

Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental

Felipe VALLEJO JIMÉNEZ
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

Este artículo trata sobre la organización de espacios grupales para la atención de pacientes con trastornos psicóticos, en el contexto del trabajo asistencial de un Equipo de Salud Mental. Basándonos en nuestra experiencia en psicoterapia de grupo para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, hemos podido constatar que el grupo se muestra como un espacio privilegiado para la comprensión, contención y tratamiento de los trastornos psicóticos. Desde esta perspectiva, las estrategias psicoterapéuticas grupales aplicadas en sujetos con psicosis y otros trastornos del espectro de la esquizofrenia, se pueden considerar como una oferta asistencial integrada y permanente de un servicio. Postulamos una clínica grupal que tiene como esquema de referencia el psicoanálisis, la teoría de grupo operativo y la psicología social desarrollada por Pichón Riviere.

Palabras clave: clínica grupal, psicoterapia de grupo, contención, psicosis, concepción operativa de grupo, dispositivo grupal, equipo-grupo.

Abstract

This paper presents the organization of group therapy for patients with psychotic disorders in a Mental Health Team. Previous experience with group therapy had shown us that groups are an appropriate context for the understanding, containment and treatment of psychotic disorders. Strategies based on group therapy can thus be considered an integral and permanent element of service provision for persons with psychoses and other disorders of the schizophrenia spectrum. The group therapy proposed in the paper is based on psychoanalysis, Operative Group theory and Pichon Riviere's social psychology.

Key words: Group Therapy, Group Psychotherapy, Containment, Psychosis, Operative Groups, Group Structure, Group-Team.

La psicosis, una de las patologías graves en salud mental, se convierte en el principal y central problema de un Equipo, de un Servicio y de un Área Sanitaria. Algunos aspectos que nos hablan de esta problemática son los siguientes:

1. La situación de descompensación grave de un paciente psicótico, que en su crisis no obedece a los patrones de normalidad (no quiere tomar medicación, se muestra agresivo, etc.) desorganiza con gran rapidez al equipo. No es difícil observar el poder que tiene la

Dirección del autor: Equipo de Salud Mental Macarena Norte. c/ Sancho Dávila, s/n. 41008. Sevilla. *Correo electrónico:* felipe.vallejo@auna.com

Recibido: mayo 2006. *Aceptado:* julio 2006.

locura para alterar los contextos asistenciales y producir mecanismos defensivos (persecutorios, disociativos y actuadores) en un servicio. Estas crisis pueden poner de manifiesto la fragilidad tanto de los vínculos en el equipo, como de su organización (Leal, 1997).

2. La respuesta asistencial del equipo requiere, más que en otras patologías, una intervención coordinada de varios profesionales, servicios e instituciones. El paciente transita por muy diversos lugares (consulta con psiquiatra, psicólogo; consulta de enfermería, clínica *depot*; programas de rehabilitación; talleres, etc.). El riesgo de descoordinación y fragmentación ante esta situación se acentúa cuando los profesionales se encierran cada uno en su parcela de tratamiento, en su espacio asistencial, intentando dar respuestas a una demanda múltiple de una manera escindida y no integrada (De Brassi y Bauleo, 1990).

3. En el marco de un Equipo de Salud Mental, con sus características organizativas y de demandas múltiples e indiscriminadas, es necesario plantearse cómo crear y mantener espacios permanentes para el apoyo, contención, seguimiento y tratamiento del paciente psicótico. Para ello y en primer lugar, ¿en qué lugares cotidianos podemos los profesionales pensar en común sobre la psicosis, y sobre nuestras respuestas asistenciales y terapéuticas? Es evidente que tenemos que crear espacios grupales donde los profesionales podamos reflexionar sobre el paciente, sobre las posibles intervenciones asistenciales, y sobre la coordinación entre los miembros del equipo (Vallejo, 1997). Y a partir de ahí, poder cuidar y acompañar (Racamier, 1983) a los pacientes psicóticos y sostener espacios grupales permanentes.

Grupo y esquizofrenia

La terapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia, tiene ya una larga tradición. Actualmente encontramos muchos estudios que revisan y evalúan los efectos terapéuticos de la terapia de grupo (Mosher y Keith, 1979; Kanas, 1986) La revisión de la literatura existente sobre estudios controlados de psicoterapia de grupo para esquizofrénicos apoyan que ésta es más efectiva que los abordajes individuales, tanto en pacientes ingresados como ambulatorios (Kanas, 1985).

