en el HD es el Grupo Común o comunitario. Es un espacio intergrupal, un encuentro entre el grupo de profesionales y las personas en tratamiento atravesado por la institución, sus normas, sus límites.

El trabajo en grupo y el pensamiento grupal se van adquiriendo en la experiencia compartida, sostenida por el equipo. Somos personas trabajando, dialogando con otros, con un objetivo y tarea común. Con momentos instituyentes, muchas veces en confrontación con lo instituido, con las normas. Creemos que es necesario que los profesionales tengan un conocimiento acerca de lo grupal, de la convivencia terapéutica, del ambiente terapéutico y sus efectos. De ahí la importancia, como señalamos en párrafos anteriores, del trabajo en equipo multi e interdisciplinar.

Así, el HD, donde se instaura la convivencia terapéutica, da una perspectiva de la salud, del tratamiento y de la enfermedad de manera integrada, procesual y contextualizada. Sabiendo que no hay cambio sin ruptura y aprendizaje. Y esto es una tarea de todos: no cambia el paciente sin los cambios necesarios en el grupo familiar, en los equipos y en la cultura sanitaria, lo contrario sería hacer del cambio un “como si”.

TERCERA NOTA. PSICOTERAPIA DE GRUPO OPERATIVO

A lo largo de este texto hemos ido señalando el potencial terapéutico que tiene el campo de lo grupal, de la psicoterapia grupal operativa. Y de forma muy significativa para las personas con las que trabajamos en el HD, que han tenido y tienen

serias dificultades y obstáculos para la resolución de sus conflictos, déficits y para construir sus proyectos vitales.

Hemos señalado también la importancia del contexto del HD como un lugar de convivencia terapéutica y la relevancia del equipo terapéutico como herramienta de trabajo.

Ahora vamos a referirnos más concretamente a la Psicoterapia de Grupo Operativo, que es el modelo desde el que trabajamos. Modelo que, como apuntamos previamente, se enmarca en la Psicología Social y el Grupo Operativo creado por Pichon-Rivière y desarrollado posteriormente por A. Bauleo en la Concepción Operativa de Grupo. La psicoterapia grupal es una intervención terapéutica más compleja que la individual, que incluye también el estudio de la conducta, del síntoma, del sufrimiento psíquico, en todos los ámbitos donde se expresa, es decir, en la vida cotidiana, la vida grupal, familiar y social.

Desde la perspectiva de la Concepción Operativa de Grupo consideramos que el grupo es el marco “natural” para las personas, entendiendo que la psicoterapia de grupo se configura como un espacio microsociales donde se reactualizan en el “aquí y ahora” de la experiencia los diferentes vínculos y relaciones interpersonales que han constituido la identidad del sujeto, su identidad social.

Pensamos el grupo como un objeto propio, siendo el eje central del trabajo psicoterapéutico la construcción del aquí y ahora. Así, la historia biográfica de cada miembro del grupo queda representada y dramatizada en ese momento grupal en que los integrantes encaran la tarea y la van construyendo. El antes es observado e investigado desde el ahora, desde el discurso grupal construido alrededor de la tarea que los convoca.

A. Bauleo señala que la tarea es la que convoca, define y constituye al grupo (23) y cada integrante la enfrenta desde el aprendizaje que ha ido internalizando por los diferentes grupos que ha transitado, incluido el primer grupo, el grupo familiar.

Las personas que acuden al programa del HD presentan síntomas psicóticos, alteraciones de conducta, conflictos psicosociales...; están atravesando crisis, actuales o pasadas, que no han podido resolverse, atrapados en la repetición, en un estereotipo defensivo. De ahí la importancia de la psicoterapia grupal, que facilita también la integración de los diferentes aspectos de la vida del sujeto, las partes sanas, los recursos. No es la mirada hacia el diagnóstico y hacia el déficit, sino hacia la totalidad de la persona.

Pichon-Rivière decía que la tarea grupal es el aprendizaje, aprender a pensar en sí mismo, en la relación con otro, pensar acerca de la vida cotidiana, de la propia historia que siente rota. Por tanto, el *insight* es para nosotras un ir aprendiendo a pensar, a tomar en cuenta la alienación a la que ciertas relaciones vinculares someten; también aquellas en las que el otro está oscurecido y poco discriminado del yo, o bien aparece como persecutorio, sin poder separar las vivencias internas de lo externo.

