

Buenos días. Mi idea hoy, es poder compartir cómo ha sido mi viaje en estos dos años que llevo trabajando en una comunidad terapéutica, con la psicosis, con personas que están instauradas en la locura y que tienen graves dificultades para convivir en su medio comunitario. Más concretamente cómo el modelo de grupo operativo, a través de mi experiencia formativa en grupo, y de las experiencias con mi equipo de trabajo me han ayudado a pensar en mi realidad cotidiana: en los pacientes, en los grupos, en los familiares y en la institución. Todo ello ha condicionado la comprensión de nuestra tarea, de lo que nos ha definido como grupo de trabajo, como equipo.

Este trabajo parte de las reflexiones que he ido haciendo gracias a los distintos grupos de aprendizaje y acompañamiento de los que he sido integrante. Estos grupos me han permitido poder pensar sobre la clínica, poder pensarme, aportándome unas lentes especiales. Han supuesto experiencias repetidas de contención y seguridad, que me han permitido alejarme de un saber absoluto, que me aportaba convicciones pero me estereotipaba en mi práctica. Me han ayudado a interrogarme, a pensar con otros y a seguir teniendo curiosidad. Me ha facilitado el camino en el acompañamiento de los que sufren, donde es fácil quedarse repetido, vacío y desesperanzado, ante tanto sufrimiento y frustración.

Aún recuerdo los momentos antes de entrar a trabajar en la comunidad. Tras casi nueve años trabajando en un equipo de salud mental, tenía claro que me interesaba trabajar con la psicosis. Me atraía la autenticidad de los pacientes con sufrimiento psicótico. Cuando me propusieron la comunidad como mi destino, no lo dudé. Quizá ha sido de las mejores experiencias que me han pasado a nivel profesional, de las que más he aprendido. Yo he tenido la suerte de estar muy bien acompañado desde el principio. Podía pensar, fantasear, la creatividad tenía cabida y era bienvenida, se convertía en el antídoto ante las situaciones difíciles de manejar, ante el sufrimiento del paciente. La ilusión y la esperanza cuando pensábamos en los pacientes era la tónica, más que la excepción. Era un lugar particular, pero muy diferente a otras comunidades que había conocido o que yo tenía en mi cabeza. Los pacientes eran de todo menos crónicos. Ello me ayudó a pensar que parte de la cronicidad estaba en la institución y sus prácticas, en lo que se ha denominado las estrategias asistenciales. Hay pacientes crónicos y la institución cronifica con sus prácticas. La cronicidad, el trato con la locura no estaba en el paciente, sino en la relación que la institución a través de sus profesionales establecen con el paciente. Nuestra mirada, hacía que la clínica, que los pacientes fueran diferentes.

Bleger, ya realizó la observación de que la institución tiende a adquirir la misma estructura y el mismo sentido que el problema que se pretende resolver. Declaraba, que el asilo tiene en su organización, la misma alineación que sus pacientes. Así los equipos, en su dinámica de trabajo y de manera mecánica y no consciente tienden a reproducir la enfermedad que dice tratar, se mimetiza con ella, la abraza y la adopta como un ideal ignorado. La lógica que la enfermedad supone, pasa a constituirse en la lógica del funcionamiento del equipo. Destino fatal de muchas comunidades terapéuticas, donde el funcionamiento del profesional se termina estereotipando, cronificando en sus intervenciones, bloqueados en su capacidad para pensar lo que ocurre, con

intervenciones basadas en el asistencialismo como práctica indiscriminada, no personalizada, estereotipada.

Los profesionales nos defendemos del dolor, de la impotencia como podemos, por ello son necesarios espacios como el de hoy, para poder aprender a pensar con otros, uno de los aprendizajes más valiosos que me llevo de mi formación en estos años con APOP.