Los pacientes esquizofrénicos necesitan un espacio y un tiempo donde la crisis pueda ser escuchada. El espacio grupal hace posible un lugar facilitador donde puede rehacerse lo fragmentado en la crisis psicótica (Lorenzo, 1993)

Si no se cuenta con un espacio de escucha (tanto individual como grupal) que vaya más allá de los síntomas, se pierde el sentido de la crisis, y el para qué y el por qué de nuestra intervención. En la crisis psicótica emerge un material que necesita ser entendido en el encuentro paciente-terapeuta; y la institución, el Servicio Sanitario, necesita de espacios grupales consolidados que formen parte de la organización asistencial y de la oferta terapéutica que ésta hace para la comprensión e intervención de dicha crisis. Así, hablamos de *encuadres grupales* y de un *contexto institucional* que los contenga.

En los contextos institucionales de los Equipos de Salud Mental, de urgencia, de burocracia, de demandas indiscriminadas, el grupo posibilita un tiempo y un espacio para pensar que pasó en esa crisis y qué ha sucedido en sus relaciones vinculares, entendiendo que la crisis debe ser comprendida en la relación con otros (familia, medio social, etc.) (Bauleo, 1997).

El espacio grupal permite, al menos en estos pacientes, la posibilidad de recrear

vínculos, tan dañados en su historia. Estas personas han tenido fracaso en sus relaciones de objeto, y han necesitado crear defensas, que constituye lo que Fairbairn llamó características esquizoides de la personalidad (Fairbairn, 1952). Estas características esquizoides de la personalidad se ponen en juego en el contexto grupal, manifestándose a través de la introversión, retiro, narcisismo, omnipotencia, autosuficiencia, soledad y despersonalización (Guntrip, 1968). El grupo se constituye en un espacio privilegiado para poder observar e intervenir sobre estas características de la relación de objeto, en un *aquí y ahora*, con otros que constituyen el mundo externo objetual. Permite también un proceso de identificación con un espacio asistencial donde no solo hay cabida para los síntomas, los fármacos o los ingresos, sino para el desarrollo, el crecimiento, la autonomía. La psicoterapia de grupo, facilita la maduración e individuación de los pacientes. Se trata de posibilitar las condiciones de desarrollo y crecimiento que han quedado perturbados en el desarrollo de su personalidad (García Badaracó, 1990).

El grupo posibilita un espacio donde por momentos, las personas con psicosis pueden salir de la soledad en la que están inmersos, no solo por la tendencia al aislamiento y su intensa sensibilidad al rechazo, sino por su dificultad de ser escuchados y comunicarse en un medio que no entiende sus experiencias, que las teme, o que tiende a segregarlo.

El dispositivo grupal cumple las funciones de continente (Bion, 1975) y espacio transicional (Winnicott, 1982). Así, el encuadre grupal actúa de marco de seguridad y de depositario de las ansiedades que produce el proceso terapéutico; y permite al psicótico mostrar y poner en la relación grupal sus temores paranoides y su sufrimiento, con

la expectativa de que ese mundo exterior (el grupo) le va a soportar y contener.

Los espacios grupales, por tanto, facilitan una lucha contra el estereotipo y la tendencia a la cronificación. Es central incidir sobre la cronicidad y el deterioro, protegiéndoles del peligro de la institucionalización de la enfermedad (Mannoni, 1985). La enfermedad entendida como *estereotipo*, es la imposibilidad de cambiar, de adaptarse a la realidad modificándola en un juego dialéctico de adaptación activa (Pichon Rivière, 1978).

Marco teórico

El modelo con el que trabajamos en la organización de estos espacios grupales para pacientes esquizofrénicos es la *Concepción Operativa de Grupo*, que se inicia con Pichón Riviere en 1948. Aunque no podamos extendernos en una descripción pormenorizada de dicho marco teórico, describiremos algunas líneas que puedan dar cuenta de la noción de grupo y su instrumentalización para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

Pichón Riviere ha desarrollado la técnica de grupo operativo partiendo del *psicoanálisis y la psicología social*. Se trataba de incidir en la tradicional dicotomía entre lo intrapsíquico y lo social.

Se define la Psicología Social como una disciplina que se ocupa de la mediación individuo-sociedad. El grupo es un modelo y un hecho de mediación, por tanto surge como la intermediación entre la estructura individual y la estructura social. Estudia al sujeto como un ser de necesidades que se satisface socialmente en relaciones que lo determinan. De ahí, que nuestras intervenciones terapéuticas sean siempre sobre un *sujeto en situación* (Lagache, 1963). Esta noción permite estudiar las reacciones y las conductas del individuo teniendo en cuenta el contexto

en el que está situado; es decir, un sujeto con sus vínculos, en una realidad concreta, en un contexto y en un aquí y ahora.

