

Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia

ISSN 2105-1038

Nº 19-2/2018

**Aspectos de la técnica en el psicoanálisis contemporáneo
con la pareja y la familia**

**Espacio psíquico y temporalidad en el “Grupo Familiar”,
convergencia de biografías en el contexto de un Hospital de Día.
La memoria vincular y la relación con el inconsciente**
Juan González Rojas*, Paloma de Pablos Rodríguez**

*[Recibido: 28 de septiembre de 2018
Aceptado: 19 de noviembre de 2018]*

* Licenciado en Filosofía y Letras por la Universidad Complutense de Madrid, psicólogo clínico de los servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid en centros de Salud Mental y Hospitales de Día Provincial y Universitario de Getafe, tutor y supervisor de residentes PIR y MIR y alumnos de Psicología del Prácticum de la Universidad Complutense, fundador de la Asociación Española de Investigación en Psicoterapia y Psicología Social, fundador y didacta de la Sociedad Española para el desarrollo del grupo y la psicoterapia psicoanalítica, miembro de FEAP, miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y fundador de la sección de grupos de la misma, miembro fundador de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de pareja y Familia, miembro de su CA, docente y supervisor del seminario de formación de la AEIPPS, fundador del equipo de tratamiento de familias en riesgo de la red de protección a la infancia de la Comunidad de Madrid, diversas publicaciones en revistas científicas. jmgre1@hotmail.com

** Licenciada en psicología Social (Facultad de Sociología UCM), coordinadora y terapeuta del equipo de tratamiento psicoterapéutico a Infancia y Familia en riesgo de la red de protección a la infancia de la Comunidad de Madrid (1993-2011), profesora colaboradora de la UNED, miembro titular y fundador de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia, miembro de su Consejo de Administración de 2006 a 2014, miembro del Colegio de Representantes (2018), miembro fundador, presidenta, supervisora y docente de la Asociación Española de Investigación en Psicoterapia y Psicología Social, miembro fundador de la sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN (2015). palomadepablos@hotmail.es

Resumen

En el contexto de un Hospital de Día, con un modelo de comunidad terapéutica, las intervenciones son variadas y complejas, unas específicamente clínicas y otras terapéuticas. Unas y otras conforman respuestas alternativas a conflictos y problemáticas de pacientes con patologías graves, un aprendizaje de nuevos modelos defensivos. Espacios de psicoterapia de grupo, de psicoterapia del grupo familiar y de Grupo Multifamiliar se alternan en la dinámica diaria. Terapeutas y equipos sustentan el trabajo en la institución, creando dinámicas que son generadas por los diferentes espacios institucionales. La concepción del aparato psíquico grupal y del familiar coexisten con el espacio psíquico del Grupo Multifamiliar (GMF), que convoca y contiene el pensamiento, como presencia y ausencia al mismo tiempo, generando un imaginario y código compartidos que producen simbolismo. Hay una memoria vincular (Ruffiot, 1979) y una duración (Bergson, 1977), así como una relación con el inconsciente y los distintos avatares de la transmisión transgeneracional (Kaës, 1976). Nuestra comunicación recoge reflexiones sobre algunas viñetas clínicas de trabajo en Hospital de Día en comunidad terapéutica, de pacientes con trastorno mental grave y sus familias. Tiempo y espacio juegan aquí de una manera primordial. En la sesión se movilizan simultáneamente múltiples temporalidades: las biografías familiares, las personales, las del terapeuta, de los miembros del Equipo.

Palabras clave: memoria vincular, evocación, creación de figurabilidad, discurso grupal, envolturas institucionales.

Summary. *Psychic space and temporality in the “Family Group”, bringing together histories in the setting of a day hospital: link memory and its relationship with the unconscious*

In the setting of a day hospital, modelled on a therapeutic community, interventions are varied and complex, some specifically clinical, and others therapeutic. Some of them constitute alternative responses to conflicts and problems of patients with serious pathologies, who are learning new defensive models. Psychic spaces of group psychotherapy, psychotherapy of the family group and Multifamily Group alternate in the daily dynamics. Therapists and teams support the work in the institution, creating dynamics that are generated via the different institutional spaces. The concept of the group and family psychic apparatus coexist with the psychic space of the Multifamily Group (GMF), which summons and contains thought, as presence and absence at the same time, generating a shared imaginary and code that produces symbolism. There is a “link memory” (Ruffiot, 1979) and “duration” (Bergson, 1977), as well as a relation with the unconscious and the different vicissitudes of transgenerational transmission (Kaës 1976). Our article gathers reflections on some clinical vignettes of work in the day hospital in a therapeutic community with patients with severe mental disorders and their families. Time and space operate here in a primordial way. In the session, multiple temporalities are mobilised simultaneously: family histories, personal histories, those of the therapist and of the members of the Team.

Keywords: link memory, evocation, creation of “figurability” group discourse, “institutional envelopes”.

Résumé. *Espace psychique et temporalité dans le “groupe familial”, la convergence des biographies dans le cadre d’un hôpital de jour. Mémoire des liens et relation avec l’inconscient*

Dans le contexte d’un hôpital de jour, avec un modèle de communauté thérapeutique, les interventions sont variées et complexes, certaines spécifiquement cliniques et d’autres thérapeutiques. Les unes comme les autres constituent des réponses alternatives aux conflits et problèmes de patients atteints de pathologies graves, un apprentissage de nouveaux modèles défensifs. Des espaces de psychothérapie de groupe, de psychothérapie de groupe familial et de groupe multifamilial alternent dans la dynamique quotidienne. Les thérapeutes et les équipes soutiennent le travail au sein de l’institution en créant une dynamique générée par les différents espaces institutionnels. La conception de l’appareil psychique du groupe et de la famille coexiste avec l’espace psychique du groupe multifamilial (GMF), qui convoque et contient la pensée, à la fois comme présence et absence, générant un imaginaire et un code communs produisant un symbolisme. Il existe une mémoire des liens (Ruffiot, 1979) et une durée (durée de Bergson, 1977), ainsi qu’une relation avec l’inconscient et les diverses vicissitudes de la transmission transgénérationnelle (Kaës, 1976). Notre communication rassemble des réflexions sur quelques vignettes cliniques du travail en hôpital de jour en communauté thérapeutique auprès de patients souffrant de troubles mentaux graves et de leurs familles. Le temps et l’espace jouent ici d’une manière primordiale. Lors de la séance, plusieurs temporalités sont mobilisées simultanément: biographies familiales, biographies personnelles, celles du thérapeute, des membres de l’équipe.