Los grupos y la visión desde la concepción operativa de grupo son los espacios ideales para poder tomar conciencia de nuestro funcionamiento como integrantes activos en un equipo de trabajo. Lo grupal me ha permitido seguir aprendiendo y estar siempre en disposición de aprender. Utilizar la escucha, la interrogación, la curiosidad y la mirada atenta como algo siempre necesario en nuestra tarea clínica asistencial. Observar la complejidad de nuestra realidad, los distintos niveles de lo aparentemente cotidiano de los dispositivos en los que trabajamos. La mirada desde la concepción de grupo operativo se vuelve compleja y poliédrica, llena de matices. Lo individual, familiar, grupal e institucional se vuelven visiones complementarias, se interrelacionan y se atraviesan en su complejidad.

En algo tan aparentemente sencillo como podría ser definir exactamente en que consiste nuestra tarea principal, eso que llamamos tratamiento de los pacientes, es donde aparecen los primeros momentos de confusión en la comunidad terapéutica. Quizá de los mayores momentos de confusión que permitirán la crisis como equipo de trabajo y el crecimiento, la creatividad. Por ello quiero empezar haciendo una declaración de lo que considero es el tratamiento en pacientes que suelen acabar en nuestra comunidad. Entiendo que nuestra tarea como equipo consiste en la comprensión y contención de las crisis individuales y familiares, la comprensión y el abordaje creativo de dificultades del equipo en el manejo del sufrimiento y las crisis, el diseño y la puesta en marcha de dispositivos grupales que sirva como experiencia de aprendizaje a los pacientes, y por último la organización de los espacios terapéuticos de manera que sean espacios seguros que les permitan a los usuarios crecer, aprender, entendiendo la crisis como oportunidad de cambio y no como algo a erradicar, eliminar.

Mi pretensión no es ofrecer soluciones ni respuestas únicas ni universales, más bien se trata de establecer un estímulo que nos ayude a pensar y pensarnos, para poder seguir pensando como un proceso dialéctico sin fin, teniendo el cuestionamiento y la interrogación como principal método de análisis y comprensión. Ello nos permitirá ser más sensibles y creativos, salir de lo dilemático a lo dialéctico, de lo estereotipado (o repetido) a lo creativo, de la desesperanza a la esperanza.

En nuestra comunidad actualmente tenemos 16 usuarios que se encuentran en régimen de hospitalización completa. Dentro del propio recinto hay un piso de transición entre la hospitalización completa y la vida en la comunidad social, al que llamamos piso de entrenamiento, donde hay 3 pacientes que viven de forma semi-autónoma. Finalmente hay 25 usuarios que acuden en régimen de hospital de día, son usuarios que han estado en tratamiento de hospitalización completa en la CT y que por sus características de vinculación y sufrimiento siguen acudiendo durante algunas mañanas. La media de edad

ha bajado de forma considerable en los últimos años, siendo la media de edad actual poco más de 27, partíamos de más de 45 años hace unos cinco años. Uno de los últimos ingresos ha sido una chica de 19 años.

Quiero empezar explicando la historia de nuestra comunidad y dónde está situada. Datos que entiendo son claves para entender nuestro presente, nuestro día a día, que nos puede ayudar a entender parte de nuestras prácticas, a poder pensarlas.

Las Comunidades terapéuticas se crearon después de la reforma psiquiátrica. Una reforma que pretendía llevar a los locos fuera, a la comunidad, a la calle. En Andalucía, la reforma se inició en junio de 1984, y dentro de su ideario, pretendía cambiar las estructuras públicas de atención a los problemas de salud mental. Transformar la arcaica estructura de servicios que caracterizaba la asistencia, en una red compleja con orientación comunitaria, que supusiera el cierre de los hospitales psiquiátricos, de la reclusión, la violencia y del confinamiento. Dentro de este plan se quedó fuera un grupo de usuarios, pacientes muy graves, que por sus características, por su sufrimiento no encajaban en el ámbito social-comunitario. O dicho de otro modo, a la inversa; pacientes que no eran acogidos en sus núcleos primarios, sociales. Tras el cierre de los hospitales psiquiátricos, muchos pacientes se fueron yendo y se fueron quedando los que no podían, los que no encajaban, los que necesitaban de la institución y sus prácticas para poder ser controlados, para que no cometieran locuras, para que no molestaran. Los pacientes de los márgenes, los resistentes, los insumisos sociales.