En las primeras etapas del grupo se actualiza lo más primario y los roles familiares y sociales. El sujeto en el grupo psicoterapéutico comienza su experiencia grupal desde el rol adjudicado y asumido en el grupo familiar, pero también en el entorno social. En esos primeros momentos del grupo, y con personas tan dañadas en los vínculos, está presente la indiscriminación, no hay diferencia con el otro. El grupo primario irrumpe, la confusión está servida, el espacio del aquí y ahora es en parte desconocido, pero también es revisitado por los fantasmas y movilizad por aquello que se atascó, que se bloqueó, que detuvo el desarrollo hacia un sujeto autónomo y discriminado. La angustia en estas fases suele presentar connotaciones psicóticas, desestructurantes. El silencio muestra una negación ante la angustia, el bloqueo.

Sabemos por la experiencia que el deseo y la motivación para el cambio no vienen dados, se van construyendo en el devenir de la terapia de grupo. Vamos iniciando el trabajo terapéutico a partir de las necesidades que con frecuencia son negadas, ignoradas o evitadas. Y también es un momento donde lo más regresivo está presente. Hay que acompañarlos, escucharlos, estar disponibles, adelantarnos a sus necesidades, sin invadir ni invalidarlos. Tarea compleja, difícil, que requiere de un trabajo colectivo de todo el equipo terapéutico, no solo en el grupo de psicoterapia; aunque este sea el eje central.

Poco a poco los integrantes del grupo van sintiendo que el espacio grupal es algo seguro y deseable; aunque les siga resultando inquietante, pueden ir acercándose a la tarea terapéutica. Es un momento en que la cooperación entre todos está más presente, ya sienten el grupo como “suyo”. Van aprendiendo a cuidar su espacio como una representación de aquellos otros espacios que en su vida cotidiana desean o necesitan cuidar, desde ellos mismos hasta su entorno.

Este rol que van adquiriendo de cuidadores y, por tanto, de sujetos activos no es fácil que aparezca al inicio del proceso terapéutico grupal, pues ellos mismos han sufrido, en su trayectoria personal y vital, esta falta de apoyo que no les permitió su crecimiento, atrapados en simbiosis patógenas graves que los anularon. La experiencia de recibir, de ser cuidado, se incorpora como un aprendizaje que puede posibilitar, ya en la edad adulta, ser capaz de recibir y dar. El intercambio, el sentimiento de pertenencia, que se va produciendo en el espacio grupal es una señal de crecimiento y de adquisición de cierta independencia y/o autonomía.

Así, el aprendizaje en la terapia de grupo, a través de la experiencia terapéutica, significa conocer las necesidades que se tiene de la presencia e intercambio con el otro, sin temor, o al menos con menos temor, a ser atrapado, a fracasar, a ser de nuevo decepcionado. Ya que tanto el miedo a la presencia como a la ausencia son producto de un aprendizaje fallido en la relación vincular. Y de eso tratamos en la psicoterapia de grupo: que se pueda aprender, consciente y/o inconscientemente,

que las relaciones pueden ser distintas, reparadoras, una fuente de experiencias nuevas, posibilitando el pasaje del grupo familiar al grupo social. De ahí que Rosa Gómez Esteban considere “el grupo como espacio transicional”, un factor terapéutico significativo (24).

De esta manera, el espacio grupal, que será para la mayoría de estas personas una experiencia nueva de tratamiento, lo percibirán como un lugar seguro, y seguro significa ser escuchado como persona, no ser objeto de intervención parcializada o fragmentada. En el trabajo grupal irán aprendiendo a ocupar otros roles más operativos y funcionales, aprendizaje que les permitirá desarrollarlos también en el grupo familiar y en el grupo social.

Así, los miembros del grupo empiezan a descubrir que cuidarse, interesarse por el otro, es también ocupar un lugar distinto al papel regresivo de niño-dependiente-enfermo. Entre todos van construyendo un discurso grupal que produce una realidad distinta a la situación primaria. El grupo va pasando por momentos en que la terapia como tarea va teniendo unos contenidos y formas que remiten a ellos como protagonistas y actores.