Mots-clés: mémoire des liens, évocation, création de la figurabilité, discours groupal, enveloppes institutionnelles.

Introducción

El presente trabajo versa sobre la mostración clínica de los diferentes espacios terapéuticos y de la complejidad institucional e interinstitucional, es un boceto de un trabajo más amplio a desarrollar posteriormente, donde se incluya la producción psicoterapéutica en diferentes espacios. Son muchos los factores a tener en cuenta, en este trabajo solamente recogemos algunos de ellos, pinceladas de un cuadro impresionista al que hay que acercarse y tomar distancia para verlo en detalle y globalmente. Es por tanto un trabajo que renuncia en este momento a dar una explicación causal a todas las situaciones que se muestran, aunque muchas se vislumbran, se intuyen y se adivinan desde la descripción que realizamos.

Son muchos los autores de los que nos nutrimos y que están en espíritu y letra en el presente trabajo, de la A de Anzieu a la W de Winnicott.

Nuestra concepción del aparato psíquico extenso (Merea, 2003; Kaës, 1976) es aplicada tanto a la psicoterapia de grupo como a la familia, considerando un “aparato psíquico grupal” y un “aparato psíquico familiar” (Ruffiot, 1979; Kaës 1976). Esta concepción la llevamos también a la aplicación psicoterapéutica en el Grupo Multifamiliar. Es por eso que hablamos de *grupo familiar* y no de *Grupo Multifamiliar* en nuestro título.

El Espacio de Grupo Multifamiliar es evocador y de nueva creación, corrector de los lugares familiares en conexión con las fantasías originarias y en la redistribución de las depositaciones, discursos, distancias sociales, correspondientes a la neo producción grupal, una reorganización y discriminación de lo íntimo, lo privado y lo público (Carel, 2004).

El trabajo de elaboración de estos planos de realización del psiquismo, de las nuevas situaciones congeladas y de atrapamiento, requiere de una catectización, investidura y encuadre que contenga y sostenga este espacio de recreación vincular, y habida cuenta de la intensidad de las ansiedades de las que son portadores los pacientes, precisamos de una concepción de cómo crear las envolturas necesarias para sujetarlas y tramitarlas (Anzieu, 1987). La concepción grupal que necesitamos ha de integrar herramientas de pensamiento sobre lo pulsional en la intersubjetividad (Maldavsky, 1991); ya que el Grupo Multifamiliar ha de ser el lugar de producción de fantasía y figurabilidad, un espacio onírico, contrario a los actings agresivos y los vacíos de los pacientes graves, a la vez espacio protector de lo interior que de seguridad a los participantes ante la destructividad del medio interno y frente a la violencia del medio externo, a veces como contra actuación institucional (Anzieu, 1987; Kaës, 1996). El foco está puesto en el GMF y su complementariedad con la visión que el terapeuta tiene desde otros espacios terapéuticos, como terapia de grupo y terapia del grupo familiar, siempre sin perder de vista la concepción institucional en la que todo ello está inmerso (Maldavsky, 1991; Bauleo, 1997; Kaës, 1993; Kernberg, 1998)¹.

Antecedentes y desarrollo del GMF en Hospital de Día.

La primera edición del libro de García Badaracco *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar* que conocí es del año 1991. Hasta que pude poner en práctica en Madrid, en el año 2010, un Grupo Multifamiliar pasaron muchos años, mucho recorrido de formación y experiencia grupal en los contextos profesionales Públicos y privados, un análisis personal en el contexto de la IPA, así como formación en grupo familiar en la línea argentino-francesa (París, Alberto Eiger, 1987) y mi formación en una pasantía en Buenos Aires en los dispositivos de trabajo multifamiliar, viendo a García Badaracco y los miembros de su equipo en distintos dispositivos hospitalarios y sociales; así como los intercambios y los seminarios con miembros de la UCES de Buenos Aires (David Maldavsky) y diversas lecturas y encuentros con miembros de la AIPCF de la que fuimos miembros fundadores (2006); fue en el año 2007, ya con todo este bagaje y con una actitud a medias entre resistencial, escéptica y deseante (ya que las veces que había visto al Dr. García Badaracco en Madrid mi impresión había sido de un personalismo y un liderazgo carismático, donde él monopolizaba la palabra en gran medida). No obstante, me sumergí, impliqué y participé durante mi estancia en Buenos Aires, de lo que guardo muy sentida memoria, en especial de una situación en el Hospital

¹ En trabajos posteriores incluiremos también las lecturas paralelas de las intervenciones en los grupos comunitarios y otras terapias.

Borda, donde me habían permitido generosamente realizar una participación de aprendizaje como miembro de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Fui recibido por los jefes de la Sección de Hospitalización del “Borda”, que me autorizaron y me derivaron a la psiquiatra que coordinaba el equipo multifamiliar que se realizaba allí dos veces por semana.

Me presenté en la sala donde se realizaba el Grupo Multifamiliar, a la que se accedía por una puerta que se abría y cerraba con llave por un enfermero que se situaba allí, en ella, y quedaban por dentro las camas y las habitaciones de los pacientes ingresados; el espacio estaba formado por un cuadrado con mesas en bancada. Las mesas situadas en filas, unas detrás de otras, dejaban un espacio vacío en el centro.