En este contexto se crearon las comunidades terapéuticas de salud mental, que en sí mismas suponían una paradoja dentro de este modelo pretendidamente comunitario que estaba en el ideario de la reforma. Una contradicción para los indomables, el reducto de la locura más pura. Así las comunidades terapéuticas fueron unidades destinadas a personas con crisis continuadas que suponían un sufrimiento psíquico/emocional intenso expresión de un emergente de carácter social, la manifestación de que no a todos los locos los aceptamos en la comunidad. Habrá un grupo que se quedarían hospitalizados en un periodo de larga/media estancia de seis meses a dos años, teóricamente que después eran muchos más años. Los usuarios y usuarias eran fundamentalmente personas con crisis psicóticas, provenientes de medios socioeconómicos muy desfavorecidos, con historias de vida marcadas por el abandono y el sufrimiento, por lo traumático, con problemas de justicia y donde había claudicación familiar o directamente no había familia. Eran pacientes que estaban en los márgenes de lo social, de lo clínico, de lo familiar, de lo asistencial.

Nuestra Comunidad terapéutica nace en los cimientos del viejo hospital psiquiátrico de Granada. Las instalaciones del viejo psiquiátrico se repartieron entre la comunidad terapéutica y la facultad de Bellas artes, nuestros vecinos. La comunidad supuso un nuevo recurso impregnado de viejas prácticas. En este reducto del psiquiátrico fueron apareciendo nuevos y nuevas integrantes tanto usuarios y usuarias como profesionales. Al lado de la comunidad seguía existiendo un pabellón del viejo psiquiátrico que nunca llegaron a derruir ni a darle ninguna utilidad, pero donde podíamos seguir viendo las correas o las camisas de fuerza. Los restos de violencia, de confinamiento y de reclusión.

Cada mañana me recordaba de dónde venimos, y me preguntaba hacia dónde íbamos. Lo traumático de lo real aparecía en forma de edificio en ruinas, pero aún presente. En forma de camisa de fuerza y de correas viejas y tiradas por el suelo, a las que nadie mira, que existen pero que todos hacemos como si no existieran. Ello me recordaba, que parte del psiquiátrico lo llevamos dentro, que daba igual si se habían cerrado los hospitales psiquiátricos, aún existían parte del psiquiátrico en la institución, más concretamente en nuestras prácticas.

En nuestra comunidad, no sólo hemos heredado parte del lugar físico, también tenemos herencias intangibles, de las que no se ven, de las que es difícil hablar, pero que están bajo la norma no pensada, el protocolo actuado, la asistencia indiscriminada...No sólo quedaban los restos físicos del antiguo hospital psiquiátrico, también quedan muchas respuestas estereotipadas que se han ido transmitiendo, de los viejos expertos a los jóvenes legos. Lo más complicado de estas normas no escritas, es que son implícitas, quedan en lo preverbal, en la conducta, en la actuación.

En estas normas implícitas suelen ser la mayor expresión de lo dilemático, como expresión del no-pensamiento de lo que no está resuelto y nos persigue y repercute de forma directa en el trato con la locura. Había y hay, muchos dilemas no pensados pero sí actuados. Entre lo viejo y lo nuevo, la comunidad como una planta más del hospital o como fuera del hospital, las prácticas basadas en el control o la práctica basada en la asistencia, los protocolos o los tratamientos hechos a medida/individualizados, la reclusión o la inclusión, lo emocional o lo conductual, el control o el acompañamiento, la tolerancia o la intolerancia a la locura, la familia o la institución en forma de FAISEM, la posibilidad de autonomía o la sentencia de dependencia...Dilemas que se repiten una y otra vez, al no ser elaborados por el equipo.