Así, partiendo de la teoría psicoanalítica, la *Concepción Operativa de Grupo* centra su interés, no sólo en los procesos intrapsíquicos, sino también en la construcción de estos procesos que se producen en la interacción del sujeto con la realidad externa. De este modo, centramos el estudio y la intervención, tanto en la dimensión *intrasubjetiva* como *intersubjetiva*.

La técnica de grupo operativo enfatiza el trabajo sobre los aspectos psicosociales del proceso de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva psicosocial, entendemos la enfermedad no sólo en su vertiente biológica y psicológica, sino como una situación que se ha producido en un contexto grupal: el primer grupo es la familia. Así, entendemos al *enfermo* como portavoz o emergente de una situación grupal.

Intervenir con los pacientes esquizofrénicos es también saber acerca de sus relaciones familiares, y trabajar con el grupo familiar para posibilitar un cambio en su estructura.

En los pacientes psicóticos, enfocamos la crisis como un momento en la vida del sujeto. En la resolución tendrá que enfrentarse con otras problemáticas. El trabajo sobre la conducta estereotipada será central en el tratamiento. El estereotipo se entiende desde aquí como la dificultad frente a las situaciones de cambio, la repetición de conductas inadecuadas y la adaptación pasiva al medio.

El grupo operativo es un grupo restringido de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio (encuadre), articuladas por su mutua representación interna (relación vincular), que se plantea explícita o implícitamente una tarea que constituye su finalidad. Función, cohesión y finalidad configuran la situación grupal que tiene su modelo natural

en el grupo familiar (Pichon Rivière, 1978).

Trabajamos sobre los efectos que se producen en la relación grupal. La actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y comunicación debidas al nivel de ansiedad que despierta todo cambio (ansiedad depresiva y ansiedad paranoide). Estas dos ansiedades, coexistentes y cooperantes configuran la situación básica de resistencia al cambio que debe ser superada.

Planteamos la necesidad de desarrollar una *clínica grupal* y una *clínica institucional*. Con estas nociones nos referimos a una clínica que amplía y complejiza el campo asistencial, al incluir la organización de servicios, la prevención, la psicoterapia, la noción de salud y enfermedad como un proceso, así como la sobredeterminación social, política e ideológica que atraviesa la práctica asistencial (Bauleo, Duro, Vignale, 1990).

Organización del grupo

Cuando se crea el Equipo de Salud Mental Macarena Norte en 1993, uno de los primeros espacios grupales que se valoraron como necesarios fue para pacientes con trastornos esquizofrénicos. Aquella primera propuesta, no muy estructurada, sí contenía dos objetivos o intenciones:

- Contar con alternativa a un tratamiento meramente individual, y poder ofrecer a estos pacientes un espacio de contención y elaboración de su situación.
- También se planteaba una economía de recursos del Equipo, favoreciendo un seguimiento más coordinado y permanente de los pacientes.

Esta propuesta inicial dio paso a la configuración de un grupo de psicoterapia,

mantenido como *dispositivo grupal* a lo largo de diez años. Éste se articula como un grupo abierto, y permite la entrada y salida de miembros en momentos definidos por el encuadre. De esta manera, el grupo se organiza como una oferta continuada del Servicio; a la vez que se ajusta a las necesidades y a los tiempos que requiere cada miembro del grupo.

A la hora de organizar un espacio de tratamiento grupal, hay una serie de elementos básicos a tener en cuenta. Tal como expresa Diego Vico: *no necesitamos mucho. Tan sólo instrucción técnica, implicación personal, espacio y tiempo. La instrucción técnica para dar sentido a nuestras actuaciones y administrar los recursos terapéuticos eficazmente. La implicación personal para establecer una relación que sea terapéutica y no una impostura. El espacio y el tiempo son las coordenadas en las que se desarrolla el proceso vital* (Vico, 1991, pág. 58).

Características de los miembros del grupo

En la selección de pacientes tenemos en cuenta un criterio de homogeneidad en cuanto a los diagnósticos, y un criterio de heterogeneidad en cuanto al momento evolutivo de la enfermedad.

Respecto al diagnóstico los integrantes del grupo, tienen mayoritariamente un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, junto a diagnósticos de trastornos esquizoafectivos, esquizotípicos y esquizofrenia simple e indiferenciada.

Respecto al momento evolutivo del trastorno, en la selección de pacientes se incluyen tanto aquellos en los que los síntomas psicóticos están activos, como algunos con déficits más acentuados y evolución más cronificada.

Como es habitual en este tipo de grupos, la mayoría de los miembros suelen ser hombres (entre el 80 y el 90%). Aunque la definición del grupo es mixto en cuanto al género desde el inicio, no ha habido variaciones en esta tendencia a lo largo de estos años. Creemos que es un aspecto que abre interrogantes. La edad de los miembros oscila en la franja entre los 25 y 45 años.