La sala se llenó con los pacientes y sus familias, alrededor de unas 40 personas; dos psiquiatras me recibieron y al momento se marcharon, quedamos una psicóloga voluntaria y yo al cargo, era el primer día que yo iba a ese hospital.

El encuadre y la inercia institucional pusieron a tiempo en marcha el grupo, donde tras unos pequeños temas de tanteo una persona pidió contar su experiencia y tomó la palabra. Comenzó a explicar que siendo miembro de una unidad de comando había intervenido infiltrado en un país X, donde le habían ordenado atacar un edificio con bombas de mano, lugar donde se suponía que estaba su objetivo militar. Eso hicieron y cuando entraron en el edificio tras el ataque resultó que era una escuela y encontraron a todos los niños muertos.

Se hizo un gran silencio que se rompió por el llanto de una señora y los gritos de un señor, con su traje negro y sombrero judío, que estaba con su mujer y un hijo. La persona que había contado su experiencia se levantó, el enfermero le abrió la puerta y salió corriendo. Se había producido un momento de parálisis, de estupor, de horror, de confusión, de no saber qué decir ni salirle a uno las palabras, algo que compartíamos todos.

Me sentí en la obligación profesional de hacerme cargo, de intentar que las personas pudiéramos hablar de cómo nos sentíamos en esa situación, aún parecían percibirse los ecos de la explosión y la asfixia, sintiéndose el polvo en el clima y en el espacio interno del grupo. La sala había quedado impregnada de las evocaciones sensoriales que el relato había descargado (vivencia sensorial que es una prefiguración de las representaciones, pensamientos y emociones que suscita).

Empecé tímidamente a hablar, a continuación, la psicóloga hizo alguna pequeña intervención, un “familiar” que tengo a mi lado se hace cargo de algo de mi angustia y me dice que no me preocupe, que esto es algo que esta persona siempre hace de la misma manera. Entiendo con posterioridad que la historia traída por el “Comando” es una repetición y una puesta en escena que busca que alguien la conecte y ligue a algo humano más allá del horror vivido, algo que parece que hasta el momento no ha podido realizarse, quedando la situación “suelta”, no ligada. La puesta en escena no contiene la respuesta a lo que él plantea y necesita, y su defensa es siempre, ante el pavor retaliativo, la huida.

Una señora intenta poner en palabras lo que siente, conectando internamente con algo para poder hablar, y es el señor judío el que, tras los alaridos, empieza a hablar de su experiencia familiar, su historia de horrores de la Guerra Mundial: migraciones, su hijo esquizofrénico... con lo cual las personas van escuchándose, interviniendo y entendiendo como se siente cada uno según su “memoria vincular” (Ruffiot, 1979).

Recorrí todos los dispositivos donde se estaban realizando grupos multifamiliares: APA, Borda, Méndez, Mitre, Lujan, Hospital de Mujeres... En un encuentro con el Dr. García Badaracco después de un grupo en el Hospital Méndez, me mostré crítico con una intervención en concreto. Ver y poder analizar es la diferencia entre la admiración por el trabajo de un maestro y caer bajo la fascinación y la seducción de la escena.

Este pasaje dio para muchas reflexiones y lecturas donde articular la experiencia grupal, siempre en revisión, y la del grupo familiar, siempre en formación, que han sido y son la base de mi bagaje a la hora de comenzar a poner en marcha el Hospital de Día de Comunidad Terapéutica con grupos multifamiliares, que es para lo que había ido a completar y actualizar mi formación a Buenos Aires.

Ese mismo verano de 2007 inicié en Madrid, en el Hospital de Día, un espacio de terapia de grupo, dos veces por semana, haciéndome cargo de la recepción de todos los pacientes que iban llegando (González Rojas, 2017). Se fueron iniciando paulatinamente todos los espacios terapéuticos: grupo comunitario, grupos de escritura, de pintura, actividades, comida en comunidad... Me hice cargo del grupo terapéutico hasta que tuvo 19 participantes, y ahí se dividió en dos grupos, a los seis meses de su inicio.

El grupo estaba trabajado con un residente o dos, en función de observador no participante y de recogida, lo más textualmente posible, de la crónica grupal. Esta fue una práctica habitual y continuada desde entonces hasta mi marcha en enero de 2013. Tomé como práctica habitual el que se escribiera cada sesión de terapia de grupo, igualmente yo tomaba notas sobre la marcha del desarrollo de los grupos multifamiliares (ya que nadie quería hacerlo, ni residentes, ni staff) y también crónica de los Grupos Comunitarios en varios periodos de tiempo. También tomé nota textuales de mis propuestas y consignas, individuales y grupales, en el taller de psico-pintura que coordinaba dos veces por semana.

No estaba dentro de la cultura del equipo, ni se pudo instaurar (solo estaba en la mía), el recoger crónicas por escrito en los diferentes contextos grupales, tampoco la persona que hizo la supervisión en el último año que yo estuve allí lo realizó, ni como crónica ni como recogida de emergentes (Pichón Riviere, 1965).

La población allí atendida estaba compuesta en cerca de un 70% de pacientes con Trastornos de Personalidad y el resto Trastornos Psicóticos (Kernberg, 1997). Cada Hospital, como cada Grupo Humano o Grupo Terapéutico, es diferente, por lo que la institución debe ajustar sus funciones y las de los equipos a las tareas de sostén y elaboración de las ansiedades de unos y otros (Bion, 1948; Kaës, 1999).