Pensamientos dilemáticos que aún hoy heredamos y que son fruto de conflictos. Conflictos que se expresan cuando aparece lo dialéctico, como amenaza hacia lo estereotipado. Bajo el cambio del trato hacia la locura hay mucho miedo de los que llevan tanto años defendidos bajo lo instituido, como algo repetido e indiscriminado. Lo instituido produce al equipo seguridad, les permite defenderse de la locura, del loco, sentir que es diferente a él. Bajo el protocolo actuado o el asistencialismo como manera de alineación del paciente hay una necesidad de distancia, de sentir que es diferente a él, que uno mismo no puede enloquecer. Desde el acompañamiento no asistencialista, se respeta el momento del paciente, hay una necesidad de comprensión, de implicación personal, un acercamiento emocional que reduce las distancias con la locura y que nos hace vulnerable ante la misma. Nos hace pensar, que lo mismo ante determinadas circunstancias nosotros podríamos ser iguales, y eso asusta. Así lo instituido como forma de protocolo y alineación aparece como defensa ante la locura, ante la necesidad de tener que diferenciarnos y no sentirnos tan similares al paciente.

Cuando los pacientes llegan a nuestra comunidad arrastran historia de fracasos terapéuticos. La mayoría de ellos ya empezaron su andadura en las unidades infanto juveniles, ya se rompieron en su infancia o adolescencia. Tienen una historia de falta de adaptación al colegio, a la familia. Ya empezaron en su niñez a estar en los márgenes.

Normalmente empiezan a ingresar en la unidad de agudos, en ocasiones en forma de puerta giratoria, salen y entran. Otras veces aparece San Juan de Dios en Málaga, como el recurso que le permite a la propia familia y a la institución poder olvidarse un poco de las dificultades, del sufrimiento, alejarse. En muchas ocasiones aparecen estancias más o menos largas en Hospital de día, donde se sienten que no encajan, no se atienen a los encuadres terapéuticos, a las condiciones que les permiten poder aprovechar los tratamientos intensivos, termina siendo el mundo al revés. Los pacientes se tienen que adaptar al recurso no el recurso al paciente. La sensación con la que muchos y muchas pacientes vienen a nuestra comunidad es con una sensación de desesperanza, una eterna repetición, donde es imposible poder ayudarles. Están en los márgenes, no tienen solución.

En muchos casos además han sido víctimas de múltiples violencias a nivel asistencial: tratamientos involuntarios, contención mecánica, ingresos con la policía incluida y un sinfín de prácticas violentas que precisamente tienden a repetir lo que ya les pasó con su familia de origen: historias de abandono, violencia, exclusión... lo que muchos han llamado la "clínica del desamparo", que nos habla de cómo se ha reaccionado ante el desvalimiento original de muchos de estos pacientes.

Cuando nos derivan un caso a la Comunidad Terapéutica, normalmente aparece como un caso imposible, siendo la demanda de los profesionales, en la propia comisión de casos complejos, TMG, que ingrese para que deje de ingresar en agudos, porque a pesar de haber intentando de todo nada les sirve y la situación social/familiar se vuelve insostenible. Los propios profesionales no saben qué hacer, están abrumados, asustados, buscan una alternativa para cuando salgan de San Juan de Dios, para que dejen de acudir de urgencias, para que la familia dejen de insistir en que no saben qué hacer, para que no se siga creando alarma social.

El primer trabajo que tenemos que hacer como equipo es poder transformar esa demanda en una demanda terapéutica, que se aleje del control social, de la depositación (la comunidad como un sitio apartado donde los pacientes dejen de molestar) y se convierta en algo terapéutico, con sentido, que aporte esperanza desde una visión creativa.

Lo primero que tenemos claro en nuestra comunidad es la tolerancia al síntoma. El síntoma necesita de nuestra mirada respetuosa, de nuestro sostén y de nuestro pensamiento como equipo. No es algo que tenemos que erradicar, es un fenómeno sobre el que tenemos que pensar. Pichon Riviere, en su teoría de la enfermedad única, nos recordaba que la enfermedad del paciente es la enfermedad familiar. Nosotros no podemos repetir el modelo familiar, de exclusión, de depositación, de violencia, que en parte ha repetido de forma inconsciente la propia institución previamente. Así el síntoma es una oportunidad para entender al paciente, para el tratamiento, para que el que sufre pueda tener una nueva experiencia vital, donde se responda de forma diferente a como le han venido respondiendo, que nos aleje de la estereotipia, para acercarnos a la creatividad.