En la situación grupal, lo central es que podamos discriminar nuestros roles y funciones y que el diálogo favorezca que cada uno, y colectivamente, vaya construyendo un ECRO común. Así, disminuyen las ansiedades paranoides, la desconfianza; va surgiendo un “nosotros”; se van internalizando las experiencias relacionales; se va dando lo que Pichon-Rivière describe como un elemento central del grupo: “la mutua representación interna” (25). De este modo, estas personas tan atrapadas en el estereotipo de la enfermedad pueden ir modificando la manera de mirarse y mirar a los otros. Son momentos de cambio. Pero tengamos en cuenta que este proceso no es lineal, y que es frecuente, frente a la tarea y el cambio, la aparición de resistencias ante el temor a lo nuevo. El temor al cambio también es a la vida, a volver a fracasar. Esa vida que es su sustento, mejor o peor, se puede volver a romper. Miedo a recaer, a quedar de nuevo atrapado en una relación con la institución donde el sujeto quede cosificado, sin escucha.

El trabajo grupal, desde esta perspectiva, posibilita también que el terapeuta deje de sentir o al menos pueda poner palabras a la sensación de fracaso, de apatía e inutilidad que a veces estas personas nos transfieren en su relación. Porque hay momentos en el proceso terapéutico que necesitan inmovilizarnos en el vínculo para bloquear los sentimientos y emociones que le son intolerables. Cuando ambos, coordinadores e integrantes del grupo, toman conciencia de este obstáculo para la consecución de la tarea, se puede pasar a otro momento grupal donde las resistencias dejen paso a lo creativo.

En nuestra práctica, los espacios de psicoterapia de grupo se han mantenido desde los inicios del HDSM. Los hemos organizado a modo de corredores terapéu-

ticos, al considerarla una modalidad adecuada para la organización asistencial y a los tiempos con los que trabajamos. Se desarrollan de septiembre a junio, con momentos de evaluación que posibilitan la salida del grupo de algunas personas, la entrada de nuevos integrantes y la continuidad de otros. Los más antiguos dan entrada, contienen a los nuevos; también les harán saber, de alguna manera, que tendrán que ser aceptados. La experiencia grupal se va estructurando en esta interacción de lo nuevo y lo viejo. Despedir y acompañar a un compañero a cerrar su tratamiento es muy importante, más en estas personas que difícilmente pasan por las experiencias de terminar una etapa en su proceso terapéutico, donde puedan decidir qué otras necesidades tienen y si precisan de la ayuda institucional o si ya pueden distanciarse de “nosotros” los profesionales y darse “un descanso”. Experimentar, decidir, pensar en ello, es rescatarse como persona, como sujeto con la capacidad de decidir.

En la psicoterapia de grupo operativo damos especial relevancia a la función del equipo de coordinación, constituido por dos roles, el de coordinación y observación. Ambos roles son funcionales a la tarea y posibilitan uno de los elementos terapéuticos significativos en el grupo operativo: la interpretación y la lectura de emergentes.

El coordinador, o el equipo coordinador, es quien define las condiciones para que se dé el proceso terapéutico: tiempo, espacio y normas que se adapten a la tarea y a los integrantes del grupo. Es decir, tiene la función de delimitar el encuadre grupal que, como nos dice Bleger, es la primera intervención del coordinador de grupo. Organiza un marco que brinda seguridad psicológica, y, a la vez, se constituye como depósito que absorbe ansiedades muy intensas e inclusive factores resistenciales. Para ello, debe contar con el encuadre institucional que organice y sostenga la vida cotidiana-asistencial de los grupos, de los profesionales, que proteja y posibilite el trabajo del equipo. La importancia de este encuadre institucional se ha evidenciado en los tiempos de pandemia.

El equipo coordinador y/o los terapeutas de grupo llevarán a cabo su tarea utilizando como instrumentos, entre otros, los emergentes, la interpretación, la transferencia y la contratransferencia. “El emergente” puede ser una palabra, una frase, un gesto, un silencio, algo que sucede, que conecta los planos explícito e implícito de una situación y permite al terapeuta hacer una hipótesis de lo que está pasando, que devuelve al grupo en forma de señalamiento o interpretación.