Las problemáticas de los pacientes del hospital desplegaban la siguiente casuística: trastornos de las funciones parentales en diferente grado de gravedad, separación de los padres en conflicto, trastorno del vínculo primario, desinvestidura materna, patologías en la madre, abandono de las funciones, falta de lugar en la familia o de reconocimiento, depositaciones patógenas de lo negativo, encriptamientos, violencia estructural y violencia física, maltrato físico, explosiones agresivas como formas de salir de situaciones desvitalizadas y depresivas, abusos, violaciones, incesto intrafamiliar, vínculos incestuales, actuaciones compulsivas de seducciones en busca de afecto,

embarazos no deseados, padres denigrados por no portar la ley, por actuaciones perversas, traumas en diferentes épocas de la vida que amenazan con irrumpir en la relación terapéutica con una debilidad defensiva, baja capacidad de representación y/o de figurabilidad de los conflictos, prostitución, suicidio de padre o de la madre, relaciones de sometimiento y sumisión, de dominación, junto a depositaciones psicóticas, vínculos simbióticos, paranoides, indiscriminados, por mala simbiosis, expulsiones de la familia, relaciones de toxicidad, de intromisión, de intrusión, familias portadoras de secretos vergonzantes, sentimientos de vergüenza, minusvaloración, marginalidad, falta de afecto, alcoholismo en pacientes y en sus padres, problemas psicosomáticos asociados a todas las problemáticas de acción, sentimientos depresivos de fondo...

Todo ello combinado con la imposibilidad de la construcción de una novela familiar, de una *mitología* familiar (Ruffiot, 2015), que posibilite la transmisión de un proyecto de vida personal y familiar integrado socialmente, donde la institución, lo social, tienen que proveer de los mecanismos y espacios sociales de contención para llenar el vacío representacional e integrar a las personas con estos déficits y conflictos.

La dificultad de abordar estas patologías graves está tanto en la respuesta psicoterapéutica desde los movimientos transferocontratransferenciales, como en la respuesta institucional que necesita de la creación de espacios y ambientes reparadores que faciliten la comunicación en formatos accesibles a estas problemáticas; es decir, que los *elementos* de los subencuadres y encuadres dentro de la institución, y las formas de comunicación dentro y entre ellos, favorezcan la construcción de representaciones que conformen el aparato psíquico personal, familiar y grupal.

El ambiente general institucional (Bleger, 1966) debe proveer a los pacientes de una seguridad ontológica (en palabras de Laing, 1970) siendo la institución y cada uno de los miembros del Equipo “garantes posicionales”, avalistas de la posibilidad de la genuina expresión de los pacientes para poder mostrar su ser verdadero, en términos de García Badaracco (1985), sin la inercia de la adaptación a la institución en falso self defensivo, en terminología de Winnicott (1965) y Kohut (1971), respetando los “timings”, las defensas, en una actitud profesional genuina y de compromiso con el otro.

La multiplicidad de espacios escénicos dentro de la institución obliga a tomar diferentes distancias, entrar y salir en ellas para su comprensión e integración en los sucesivos espacios transicionales generados y su aprovechamiento en la construcción de los aparatos psíquicos, familiares y grupales (Ruffiot, 1979; Kaës, 1976).

Escenas y escenarios, los espacios transicionales, en la institución (Winnicott, 1965) espacios que se van creando en el ensayo de su puesta en escena.

Manuel tiene trastornos de conducta múltiples dentro y fuera de la institución, sus “actings” son continuos, se diría que busca estar siempre en el escenario de una manera u otra, de una forma transgresora. Yo soy su terapeuta familiar, y en el trabajo de capacitación (respaldo) de la pareja parental para encontrar la explicación y la contención a todo lo desplegado, se me ocurre sacarles una foto a los tres, con su consentimiento, hacer una ampliación, montársela en cartón pluma y dársela (Tisseron, 1996). Era la primera fotografía que tenían los tres juntos y una primera envoltura (Anzieu, 1987) del reconocimiento de cada uno y de su lugar familiar. En un Grupo

Multifamiliar, dentro de ese periodo, el padre de Manuel se pone de pie para hablar en un tono más de asamblea que el habitual en el grupo (quizás también buscando su notoriedad y reconocimiento como persona, como hablante, como padre y como que lo que decía tenía validez, importancia, yo lo entendí así) me pareció que en su lugar de trabajo era costumbre en las asambleas levantarse para hablar.

El coterapeuta del GMF (desde la significación de su grupo interno) no lo entendió y reaccionó asustado, quizás de perder su lugar de preponderancia profesional, con gritos lo frenó y forzó su retraimiento, reprimiendo la escena, con lo que la transferencia paterna volvía a quedar en entredicho como ley y no significada como autoridad dentro de su estructura familiar. Fracasaba en ese momento la demanda de reconocimiento del padre de Manuel en el GMF. Se generó un clima de cierta violencia en el grupo, que se pudo ir canalizando con la comprensión de las personas para las que esta escena, algo descontextualizada, no implicaba nada agresivo.

La construcción de figurabilidad y el flujo de ideas entre los diferentes espacios permiten llenar los vacíos, agujeros en las significaciones.

En un GMF donde un paciente con trastorno límite habla de sí mismo (Pedro), se genera una conversación con otro paciente de patología psicótica (esquizofrenia paranoide), donde este último le dice que le parece que está muy atado a cosas antiguas, que le da la impresión que lo tiene todo guardado en un cofre, que es más como si fuera un viejo que un chico joven; en este GMF estaban también los padres del primer paciente y la madre del segundo, algo más de 30 personas en total.

Al llevar esta escena al trabajo con el grupo familiar, primero con los padres y luego con la familia, aparece una situación de encriptamiento (Abraham y Torok, 1978; Tisseron, 2018) en donde Pedro llevaba el nombre del tío materno que se había suicidado, situación secretada y escindida familiarmente, lo cual había dificultado el desarrollo del vínculo de filiación de los padres hacia él, quedando en una identificación con el abuelo materno. A partir de esas dos escenas Pedro comienza a soñar que una mano que sale de la tierra le quiere agarrar.