Winnicott nos hablaba de la segunda oportunidad, la que permite que aparezca la ilusión la creatividad, para poder dar paso a la desilusión o a la integración de lo real. De cómo nuestra mirada, nuestra voz, nuestro gesto, la del equipo se convierten en condiciones que posibiliten esa nueva oportunidad. Será a través de lo cotidiano, de la denominada convivencia terapéutica, como nos recuerdo Diego Vico, donde aparecerán los cambios más significativos, que le permitan aprender, no repetir, hacer frente a la crisis de otra manera, poder ir tolerando dosis de la realidad, entre otras cuestiones. Así la crisis se convertirá en una oportunidad de tratamiento, de aprendizaje.

Hablamos de ilusión como forma de crear esperanza desde la creatividad, a la par tenemos que tener claro que parte de nuestro trabajo es poder integrar. Dentro de lo que denominamos integración se vuelve fundamental el trabajo con las pérdidas, los duelos. Toma un matiz esencial las expectativas que el equipo deposita en los pacientes.

En su artículo "Un grupo" Armando Bauleo nos habla de la función "reverie", como un proceso vincular, que nos permite una "mirada" hacia el síntoma, que pasa de lo subjetivo a lo intersubjetivo, y que trasciende de lo puramente manifiesto a lo latente, permitiendo la transformación del síntoma en una muestra significativa de la conducta, que tiene un significado, que necesita a un otro para poder metabolizar la experiencia de miedo, la persecución... así como todo lo no-integrado, lo no-tolerado; que tiene una función protectora, nos protege del abismo, de la desintegración, de la nada. Parte de nuestra función es poder transformar lo traumático, como una experiencia intolerable, en algo tolerable, que no significa que sea borrado sino que pueda ser tolerado. Bion nos habla de transformar los elementos beta, experiencias sensoriales y emocionales primitivas que no pueden ser procesadas por ser intolerables, displacenteras, en elementos alfa. Los elementos alfa son elementos que traen el pensamiento, la dialéctica y que son posibles gracias a las relaciones significativas. Así lo intolerable pasa a ser tolerable.

Desde nuestra mirada, en la Comunidad terapéutica abogamos por una concepción desde el acompañamiento terapéutico, entendido como un proceso personal, respetuoso, que tenga en cuenta el proceso terapéutico como un espacio potencial de trabajo, de desarrollo que le permita al usuario poder ir transitando en la medida de sus posibilidades, pero alejado de la exigencia y de las expectativas que ponemos como equipo, como psicoterapeutas. El acompañamiento está pretendidamente alejado de determinadas estereotipias asistenciales como puede ser el paradigma de la recuperación, donde desde una visión normativa, asistencialista suele atrapar a nuestros usuarios en la exigencia del hacer para satisfacer al otro, donde aparecen las expectativas del otro no satisfechas como una exigencia, más que como una oportunidad para el crecimiento. Una agenda llena no puede ser el propósito del tratamiento en la psicosis.

Parte de nuestro trabajo en la Comunidad terapéutica es poder transmitir esperanza, nuevas experiencias de crecimiento y de aprendizaje desde lo creativo que supone tener nuevas oportunidades vitales significativas. Nos pretendemos alejar del asistencialismo, donde todos hacen lo mismo: se duchan al levantarse, se toman la medicación, hacen su

cama, hacen talleres, van a la sesiones con su facultativo referente... entendemos que son elementos instituidos, de los que nos alejamos, al no considerarlos terapéuticos, por no ser sensibles a las circunstancias que van atravesando los pacientes, sus crisis, su tolerancia a la realidad. Aquí aparece lo instituyente como forma de salir de la repetición indiferenciada, que nos permite crear espacios flexibles, acordes a las necesidades del paciente, del personal, del equipo. Vamos aproximándonos a este espacio ideal, desde la ilusión y la desilusión que nos trae las dosis de realidad. La ilusión nos permite ser creativos, tener esperanza. La desilusión nos permite ir integrando la realidad. El proceso de ilusión/desilusión nos permite jugar, ser creativos y entender que siempre pueden existir nuevas oportunidades que nos volverán a conectar con la ilusión, con la esperanza. Esta experiencia de seguridad que normalmente se obtiene en los primeros momentos de nuestra vida, se encuentra muy comprometida en la mayor parte de nuestros pacientes, donde lo normal es que hayan tenido experiencias de desvalimiento, la denominada clínica del desamparo.