La mayoría de los componentes del grupo viven con sus familias de origen. Otras situaciones minoritarias, con otros miembros de la familia (por ejemplo, hijo o hermano). Uno de ellos vive sólo. Y sólo un miembro del grupo actual tiene pareja.

Actualmente, la casi totalidad del grupo realiza actividades rehabilitadoras en otros espacios sanitarios y sociosanitarios. Tres de ellos mantienen actividad laboral (dos en empresa protegida). Esta integración en actividades rehabilitadoras y laborales ha ido evolucionando a lo largo del proceso grupal. Al comienzo, en muchos de los pacientes que iniciaron el grupo, casi su único espacio relacional era la familia.

Encuadre

El encuadre (*setting*) es un elemento fundamental en la psicoterapia grupal. Establece las condiciones que dan estabilidad al grupo. Es el marco imprescindible para el desarrollo y mantenimiento de un proceso grupal. Corresponde a la coordinación del grupo, el cuidado de este encuadre como parte de su intervención terapéutica. En el encuadre se incluyen parámetros de *espacio, tiempo, rol y tarea*. Veamos cada una de ellas detenidamente:

Espacio

El *espacio*, como lugar físico que contribuye a estructurar el proceso terapéutico,

debe ser un elemento estable. Es tarea, no sólo de los coordinadores, sino también del equipo (la institución) preservar este espacio de interferencias que suelen ser habituales en nuestros servicios sanitarios públicos (llamadas telefónicas, urgencias, interrupciones, etc.). Constatamos que el mantenimiento y cuidado de este espacio es un elemento facilitador para que los integrantes se apropien y hagan suyo el espacio grupal, y aprendan a cuidarlo, a respetarlo, tras un tiempo de trabajo en el grupo. Se va pasando de momentos resistenciales de interrupciones, ausencias, llegadas tarde, salidas a fumar, a otros momentos donde estas conductas son evitadas y reguladas por ellos mismos. Este pasaje muestra uno de los efectos terapéuticos del grupo: se produce un cambio de conducta, de ser sujetos pasivos del tratamiento, a sujetos activos de su proceso asistencial.

Tiempo

El grupo funciona actualmente con una periodicidad quincenal. Siendo la duración de las sesiones 90 minutos. El periodo de interrupción en vacaciones suele ser breve, lo cual es facilitado por la coterapia. Consideramos beneficioso mantener el criterio de que los pacientes permanezcan en la terapia grupal el tiempo que requiera su proceso personal, estando atentos a la evitación de la dependencia y cronicidad estereotipada, que es una de las dificultades que solemos tener en el trabajo con pacientes psicóticos. Y un aspecto importante posterior al alta del grupo: El grupo es un eslabón en el tratamiento del paciente; creemos que importante y básico, pero el proceso del paciente no concluye con el grupo. Continúa en otros lugares y momentos (Equipo, servicios de Salud Mental, red social), con los aportes que el grupo le ha podido facilitar.

Tarea

Una situación Grupal comienza cuando se establece su finalidad, tarea u objetivo (Bauleo, Monserrat y Suárez, 2004). De tal forma que no podemos hablar de la existencia de un grupo sin tarea; la tarea constituye al grupo. Los integrantes enfrentan la tarea con los instrumentos que poseen; con una serie de comportamientos habituales. Si rastreamos el origen de dichas conductas, nos encontramos en última instancia con comportamientos desarrollados en el grupo familiar. La primera formulación explícita de la tarea, del para qué del grupo, es realizada por los psicoterapeutas que coordinan el grupo. La tarea que convoca al grupo (tarea inicial), es el trabajo sobre los trastornos, conflictos y problemas de su vida cotidiana y relacional. Se trata también de *aprender a pensar*: en ellos, en su realidad concreta, en sus posibilidades de salir de las situaciones de estancamiento (estereotipo) (Bleger, 1977). Los pacientes acuden a la terapia cada uno con sus ideas sobre la enfermedad, el tratamiento y la curación. A partir del encuadre que facilita la formulación de una tarea, las diversas fantasías de cada miembro se irán poniendo en juego. Las primeras significaciones de la tarea hacen referencia frecuentemente a la enfermedad. También traen la expectativa de que sea el profesional, o algo externo a ellos, quien les cure, o tenga la explicación de lo que les pasa. Situándose así como sujetos dependientes y pasivos; y colocando al profesional como el que tiene que hacerse cargo de la tarea. Posteriormente, a través del funcionamiento grupal, como veremos, se va perfilando una tarea compartida y construida por los miembros, en un proceso nada lineal. En momentos determinados, la tarea es hablar de la enfermedad, en otros, (a lo largo del proceso grupal) el grupo puede centrarse,

por momentos, en la expresión de sus dificultades de relación, en los conflictos de su vida cotidiana; o en las relaciones con los otros; o en sus pérdidas; así como de nuevas tareas o proyectos vitales. Tras la enfermedad recurrente, se asume como tarea hablar de sus dificultades como personas, no sólo como enfermos.