Ambas escenas funcionan la una para la otra, de ida y vuelta, como el resto diurno al sueño (Freud, 1900), es decir, de un contenido manifiesto del que puede empezar a generarse una representación, figurabilidad, imaginario, que trasciende lo concreto y los hechos, estableciéndose una represión, capacidad de pensar y un freno a la repetición (Diatkine, 1997). Están en juego los espacios diferentes que remiten a tiempos distintos que pueden empezar a entrar en conexión, generando nuevos sentidos a la duración de la memoria familiar (Bergson, 1977).

En una Psicoterapia de Grupo percibo que una paciente, Carla, establece conmigo una vinculación peculiar, entre seductora, sometida, agresiva, provocadora y vuelta a la seducción; es un grupo de nueve personas donde hay cuatro pacientes psicóticos. La ruptura de los encuadres: salidas de sesión, autoagresiones dentro de ella, insultos al borde de la agresión, seducciones calmantes... son algo habitual que entiendo desde muchos lugares, fortaleciendo el encuadre en el concepto de envoltura grupal hacia adentro (Anzieu, 1985), fortaleciendo el espacio representacional de la palabra, y hacia afuera como barrera anti estímulo y como fortalecimiento de su grupo de pertenencia de terapia (González Rojas, 2017).

Tiempo después, en un Grupo Multifamiliar donde asisten cerca de 40 personas, Carla y su hermana menor, en presencia de su madre, desvelan ante todos que han sido abusadas por el padre habitualmente sin el conocimiento explícito de la madre, a la vez que Carla había estado metida en situaciones eróticas con parejas del padre, con consumo de sustancias (se oculta en ese momento el dato de que Carla había estado ejerciendo la prostitución ocasionalmente y que actualmente había hecho pareja con uno de sus clientes, dato que yo sabía). La escena se plantea con el desvelamiento de esa situación de abusos en público, en el GMF, y con el deseo y pedido de reconocimiento de su sufrimiento, situación que la madre niega una y otra vez defensivamente para evitar sentirse implicada o responsable y culpable de la situación.

La sesión transcurre siendo los propios pacientes los que trabajan para razonar y expresar su sentir sobre toda la escena, en la que por fin la madre tiene que darse por enterada y reconocer los hechos de los que le hablan las hijas y finalmente su propio sufrimiento. Los intentos de recolocación de la escena primaria y de lo que pertenece a lo privado o público se resignifican durante ese grupo (Carel, 2004).

Tiempo más tarde en una terapia de grupo Carla explicita textualmente “mi padre tenía tres esposas, no dos hijas”.

Los vínculos pasionales, perversos, narcisistas, tanto a nivel de la fratría (Jaitín, 2006) como en el vínculo filial, tienen su repercusión en los miembros del Equipo, tanto a nivel individual como a nivel grupal (Ferenczi, 1912). La confusión de lenguas, la coexistencia de temporalidades en la puesta en escena de tantas situaciones traumáticas, su activación en los fenómenos transferocontratrasferenciales, son un tema a analizar y pensar en las sesiones de Equipo, lo cual no siempre es posible y genera multitud de actuaciones por parte de los integrantes del mismo (González Rojas, 2017), tanto los que tienen responsabilidad específicamente clínicas en sentido estricto, como los que realizan funciones psicoterapéuticas de amplio espectro (Kaës, 1993).

En el “splitting” de los elementos beta, las actuaciones, la co-excitación no tramitada, los excesos (Bion, 1948)... hay fragmentos que quedan depositados en algunos de los profesionales, restos sin simbolizar en la pantalla opaca de los puntos ciegos de cada uno de los miembros del Equipo (Maldavsky, 1977). La construcción del *aparato psíquico grupal* (Kaës, 1976) del Equipo está en juego y su respuesta en la constitución del neogrupo (Granjon, 2007a; 2007b). La ansiedad ante la activación de lo traumático genera momentos que amenazan a la persona y a la profesionalidad del terapeuta.

Poder dar nuevas respuestas que generen cambios, sin entrar a actuar perversamente o con vinculaciones de dominio defensivas, o amparándose en la transferencia institucional (aunque sería lo menos nocivo), es la tarea primera de la institución (Kaës, 1996), tomando en cuenta los aspectos sincréticos y dinámicos, el holding institucional, su respuesta terapéutica, con lo que conlleva de salud-enfermedad para los pacientes, profesionales e institución (Bleger, 1973).

El procedimiento que yo utilizaba para la organización del GMF, tras la convocatoria y el aviso por parte de la secretaría y la confirmación más o menos aproximada de quienes iban a acudir, era la de estudiar los vínculos o patologías de los supuestos participantes de cada día.

Es como “saber” a priori los hilos de las tramas familiares, su urdimbre y sus fallas, para tejer con ellos la red de soporte (Bengoshi, 2010), vinculación y envoltura grupal (Anzieu, 1987) necesaria para crear un espacio y un clima posible para trabajar las situaciones a priori problemáticas.

Siempre es una puesta en escena diferente que sorprende, pero el esquema es no trabajar desde la ingenuidad o la improvisación de la institución.

En GMF al que asisten cerca de 35 personas, un paciente psicótico plantea que su padre ha subido al salón de la casa el motor del coche para arreglar allí la culata. El padre se disculpa diciendo que buscaba de esa manera ayuda para arreglarlo (expresa así lo que no funciona en su casa y lo que necesita de todos para solucionarlo, él ha sido bebedor con una historia de abandonos), empieza una discusión, el paciente haciéndose eco de la opinión silenciosa de la madre, que a esas alturas conecta su máquina de oxígeno que lleva en un carrito mostrando su asfixia por la situación; en ese punto paro la escena y pongo la atención en ella para que exprese como se siente, ella dice que es una situación incómoda, pero que le da su apoyo al marido; pienso que eso es lo que dice manifiestamente pero no lo que siente realmente. Se produce esa situación de escisión, en ese momento el hijo “sano” (siempre hay un reparto de papeles entre los hermanos de ese orden) empieza a encararse y enfadarse con su hermano de una forma agresiva, ejerciendo la autoridad que el padre no puede hacer.