En este proceso aparecen la creación de dispositivos grupales, que permiten que la Comunidad sea un espacio significativo, de aprendizaje, de convivencia terapéutica. El objetivo es que la Comunidad terapéutica pueda ofrecer un entorno seguro y confiable, que contenga la crisis y que ayude al desarrollo de la autonomía personal, alejándonos de lo normativo para acercarnos a lo personal a lo idiosincrático. Armando Bauleo, en su artículo "Un grupo" nos recordaba que una situación grupal comienza con el establecimiento de una finalidad (tarea y objetivo) que luego, como un calidoscopio, mostrará diversos significados a los participantes, durante el transcurso del proceso grupal. Actualmente la organización de los distintos espacios grupales, como espacios instituyentes, van permitiendo a los pacientes tener una experiencia de contención, de seguridad, de cuidado y por tanto de mayor aprendizaje y crecimiento entendido como espacios de autonomía.

Os paso a explicar la puesta en marcha de los distintos dispositivos psicoterapéuticos grupales y sus tareas, utilizando la metodología propia de los corredores terapéuticos y la técnica propuesta desde la concepción operativa de grupo. Hay espacios con más recorridos y otros con menos. Intentamos que todos tengan un sentido terapéutico, sensible a las distintas circunstancias que pueden atravesar los distintos pacientes en su proceso terapéutico.

**1.- Grupo Brújula.** Es un espacio psicoterapéutico grupal dirigido a pacientes que están en las fases iniciales de su tratamiento en comunidad terapéutica. Surge de la necesidad de encontrar un espacio para aquellos pacientes que acababan de ingresar, como respuesta a la desorientación y confusión inicial. La creación de un espacio seguro, respetuoso y confiable es parte esencial, especialmente importante en los primeros momentos del tratamiento.

El objetivo es que los pacientes puedan empezar a sentirse integrados, parte de un proyecto y que se den las condiciones para tener en cuenta al otro, eso a lo que llamamos la mutua representación interna.

La tarea es intentar favorecer que los pacientes puedan pensar juntos sobre las dificultades favoreciendo la creación de un espacio de sostén y apoyo. Pasar de lo subjetivo a lo intersubjetivo.

Nos hemos dado cuenta, a través de este espacio, que los pacientes tienen graves dificultades para poder ser objeto de cuidado, reaccionando ante los intentos de aproximación, de afecto de forma inusitada, con movimientos erráticos, se acercan y se alejan. Son espacios que muy probablemente les causen miedo, desconfianza ante lo desconocido. No están acostumbrados, ni en su familia de origen ni en los espacios sociales por los que han transitado.

**2.- Grupo de los jueves.** Es un espacio psicoterapéutico grupal de larga tradición en la comunidad terapéutica. Hasta hace dos años, sólo existía este espacio grupal y estaba destinado a pacientes que se encontraban en una fase intermedia de su tratamiento.

La tarea de este grupo consistía en poder acompañar y trabajar sobre las dificultades que aparecen en el proceso de autonomía, trabajar los duelos que aparecen en las crisis psicóticas y en las fases posteriores ante las dificultades no declaradas. Buscaba crear un espacio de transición entre la vida en la comunidad terapéutica y la vida fuera de la comunidad terapéutica, ya que muchos de estos pacientes hacen su vida fuera de la comunidad, entran y salen, siendo el grupo un espacio para el sostén y el apoyo en los momentos donde aparecen las dificultades ante los conatos de independencia y autonomía.