Coordinación y coterapia

Los integrantes del grupo, como ya hemos mencionado anteriormente, son pacientes que tienen dificultades para establecer una diferenciación entre sus vivencias internas y la relación con los objetos (mundo externo). Una de las funciones del coordinador es posibilitar que puedan ir aprendiendo a conocer cómo sus experiencias internas invaden y distorsionan la realidad y sus relaciones. Se incide sobre los mecanismos de proyección e identificación que se van a producir en el proceso de interacción entre los integrantes. La interpretación en el aquí y ahora de cómo se ponen en juego los mecanismos primitivos de defensa (escisión, negación, proyección, etc), favorece el funcionamiento del yo y la integración de lo escindido y disociado. Así se trata de que puedan incorporar a su mundo interno nuevas experiencias de aprendizaje, producidas en el proceso grupal a través de la discriminación e integración de lo proyectado. El terapeuta está atento a observar, señalar e interpretar, diversos acontecimientos grupales: las interacciones que se están produciendo, las modalidades relacionales, la evitación de los conflictos, los roles que van asumiendo, o las ansiedades que se manifiestan en los momentos de cambio (es decir, cuando se inicia un pasaje de conductas estereotipadas defensivas a otras más adaptadas a la realidad). Se trata de facilitar un nuevo aprendizaje que remite a un *aprender a pensar* en ellos, en su subjetividad, en sus conflictos que se están

reactivando en la relación grupal con otras personas que comparten con ellos su sufrimiento y deseo de cambio. El rol de coordinador es también facilitar la interacción entre los pacientes, incidir en los obstáculos de la comunicación; analizar las resistencias y transferencias cuando dificultan el proceso terapéutico (González de Chávez, García y Fraile, 1999). En la psicoterapia de grupo la transferencia se da no sólo con el terapeuta, sino entre los integrantes y con la tarea. Respecto a la coterapia: al ser un grupo donde las identificaciones proyectivas son tan masivas, la coterapia permite un cierto reparto en los roles; y desde lo contratransferencial un cierto *alivio*. Hay veces en las que uno de los coordinadores está más *afuera* y otro más *adentro* del momento grupal. Se permite así un cierto reparto flexible de roles: mientras uno de los coordinadores está más implicado en la coordinación, el otro miembro, mantiene una cierta distancia y mayor posibilidad de observación, que ayuda a la comprensión del proceso. El coordinador, en su relación con el grupo, pone en juego sus emociones, ideología, técnica, sus propios grupos de referencia, etc. Es decir, su contratransferencia. La cual es un instrumento de conocimiento acerca de lo que sucede en el grupo (Devereux, 1977). Otro aspecto de la coterapia en el Sistema Sanitario Público es el hecho de facilitar enormemente la continuidad del espacio terapéutico, a pesar de las continuas interferencias, tanto de la presión asistencial como de la propia dinámica institucional.

Desarrollo y dinámica del grupo

Momentos del proceso grupal

En pacientes con trastornos esquizofrénicos, la demanda suele ser expresada por los familiares y/o su entorno social. Posterior-

mente, las indicaciones de tratamiento las hacemos los profesionales, con un comienzo de relación asistencial en la que la necesidad no suele ser *sentida* o deseada, por su parte.

Cuando el paciente se integra al grupo, es el terapeuta quien suele tomar la decisión, aceptada con frecuencia de forma ambivalente. Ellos traen al grupo una idea de lo que es su enfermedad, que generalmente viene acompañada de una historia de ingresos, de descompensaciones, de desconocimiento y perplejidad sobre lo que les ocurre, y acompañados a su vez de los efectos que las crisis producen en su medio familiar.

En los primeros momentos de la psicoterapia, el contexto grupal es algo desconocido. Lo fue en el inicio del grupo, y lo es para lo nuevos miembros que se integran en diferentes periodos. Se sitúan en un lugar de expectativa y de dependencia con el terapeuta. Se presentan con sus diagnósticos, con sus medicaciones, con sus historias de ingresos, con el tiempo que llevan enfermos, etc.