El enfrentamiento se desplaza a la relación entre los hermanos, que empiezan a darse voces y decirse cosas fuertes. Son personas todas de altura y corpulencia, y su voz no lo es menos, por lo que en ese momento se me ocurre utilizar el recurso de crear una envoltura sonora que contenga todas esas partes agresivas. Me evocan a la ópera el anillo de los Nibelungos, y empiezo a cantar lo mismo que ellos estaban diciendo pero en clave de ópera: “¡¡¡NO ESTÁS NUNCA EN CASA Y SIEMPRE POR AHÍ BEBIENDO...!!!”, “¡¡¡ESTO NO ES VIDA, ME VAS A MATAR...!!!”, “¡¡¡ES QUE NUNCA ME AYUDÁIS EN NADA...!!!”, “¡¡¡SIEMPRE DÁNDOLE LA RAZÓN A TU HIJO...!!!”.

El espacio del GMF se agranda con la puesta en escena musical y toma un tono dramático, teatral, donde se pueden decir las cosas envueltas en una calidad sonora que permite distanciarse del desgarramiento agresivo y asfixiante de la propuesta de la escena familiar relatada (Eiguer, 1989).

Así se tiene una concepción de la institución como un lugar de canalización y reubicación pulsional, como un sistema libidinal complejo en que cada parte estimula y modifica a la otra, en interrelación, siendo que todos los aspectos que no quedan ligados, significados, vinculados, integrados, son actuados en los espacios de descarga o en los intersticios institucionales (Maldavsky, 1991). Es decir, se produce una situación de movilización en un espacio terapéutico que, si no es reconducido, ni contenido, ni ligado, genera su descarga o explosión, bien en otros espacios terapéuticos, bien en los momentos de cambio de actividad y ocio o en los espacios de afuera de la institución, sin restitución, lo cual es una repetición de los aspectos traumáticos del paciente y una actuación institucional que no sabe o no puede dar cauce o transformar la pulsionalidad en pensamiento, en figurabilidad o en relación. Por lo que la regla de oro de contener todo lo que se moviliza es básica para la institución.

Si se producen agresiones físicas entre pacientes dentro de una sesión de grupo, su repercusión no quedará solamente en ese espacio, sino que movilizará otros espacios o incluso peleas físicas o verbales en la entrada o en la calle, en los bordes del hacia afuera

de la institución. La movilización dramática de pacientes con trastornos de la personalidad es egosintónica con su propia patología, por lo que el uso de técnicas psicodramáticas debe estar integrado en una teoría psicopatológica grupal institucional y con la suficiente experiencia y análisis personal del terapeuta que lo implemente. Cada espacio terapéutico aporta su pieza en la comprensión e integración de los aspectos escindidos no integrados de la personalidad de los pacientes; que se repiten de una u otra manera en ellos, buscando su lugar.

Una terapeuta me pide ayuda como coterapeuta de una familia. Josefa, abnegada funcionaria, hija única, ha cuidado de sus padres, en especial de una madre enferma, dictadora y sometidora, que no la ha dejado tiempo para su propia vida. No ha tenido novio y cuando sus padres mueren es ya muy mayor; no obstante, consigue que le den una niña de adopción internacional. Tania, con 4 años edad, llega a su vida desde un país sudamericano. Tania tiene ahora 26 años y está embarazada tras una adolescencia difícil, complicada, con trastornos de conducta y cierta promiscuidad. Su ruptura generacional es muy belicosa, reivindicando sus orígenes y denigrando el vínculo adoptivo fundante, que no integra una escena primaria. La sesión se realiza con ambas mujeres hasta que en un momento de mucha tensión Tania abandona violentamente la sala de terapia, salgo tras ella y le vuelvo a poder incluir. El padre de Josefa llegó a conocer a Tania antes de morir, y Josefa tenía un grandísimo deseo de ser madre.

En el GMF siguiente al que asisten 35 personas, entre ellas Tania y Josefa, ésta última grita, llora, se desespera, se duele, y hace todo tipo de manifestaciones vehementes de su deseo de que Tania la trate como una madre, la reconozca y se comporte con ella como una buena hija. Tania está viviendo con el novio y más cercana a la familia de él, habiendo cortado la relación con su madre adoptiva. Los gritos de Josefa son tanto hacia la hija adoptiva que no la corresponde, como a su propia madre que no le permitió hacer su vida y también son expresión de su sufrimiento por el ser madre, como si fuera el reconocimiento del dolor, el que le da el lugar y el derecho de serlo. La situación es altamente patética, consigo sujetarla, agarrada a una mano mía, de pie, expresando todo ese sufrimiento. Intercalo frases de reconocimiento de lo que le pasa y el resto de las personas hacen una muy buena caja de resonancia, de respeto y silencio hasta que, tras mucho esfuerzo, consigue ir bajando el tono. Sus quejas son también que se la niegue visitar a la hija, comprarle ropa... También le digo que es tanta la expresión de su dolor, que es como si fueran los dolores de parto.

En un siguiente GMF, varias semanas después, Josefa se había sentado detrás de mí, a mi derecha, momentos antes de empezar aparece Tania con un bebé, una niña de tres días que me pone en los brazos, sentándose ella a mi izquierda, con lo cual comienzo a coordinar el GMF en esa posición, dándole la bienvenida con un clima amable y acogedor, en una atmósfera sensible y muy emotiva. Me siento cómodo y puedo ocuparme de conectar con la niña a la vez que dar paso a las intervenciones del grupo. Josefa se sienta a mi lado y me pide que le deja a la niña, miro a Tania que asiente, con lo cual le paso la niña a su abuela que, aunque un poco torpe, no puede ser más feliz. El tercero como garante del espacio transicional creado con anterioridad y el lugar de la filiación en el mundo quedan de esa manera significados y estructurados en la urdimbre de esta familia.