**3.- Grupos Psicoterapéutico: “CT-escucha”** Dirigido a pacientes en régimen de Hospital de día, que tras una hospitalización más o menos larga siguen vinculados a la comunidad terapéutica en régimen de día, por dificultades sintomáticas que requieren de atención más continuada. En estos usuarios aparecen una clara tendencia al aislamiento social y emocional así como graves déficits en la relación y comunicación con otros. Surge de la necesidad de encontrar un espacio que facilite la dignificación del paciente a través del encuentro consigo mismo y con los demás.

La tarea del grupo es que los pacientes encuentren un espacio de seguridad emocional donde pueden escucharse a sí mismos y a los demás, con la aspiración de crear un clima de apoyo donde haya una comunicación respetuosa y atenta.

Hay un trabajo sobre habilidades básicas: comunicación, relaciones interpersonales, una disminución del sufrimiento en espacios cotidianos y de convivencia, en pacientes que normalmente han sido expulsados de otros espacios, o ante los que hay una limitación de los esfuerzos terapéuticos por su mala evolución.

El espacio psicoterapéutico grupal facilita la vivencia de una experiencia emocional positiva, sintiéndose incluidos en un proyecto y en un espacio de seguridad que ofrece una experiencia de validación y dignificación personal. Abrimos una puerta a la esperanza, a creer en sus potencialidades y le damos la oportunidad y el espacio para desarrollarla.

**4.- ASAMBLEA.** Es un espacio semanal de una hora de duración, donde nos reunimos usuarios y profesionales de la Comunidad terapéutica, con el objetivo de trabajar aspectos relacionadas con la convivencia. Es un espacio de gran riqueza, que adquiere un interés fundamental en la medida en que los usuarios siempre van a ser convivientes con otras personas y además una de las claves del tratamiento en la CT es la convivencia terapéutica. El objetivo de este espacio es que puedan desarrollar habilidades de comunicación y relación que le permitan que puedan llevar a cabo una convivencia significativa tanto dentro del propio dispositivo, como posteriormente cuando convivan en su comunidad social. Además permiten una mayor comprensión entre profesionales y usuarios, para que así se establezcan condiciones de cuidado y relación con sentido terapéutico. Hay heterogeneidad en los roles y homogeneidad en la tarea.

La asamblea ayuda a la mejora del ambiente y de la convivencia terapéutica, al ser un espacio de encuentro, de seguridad y validación de las dificultades. Aparece como una oportunidad única para trabajar con los conflictos y malestares de la convivencia entre profesionales y usuarios y entre los propios usuarios.

**5.- GRUPO DE PSICOTERAPIA MULTIFAMILIAR.** Son espacios psicoterapéuticos donde se reúnen familiares con pacientes con una frecuencia bisemanal. La finalidad es poder facilitar el encuentro entre familiares y usuarios en un entono de seguridad, a la par que trabajar sobre los estilos de relación y comunicación familiar que se encuentran presentes en las relaciones que el paciente tiene en su entorno cotidiano y que inciden en el inicio, desarrollo y posible evolución del sufrimiento mental grave. La tarea se podría resumir en pasar del desencuentro al encuentro familiar, en un espacio de seguridad que permita la vinculación del paciente con su núcleo primario, trabajando así sobre la depositación que normalmente aparece en familias de nuestros usuarios.

El espacio psicoterapéutico permite que las familias tengan un espacio de cuidado, donde el objeto de tratamiento sea lo propiamente familiar, siendo el grupo una oportunidad única para el aprendizaje a través de poder compartir con otras familias que se encuentren en la misma situación o en una situación parecida.

**6.- Seminario/ Lectura de textos sobre ambiente terapéutico.** Es el último espacio que se está instituyendo en nuestra comunidad. Es un espacio abierto, donde pueden acudir cualquier persona que trabaje en el dispositivo y que tenga interés. La tarea es trabajar sobre el ambiente terapéutico. Tiene un encuadre mensual donde el equipo coordinador propone un texto sobre ambiente terapéutico, algunos de los integrantes tras previo acuerdo se hace cargo de transmitir la información del texto y se trabaja sobre el material que vaya saliendo durante una hora y media.