Este atrincheramiento en la identidad de enfermo va a ser un estereotipo que emerge en muy diversos momentos del proceso grupal (situaciones de cambio, entrada de nuevos miembros, emergencia de crisis, o expresión y abordaje de conflictos relacionales y afectivos...). Uno de los objetivos terapéuticos va a ser la ruptura de este estereotipo. Así, se inicia un proceso, con múltiples vaivenes, de descentramiento del rol de *enfermo* al rol de *integrante* del grupo. Poco a poco el espacio grupal va cobrando forma: Se va transformando en lugar posible donde se pueda abordar el conflicto, en un lugar donde el sufrimiento y el dolor pueden asomarse.

Otro efecto que observamos en el grupo, y que nos indica un momento de cambio en el proceso, es que los pacientes comienzan a cuidar el espacio grupal y se cuidan; pueden

acceder a este rol de cuidador de sí mismo y de los otros (Vico, 2003). Creemos que estos momentos son posibles porque ellos se sintieron cuidados en un *setting* y una relación institucional, que al menos les permiten un rol diferente al de enfermo. No deja de sorprendernos este movimiento, en personas tan dañadas: pasar de ser sujetos *traídos al grupo*, a sujetos protagonistas de la propia historia del grupo. Esto se va logrando a través de la cohesión grupal y el sentimiento de pertenencia. La apropiación de ese espacio grupal, por parte de los pacientes, tiene el efecto de sentirlo como un lugar de seguridad donde depositar *su locura*.

Hay momentos en el grupo en el que aparece el *nosotros*, y en el que constatamos cómo los miembros integran el grupo. Comentarios en éste sentido (*me acordé de tí; hoy no ha venido P; el otro día vino mal S; me quedé pensando esta semana lo que comento JM el otro día*), nos hablan de esa integración.

Hemos observado que, por momentos, en el proceso grupal, cuando los mecanismos más primitivos de la psicosis no están en primer plano, los pacientes pueden realizar un acercamiento a conflictos más cercanos a su realidad externa y a su historia. Ahí se manifiesta una mayor conciencia de su situación personal: *lo que han tenido que dejar atrás* (estudios, trabajo, independencia, pareja...); pero a su vez, se sienten invadidos por un sentimiento de imposibilidad y de impotencia. Se hace aquí muy presente lo perdido y la perspectiva de futuro se percibe como un imposible. En estos contenidos se centran muchas sesiones grupales. Este enfrentar la realidad, para a su vez poder dar algún paso sobre ella, es posible hacerlo por parte del grupo cuando dejan de estar presentes de forma predominante los mecanismos defensivos (ansiedades básicas), y centrarse más

en la tarea. En estos momentos grupales, los pacientes pueden hablar más de ellos mismos, de su realidad, de su vida cotidiana; y pueden hacerse cargo de una manera más relista y menos destructiva de sus conflictos.

Proceso grupal y modalidad relacional

En el trabajo con pacientes esquizofrénicos, hemos comprobado la importancia de tener en cuenta las características propias del modelo relacional de estos pacientes y sus psicodinamismos subyacentes, así como, los aspectos esquizoides de personalidad. Creemos importante la observación y sistematización de estos mecanismos puestos en juego en la dinámica grupal. Es, por tanto, otro contenido importante en el trabajo terapéutico la incidencia sobre los mecanismos de defensa que pone en juego el paciente en relación con el mundo, con el *objeto*, y que tiene un lugar de emergencia privilegiado en el espacio grupal. Conocemos la tendencia a aislarse hacia formas autistas de relación; la tendencia a la indiferenciación e indiscriminación (Searles, 1994); la tendencia a la omnipotencia e idealización; los mecanismos de escisión, etc.

La *tendencia al aislamiento y el autismo* es uno de los aspectos que más se pone en juego en el espacio grupal, donde comparten con otros, experiencias, emociones y problemas. El grupo incide sobre este mecanismo en toda su línea de flotación. Es interiorizado por los miembros, como uno de sus pocos espacios para poder *hablar de estas cosas*; para algunos el único. Espacio donde se sienten entendidos, no solo por los terapeutas coordinadores, sino por los compañeros del grupo. Incluso es un lugar donde el repliegue autista puede ser además permitido:

JP pasa muchas sesiones sin participar, dormitando; sólo con leves

respuestas con la mirada cuando el grupo o la coordinación hace alusión a su aislamiento. Conducta que se ha repetido durante largos periodos. Esta tolerancia (contención) ha permitido, entre otros factores, que JP se haya sentido un miembro más (aun dormido); y de esta forma iniciar cambios cuando desde su proceso personal ha empezado a ser posible. Ya suele participar; y en una de las últimas sesiones se hace cargo de sacar y abordar en el grupo el miedo a la pérdida: "Mi madre está bastante mal; tiene 82 años; le duele todo".