En la historia de todos los casos tratados en el hospital de una u otra manera, el proyecto de la transmisión familiar de valores, sentidos y lugares venía fracasado. Diferentes espacios terapéuticos de la institución contienen y dan sentido al lugar en el mundo de

pacientes y familias (Berenstein, 1995). La falla en la transmisión y en la construcción de una novela familiar en cada familia tiene su refrendo en la inscripción de sentido que el equipo, en función de otorgamiento de un lugar mítico patrio, les puede dar. He imaginado al equipo de un GMF como un fondo histórico que conecta con la mitología fundante de la “Nación”, como una escultura que representa algo emblemático, como lo que se pone en los frontispicios de los edificios en lo alto de los arcos de triunfo o en pinturas decimonónicas de exaltación de la patria (Madrado, Delacroix...), otorgándole todo un significado simbólico. Es la imagen que me hace recordar y recrear al “Dr.” con su melena blanca y levita, los dedos en el chaleco y mirando hacia el horizonte, escoltado por un emigrante alemán, de traje, una descendiente de un prócer de la independencia de la patria, un gran burgués español, una italiana heroica, algún representante de las altas instancias del ejército, flanqueados por banderas e insignias patrias. Imagen escultural que contiene todas las proyecciones agresivas, marginales, no integradas, psicóticas y las promesas finalmente de tener un lugar de pertenencia y de proyecto común de vida. Esa fantasía me lleva a reflexionar sobre los diferentes estratos de la función mitopoiética que construye la identidad y el proyecto de futuro de las familias graves (Ruffiot, 1979). Familias emigrantes con fallas en las funciones, traumatizadas, buscando su lugar de reparación, que tanto a un lado u otro del océano transportan vínculos viejos y generan nuevos. La creación de esa nueva vincularidad es la función primordial de la institución en donde se integran los tratamientos.

En un GMF se centra la atención en la historia de idas y venidas de un paciente psicótico de su casa a la Residencia de la Comunidad en la que ha aceptado vivir, ya que la convivencia se hacía imposible junto a los padres. Sin embargo, desde que está allí los padres lo visitan constantemente, de tal manera que inducen su vuelta a la casa, repitiéndose este hecho varias veces, sin terminar ni de volver a casa ni de permanecer en la Residencia. El paciente es un obeso que lleva siempre consigo una botella de cola de dos litros, de la que bebe regularmente. Simultáneamente se produce otra escena; un paciente con un Trastorno de la Personalidad paranoide, con historia de maltrato físico por parte de su padre, acude con su mujer y una bebé de tres meses en un carrito.

Según la primera familia hace su relato, la bebé de la segunda familia arroja una y otra vez el chupete, que hay que volverle a poner de nuevo, conecto ambas situaciones y las explico para explicar desde diferentes edades y temporalidades el mismo fenómeno, el continente del GMF permite esa expresión, conexión de situaciones y el que se hable de todo ello.

El GMF permite con mayor facilidad hablar las problemáticas de la parentalidad y compartir las dificultades entre todos, una no menos importante es el pasar del *paciente designado* a la comprensión del *paciente familia*, es notable el hecho de que pacientes que están en terapia de grupo tienen más elaboración de su grupo interno que sus propios padres, y sus compañeros de grupo se encargan de apoyarles y darles la réplica frente a las depositaciones de lo negativo de sus propios padres (de Pablos Rodríguez, 2014). Es un proceso de integración de todas esas intervenciones en el espacio común del neogrupo. Cuando los padres intervienen en el GMF en repetición de sus quejas sobre conductas de los hijos, se encuentran con estupor con la consigna de los terapeutas y un

espacio grupal que espera que hablen de ellos mismos. Lo cual abre la puerta a trabajar los aspectos transgeneracionales.

Ana lleva varios años haciendo una crisis que le lleva a ingreso hospitalario cada aniversario de la muerte de su hija de quince años. A la salida del último ingreso le derivan al hospital. Se integra en una terapia de grupo que yo coordino; allí se desvela su dolor por la pérdida de esta hija, pero aún más todos sus sentimientos encontrados sobre su presencia en el mundo y todas las repercusiones familiares, dado que es una hija tenida con su propio hermano (Jaitín, 2006). Otro paciente del grupo, Jesús, con una esquizofrenia paranoide, se activa, como si se le hubiera puesto en marcha una alarma, de una forma agresiva ansiosa, lleno de pavor, que resulta muy atacante e hiriente para Ana. Mi intervención es para calmar y reconducir toda la excitación y las ansiedades que despierta en el grupo, eminentemente fraterno, y en el que todos han padecido de una forma u otra de un abandono parental.

En un GMF Jesús asiste con su madre (le veo como una posesión de lujo para ella, como alguien que lleva un perro de porte atado con una elegante cadena), desde ahí Jesús interviene educado, correcto, y con un discurso de una lógica sin fisuras.

Pasiones atadas y desatadas, relaciones de dominio y sometimiento, comportamientos irracionales y lógica defensiva, diferentes posiciones y tiempos en la historia individual, grupal, familiar y multifamiliar.