El espacio surge tras compartir y empezar a detectar las angustias de los profesiones ante las dificultades en el trato con los pacientes en los momentos de crisis, que nos dificultan en nuestra tarea como equipo y hace que nos defendamos del malestar con determinadas estereotipias asistenciales que dificultan la convivencia terapéutica. Lo hemos iniciado en el mes de abril, habrán tres encuentros y a final de junio haremos una

valoración del espacio para ir dándole forma en función de las necesidades de los distintos integrantes del equipo terapéutico.

Actualmente en nuestra Comunidad aparecen los distintos grupos y espacios psicoterapéuticos (la asamblea, los seminarios sobre lectura de textos sobre el ambiente terapéutico, los grupos de psicoterapia y los grupos de psicoterapia multifamiliar) como movimientos instituyentes, en proceso continuo de cambio, lo que nos permite crear, equivocarnos, apoyarnos en el equipo y seguir aprendiendo de los espacios, de los usuarios y usuarias.

Me gustaría terminar haciendo una serie de reflexiones, que como he dicho al inicio, nos puede ayudar a seguir pensando, desde el aquí y ahora de nuestra práctica, de la clínica grupal, individual e institucional.

La asistencia actual en pacientes que no encajan, de los márgenes, pacientes con crisis continuas, con alto grado de sufrimiento personal... corre el riesgo de confundirse con una agenda llena o vacía. De confundir el deseo del que sufre con el deseo de alivio del que le acompaña. De pasar del asistencialismo al abandono. Apostamos por un acompañamiento no asistencialista basado en el proceso personal e individual del paciente, lejos de expectativas y más próximo al respeto, en lo que se ha venido a denominar el *time* del proceso terapéutico que va marcando el paciente.

Los dispositivos grupales son espacios de ilusión, que nos permiten conectarnos con la esperanza y con la creatividad. Son experiencias de contención, de seguridad que resultan ser inusuales para muchos de los usuarios y usuarias de nuestra comunidad terapéutica, que vienen de entornos marcados por el desvalimiento, el maltrato, la falta de asistencia en sus primeras experiencias tempranas. Se relacionan en los distintos espacios terapéuticos como pueden, en ocasiones huyen alternándose con crisis de rearcercamiento, pero son experiencias donde prevalece lo que se hace más que lo que se dice.

Si algo he aprendido en mi experiencia en grupos, es que el verdadero problema no es no saber, es no dudar. El terapeuta defendido necesita tener razón, el maduro necesita seguir aprendiendo.

Diego Vico, nos recordaba que para poder coordinar grupos hace falta instrucción que nos ayude a entender lo que está pasando, vínculo que nos permita establecer relaciones significativas, así como tiempo y espacio que permita que se desarrolle el proceso terapéutico, el síntoma.

Como coordinador de varios espacios grupales en mi comunidad, he de reconocer que estos espacios me permiten seguir aprendiendo, pensando y sorprendiéndome en sus potenciales terapéuticos. Pero he de reconocer que este aprendizaje no hubiera sido posible sin los ingredientes que mencionaba Diego Vico, que han permitido tener una mirada atenta, pausada y rica.

La duda profesional, la humildad, la curiosidad, la capacidad de volver a mirarlo todo como si fuera la primera vez, no son rasgos opcionales son competencias clínicas esenciales. Y no se construyen en el aislamiento, ni en la comodidad del saber cerrado. Se cultivan en contextos formales de supervisión, formación, análisis personal... y también en espacios íntimos que nos permiten un encuentro con el otro. El mayor riesgo que corre un clínico, no es equivocarse, es dejar de hacerse preguntas. Ello conlleva que nos alejamos de posturas omnipotentes, del saber absoluto, lo que también conlleva que nuestro trabajo tenga dosis frecuentes de frustración, de bloqueo que necesita de un otro, de un equipo que nos permita seguir caminando, no bloquearnos ante el dolor, ante la impotencia.

¡¡¡Muchas gracias!!!