De esta manera, cuando en la situación grupal surge la emergencia de un discurso delirante, el coordinador intenta entenderlo no solo como lenguaje significativo, sino como la función que cumple en el proceso terapéutico grupal. La escucha nos lleva a preguntarnos qué ha sucedido en la situación grupal para producir este discurso y será necesaria la participación tanto del equipo coordinador como de los integrantes para intentar entender el significado de esa comunicación en el aquí y

ahora. Desde la verticalidad (la historia subjetiva de un integrante del grupo) en interrelación con la horizontalidad (la historia grupal) tenemos presente que no es el delirio solo de un sujeto, sino que este es portavoz de la angustia grupal que invade al grupo en un momento determinado. Entre todos los participantes van dando distintos significados a partir de su propia experiencia y actualizan en el contexto de la sesión como una representación en el afuera de la realidad interna.

Y así, en esta construcción que va haciendo el grupo, afrontando las ansiedades más primarias y desorganizadas, nos acercamos a lo emocional, vamos sabiendo algo más del afecto ligado a la producción delirante. El coordinador, en palabras de Pichon-Rivière, es un “copensor”, esta es su función. Va acompañando al grupo, detectando los obstáculos en la consecución de la tarea, facilitando el pasaje de las situaciones dilemáticas a problemáticas, en una interacción dialéctica. En ningún caso, lidera el grupo.

El coordinador escucha al grupo y va teniendo en cuenta los distintos momentos por los que atraviesa, y lo toma como guía para su intervención. Escucha al grupo desde su contratransferencia, que, como señala Bauleo, es la guía del latente grupal: “Solo se puede penetrar en el intrincado y complejo mundo fantasmático que aloja la intersubjetividad con el instrumento psicológico que somos nosotros mismos, por tanto, se hace necesario afinarlo” (23).

Porque también en el coordinador y el observador del grupo se movilizan emociones, frente al grupo, la tarea, los fenómenos transferenciales. La contratransferencia, es decir, las emociones movilizadas en la relación terapéutica, para nosotras, es un instrumento de investigación, intervención y cuestionamiento. Cuando estamos trabajando con grupos es importante darnos tiempo para observar el acontecer grupal sin interferirlo y permitirnos que la temática y dinámica grupal nos afecte lo suficiente para poder registrar lo que nos impacta, nuestras reacciones iniciales.

En la relación terapéutica es frecuente que los profesionales podamos, en algunos momentos, sentirnos invadidos por la tristeza, el vaciamiento y la impotencia. Fácilmente podemos quedar atrapados en la relación vincular y actuar con reacciones defensivas que son muy humanas, y en el temor de no poder sostener el vínculo, tomando distancia o racionalizando. También puede invadirnos la sensación de que el trabajo que realizamos no tiene sentido, asumiendo en exceso el dolor, y ello nos conduce a la imposibilidad de pensar.

Al ser conscientes de nuestra implicación y contratransferencia vamos aprendiendo que necesitamos sostenernos en otros para favorecer cambios y procesos constructivos y salir de los espacios instituidos y burocráticos. Sin esta percepción y trabajo reflexivo mutuo y compartido, se puede producir una detención en el aprendizaje, el crecimiento y el desarrollo de ambos: el paciente quedará atrapado en la llamada cronicidad y los profesionales en lo instituido.

Si nuestro narcisismo nos lo permite, podremos contener nuestros deseos de mostrar un conocimiento que no tenemos, o que solo tenemos desde lo más teórico o lo más vivencial. De este modo, los espacios de diálogo con otros, con el equipo de trabajo, los compañeros, los espacios de formación, de supervisión, serán las herramientas necesarias para el desempeño del rol de coordinadores. Estos instrumentos nos permiten sostenernos y tomar conciencia de que no hay un ellos y un nosotros, sino distintas funciones y tareas.

Para nosotras es muy enriquecedor y creativo encontrarnos en momentos instituyentes, donde el efecto de la grupalidad permite que emerja la subjetividad, y en especial para las personas con las que trabajamos en el HD. Aprendimos que hay que estar atentos a los obstáculos institucionales y subjetivos, que hacen pronto su aparición cuando se vislumbra un posible cambio que nos enfrenta con pérdidas de viejos recursos, que nos sirvieron en su momento pero que ya han quedado estereotipados y convertidos en una dinámica repetitiva.