El espacio de Hospital de Día contiene además en su terapia de comedor, especialmente, pero en todos los espacios habitados en él, la evocación y las vivencias de la propia casa familiar (Eiguer, 2004), de los lugares propios y ajenos, de las intromisiones, transgresiones, juegos, espacios calmantes, comidas familiares en silencio, o griterío, donde se juegan agresiones, depositaciones... El equipo es una cuestión que se toca aquí poco, como decía Michel Ende, esa es otra historia que habrá que contar en otro lugar, ya que requiere de otros trabajos y reflexiones. La recogida que realicé de las crónicas de los grupos comunitarios durante varios periodos de tiempo está pendiente de estudio, de valorar su aprovechamiento como recogida de emergentes institucionales y su tratamiento posterior, tanto en el momento de la situación comunitaria como después por parte del equipo (en las reuniones de equipo, de las que no tengo crónica recogida por motivos ya expuestos y que no se pudo institucionalizar el hacerlo ni tampoco en el espacio de supervisión; dado que la memoria puede ser distorsionada, manipulada, negada o renegada en sintonía de las defensas psicóticas o perversas intoxicantes de los pacientes, la dificultad y el dar cuenta del desarrollo del equipo es una tarea conflictiva y espinosa). La recogida de las crónicas de los grupos comunitarios tiene su reflejo en lo elaborado en los grupos terapéuticos, de lo que daré cuenta en posteriores trabajos junto a su implicación en otros espacios institucionales, desde una concepción de la institución como continente y envoltura terapéutica.

La interrelación de toda esta complejidad (grupal, multifamiliar, institucional, familiar...) y su integración en un cuerpo teórico psicoanalítico será tarea a dar cuenta en próximos trabajos. La historia y el desarrollo quedan abiertos a las reflexiones y múltiples modos de puestas en escena de los GMF que en muchos sitios ya han olvidado sus orígenes psicoanalíticos para realizarse desde supuestos teóricos diferentes.

Bibliografía

- Abraham, N., Torok, M. (1978). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2005.
- Anzieu, D. (1985). *El Yo Piel*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1994.
- Anzieu, D. y otros (1987). *Las envolturas psíquicas*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1990.
- Bauleo, A. (1997). *Psicoanálisis y grupalidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Bengoshi, P. (2010). *Malhagem, Filiação e Afiliação*. Lisboa: Ed. Psicopedagógica Vetor.
- Berenstein, I. (1995). Psicoanálisis de familia y pareja. *Psicoanálisis*, 17, 2: 239-263.
- Bergson, H. (1977). *Memoria y vida*. Madrid: Ed. Alianza, 2016.
- Bion, W. (1948). *Experiencias y grupos*. Buenos Aires: Ed. Ediciones Hormé, 1988.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1972.
- Bleger, J. (1973). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2006.
- Carel, A. (2004). *Lo íntimo, lo privado y lo público, en Clínica del Secreto Familiar*. Madrid: Ed. AEIPPS Ediciones, 2018.
- de Pablos Rodríguez, P. (2014). *La violencia de desestimar el devenir familiar*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Diatkine, R. (1997). *Psychanalystes d'aujourd'hui*. Paris: Ed. Puf, 1997.
- Eiguer, A. (1987). *El parentesco fantasmático*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1990.
- Eiguer, A. (1989). El perverso narcisista o como valorizarse a expensas de otro. *Actualidad Psicológica*, 24, 268: 24-27.
- Eiguer, A. (2004). *L'inconscient de la maison*. Paris: Dunod, 2004.
- Ferenczi, S. (1912). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño: el lenguaje de la ternura y de la pasión. In Ferenczi S., *Obras Completas*, pp. 139-149. Madrid: Editorial Espasa Calpe, 1984.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. In Freud S., *Obras completas*, Capítulo VII, pp. 656-720. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1992.
- García Badaracco, J. (1985). Identificación y sus vicisitudes en la psicosis: importancia del objeto "enloquecedor". *Revista de Psicoanálisis*, 42, 3: 495-514.
- García Badaracco, J. (1990) *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Ed. Tecnopublicaciones.
- González Rojas, J. (2017). *El sueño de soñar en grupo*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Granjon, E. (2007a). La elaboración del tiempo genealógico en el ámbito de la terapia familiar psicoanalítica. *Psicoanálisis & Intersubjetividad*, 2 (Revista virtual).
- Granjon, E. (2007b). Le néo-groupe, lieu d'élaboration du transgénérationnel. *Le Divan Familial*, 1: 93-104. DOI: 10.3917/difa.018.0093.
- Jaitín, R. (2006). *Clínica del incesto fraternal*. Buenos Aires: Ed. Lugar, 2010.
- Kaës, R. (1976). *El aparato psíquico grupal: construcciones de grupo*. Madrid: Ed. Gedisa, 2007.
- Kaës, R. (1993). *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2002.
- Kaës, R. (1996). *Sufrimiento, psicopatología, vínculos institucionales*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1992.
- Kaës, R. (1999). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2000.
- Kernberg, O. (1997). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Kernberg, O. (1998). *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Barcelona: Editorial Paidós, 1999.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1998.
- Laing, R. (1970). *Nudos*. Londres: Ed. Penguin, 1970.

- Maldavsky, D. (1977). *Teoría de las representaciones*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1991). *Procesos y estructuras vinculares*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Merea, C. (2003). *Pareja y familias. Psiquismo extenso y psicoanálisis intersubjetivo*. Buenos Aires: Ed. Lugar Editorial.
- Pichon Riviere, E. (1965). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1979.
- Ruffiot A. (1979). La thérapie psychanalytique de la famille. L'appareil psychique familial. In Ruffiot A., *La Thérapie familiale psychanalytique*, pp. 64-70. Paris: Dunod, coll. Inconscient et Culture.
- Ruffiot, A. (2015). La función mito-poyética de la familia: mito, fantasma, delirio y su génesis. *Psicoanálisis e intersubjetividad*, 8. Revista online.
- Tisseron, S. (1996). *El misterio de la cámara lúcida: Fotografía e inconsciente*. Salamanca: Ed. Ediciones Universidad de Salamanca, 2000.
- Tisseron, S. (2018). Los secretos de Familia a la prueba de la simbolización. In Tisseron S., *Clínica del Secreto Familiar*. Madrid: Colección AEIPPS.
- Winnicott, D.W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Ed. Paidós, 1994.