Se manifiesta también una tendencia acentuada a *mecanismos de escisión*. Los pacientes hablan con frecuencia de *lo bueno-lo malo*; *los otros* como objetos persecutorios que dañan, persiguen, descalifican, y que los tratan de *locos y enfermos*. Lo bueno queda dentro, de ellos y del grupo. Aparece este mecanismo de escisión como necesario para mantener una dualidad y no una integración (ellos-mundo; enfermo-sano). Uno de los efectos de esta dualidad es la dificultad para la discriminación.

El trabajo grupal busca que el paciente pueda percibir e integrar que en ellos está *lo enfermo y lo sano*. Y que es posible hacerse cargo de sus conflictos, con los afectos, deseos, dificultades de relación y pérdidas.

S. interviene con mucha frecuencia sobre la dualidad enfermo-sano: Si yo no estuviera enferma, yo podría.... Pero el grupo le devuelve que tiene más que ver ese "yo pudiera" con dificultades de relación personal; con un conflicto en lo que a sus deseos se refiere; y con un terrible miedo a la pérdida de sus padres.

Junto a la escisión aparece la *idealización*. Se suele manifestar en una depositación en el terapeuta de características omnipotentes, con una expectativa de solución de todos sus problemas.

La no respuesta inmediata por parte del terapeuta a estas expectativas dependientes e idealizadas genera ansiedad y cierta inseguridad. Los pacientes esperan que haya *alguien* que pueda hacerse cargo de *todas* sus necesidades, las satisfaga, y evite la frustración que genera el aprendizaje por la experiencia (Bion, 1987). No aceptar este lugar o rol que nos adjudican los pacientes, será una constante en el trabajo grupal. En un momento determinado del proceso, el grupo aprenderá a ir buscando las respuestas y el alivio, no sólo en los terapeutas, sino también en los participantes y en el trabajo grupal.

Una de las mayores dificultades que nos encontramos a la hora de trabajar con estos pacientes son sus *impulsos destructivos*. Los pacientes, al sentir el grupo como un lugar de seguridad, pueden ir expresando no sin ciertas dificultades y ambivalencias, su rabia, odio, rechazos, que sintieron y sienten en relaciones significativas a lo largo de su vida. La actualización en el aquí y ahora del grupo de esos sentimientos hacia los compañeros o hacia el terapeuta, les permite comprobar que *no destruyen a nadie*, ni le son devueltos de forma destructiva, sino que esos sentimientos forman parte del mundo afectivo. Esta experiencia les posibilita un mejor manejo de estos impulsos.

El grupo ha actuado en varias ocasiones como contenedor de esta destructividad, que aunque no ha sido frecuente a lo largo del proceso grupal, produce una gran desestabilización y movilización.

Un miembro acude a una sesión ya comenzada bebido, y con contenidos

paranoides depositados al grupo. Se levanta, gesticula, chillá... Se dirige a los miembros y la coordinación. La coordinación interviene; pero en esa sesión, los miembros del grupo asumen un rol contenedor hacia el compañero en crisis; y también hacia la angustia sentida por ellos mismos ante la reactualización de una situación de crisis vivida prácticamente por cada uno de ellos en otros momentos anteriores. Así el grupo tolera y contiene la desestructuración paranoide con conductas violentas de uno de sus miembros. Identificándose con él expresaban al final de la sesión: "¡qué mal lo debe estar pasando!"

Se hacen también presentes mecanismos de *negación y proyección*, con la consiguiente distorsión de la realidad. El grupo reitera una y otra vez en la contraposición entre negación de las dificultades y conflictos, y la posibilidad de abordarlos. O entre la proyección hacia el otro de sus propias motivaciones y sentimientos, y la posibilidad de percibir poco a poco, a través del espejo de los demás, cómo atribuye al otro cosas suyas.

Factores terapéuticos de la psicoterapia de grupo

En el trabajo que venimos realizando a lo largo de estos años con los pacientes esquizofrénicos, hemos observado algunos factores terapéuticos que facilitan la psicoterapia grupal. Nuestras observaciones son coincidentes con trabajos de otros autores, tanto de orientación dinámica como del modelo interpersonal (Kibbel, 1991; Yalom, 1986; González de Chávez, García y Fraile, 1999):

1. Fortalecimiento de las funciones yoicas. Reflejado en una modificación del contacto

con la realidad, en un mayor control de impulsos, o en la posibilidad de elaborar las pérdidas (cognitivas, afectivas, de relaciones...). Y en un aumento de la capacidad de afrontar los problemas de la vida cotidiana sin recurrir a mecanismos primitivos.