Por ello, reiteramos la importancia del encuadre grupal, el encuadre del equipo y el encuadre terapéutico para que los profesionales y el terapeuta grupal no queden a merced solo del momento del equipo o de la institución. Rescatando de nuevo a Bleger, equipo y terapeuta necesitan de un encuadre estable que a modo de *holding* sostenga las ansiedades propias de la tarea terapéutica. Compartimos con Bauleo que la contratransferencia se configura en la formación, se reafirma en la supervisión y se confronta en el ejercicio cotidiano de la práctica, así como en la comunicación entre colegas (23). Y con Rosa Gómez Esteban coincidimos en la importancia de la formación de los profesionales de la salud mental en el ámbito psicoterapéutico, y más específicamente en la Clínica Grupal Operativa (26). Nosotras creemos que la supervisión, la formación en grupo y el trabajo en equipo son elementos imprescindibles para sostener la psicoterapia grupal en el HDMS. Más aún si queremos ir más allá de lo instituido y de los mandatos sociales donde el sujeto, la subjetividad y la grupalidad quedan desdibujados en un modelo individualista que fomenta la desigualdad y la designación como enfermos.

Terminamos con unas palabras de Diego Vico: “Para trabajar con personas con experiencias psicóticas en grupo, necesitamos: instrucción técnica para dar sentido a nuestras actuaciones; implicación personal para establecer una relación que pueda ser terapéutica y no una impostura; y espacio-tiempo, coordinadas en las que se desarrolla el proceso vital” (8).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vico Cano D. Sobre intervenciones grupales en un Hospital de Día. Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2003; 9.
- (2) Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Mas Hess (coord.) Hospital de día. Cuadernos técnicos, 12. Madrid: AEN, 2009.
- (3) González de Chávez M. 25 años de psicoterapia de grupo en la psicosis. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2012.
- (4) Gómez Esteban R. Psicoterapia de grupo psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal. En: Gómez Esteban R, Rivas Padilla E. La práctica analítica en las instituciones de salud mental, la psicosis y el malestar en la época actual. Madrid: AEN, 2006; pp. 85-119.
- (5) Gómez Esteban R, Lorenzo López L. Clínica operativa. Webinar AEN. 2022. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=yMUqZysw8BI>
- (6) Bleger J. Psicohigiene y psicología institucional. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- (7) Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social. Proceso grupal. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.
- (8) Vico Cano D. Trabajo con psicóticos. Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 1994; Nº 0.
- (9) Tarí A, Ferrer C. Duelo y recuperación. En: Hernández Monsalve M, Nieto Degregori MP (coords). Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid: Grupo 5, 2011; pp. 127-150.
- (10) Bauleo A, Duro JC, Vignale R. La concepción operativa de grupo. Madrid: AEN, 1990.
- (11) Scherzer A. De la familia edípica a la familia grupal. Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2010; 14.
- (12) Fischetti R. Setting gruppale e familiare. Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; Nº Extra.
- (13) Monserrat A, Palacios E. Aportes de la concepción vincular en la intervención con familia. Aspectos teóricos y técnicos y su aplicación en la clínica. Revista de Psicoanálisis. 2012; 65: 99-114.
- (14) Pichon-Rivière E. Teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
- (15) Bauleo A. Psicoanálisis y grupalidad. Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- (16) De Brasi M, Bauleo A. Clínica grupal y clínica unistitucional. Madrid: Atuel SA, 1990.
- (17) Vico Cano D. Pero... ¿de qué se trata? Revista Área 3, Cuaderno de temas grupales e institucionales. 2006; 1.
- (18) Racamier PC. Los esquizofrénicos. Madrid: Biblioteca Nueva, 1983.
- (19) Lorenzo L. La psicoterapia de grupo y la psicosis. Un lugar para el sujeto. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2018; pp. 34-42.

- (20) Vallejo F. Grupo, equipo e institución en los contextos actuales. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2018; pp. 93-101.
- (21) Bleger J. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En: Bleger J. Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico. Buenos aires: Paidós, 1967; pp. 237-250.
- (22) Irazábal E. Jefes, líderes y coordinadores. Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; 22.
- (23) Bauleo A, Montserrat A, Suárez F. Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad. Buenos Aires: Editorial Atuel, 2005.
- (24) Gómez Esteban R. Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo. En: Ceverino A (coord.). Salud mental y terapia grupal. Madrid: Ed. Grupo 5, 2014; pp. 53-81.
- (25) Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.
- (26) Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019; 39 (136): 117-142.