2. *Conocimiento de su enfermedad.* Constatamos a su vez en este tipo de grupo, un aumento en el conocimiento de ese saco sin fondo inicial que era *la enfermedad*. Con el consiguiente aumento del manejo de sus experiencias psicóticas, de los delirios y alucinaciones. Lo que se resume en una integración de aspectos psicóticos escindidos o disociados.

3. *Aumento de la capacidad de relación con los otros.* El grupo ha ido consolidando momentos centrados en la tarea, con una alta relación interpersonal entre los miembros. Revirtiéndose en un aumento de actividades de relación y proyectos de enriquecimiento personal. Sin indicación directiva por parte de los coordinadores, el proceso del grupo ha impulsado que varios miembros se motiven a integrarse en actividades rehabilitadoras y resocializadoras.

4. *Favorecimiento del aprendizaje.* La metodología de grupo operativo favorece el aprendizaje de nuevas pautas de conducta a través de la experiencia grupal. La modificación de los roles estereotipados y repetitivos que operan a modo de defensas frente a las nuevas situaciones o a los momentos de cambio, se van produciendo a lo largo del proceso grupal. Esta modificación es la base de un aprendizaje de roles más flexibles y diferenciados, los cuales permiten a los pacientes operar con la realidad en una adaptación más activa (como queda reseñado anteriormente en el análisis de los momentos del proceso grupal).

5. *Disminución significativa de ingresos.* Anteriormente al inicio del grupo, la casi totalidad de los miembros cuentan con una historia de ingresos hospitalarios. Algunos de

ellos con carácter involuntario. Actualmente, y a lo largo de 5 años, sólo se han producido dos ingresos. Entendemos que la psicoterapia de grupo, favorece una posición activa del paciente con respecto a sus crisis, y un mayor conocimiento de aquellas situaciones que pueden incidir en una descompensación.

6. *Implicación activa en su tratamiento.* Hemos observado en la experiencia clínica que la psicoterapia de grupo facilita una alianza terapéutica, tanto con los terapeutas del grupo como con el Servicio, que se manifiesta entre otros aspectos, como por ejemplo, en la frecuentación y asiduidad a las sesiones de grupo, así como a otras actividades asistenciales programadas en el Centro. Suelen hacer demandas de asistencia, por ellos mismo y no sólo a través de la familia, cuando perciben síntomas o señales de una posible descompensación. Otro factor es la adherencia a tratamiento psicofarmacológico. El hecho de estar coordinado el grupo por un psicólogo y un psiquiatra, favorece la integración del tratamiento psicofarmacológico en el proceso terapéutico. Al finalizar cada sesión de grupo, se da un breve tiempo de revisión de la medicación en los pacientes que lo precisan. El psiquiatra ha podido escuchar, no sólo los síntomas, sino el significado de los mismos. El paciente aprende que la medicación es uno de los instrumentos que él puede utilizar en la búsqueda de su mejoría.

7. *Adherencia a tratamientos de rehabilitación y asistencia otras actividades sociosanitarias y laborales.* Cuando los pacientes, además de su realidad familiar, empiezan a ocupar otros espacios relacionales (programas de rehabilitación, talleres, etc.), estos van formando parte de su vida cotidiana. Por lo general, son vividos como experiencia positivas y como apoyos en la salida de situaciones de crisis. Estas vivencias son compartidas en el grupo, y actúan como es-

timulo que abre la curiosidad y motivación en otros miembros. Por otro lado, en algunos pacientes se ha producido también un inicio o reinicio de la actividad laboral (normalizada o protegida).

Consideraciones finales

El trabajo que se ha presentado en este artículo se centra básicamente en el contexto de un Centro de Salud Mental; equipo de diversos profesionales que atienden una demanda tan numerosa como diversificada. Conocemos las dificultades de hacer de un Servicio de Salud Mental, un equipo cohesionado y coordinado en su tarea asistencial y terapéutica; y que desde ahí pueda crear y mantener espacios institucionalizados en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

Los pacientes psicóticos, con una patología severa, con tendencia a la cronicidad, con un alto nivel de sufrimiento, y en muchos casos con desajustes sociales, requieren una atención y un acompañamiento que no reproduzca aquello que queremos tratar: la escisión, el aislamiento, la confusión y la indiscriminación.

La psicoterapia de grupo es una modalidad terapéutica, que se muestra efectiva, como ya hemos descrito, para que estos pacientes cuenten con un espacio que les facilite descentrarse del rol de enfermos (enfermedad estigmatizada), y les procure recursos para ser más activos y protagonistas en su proceso terapéutico.

Pensamos además que el grupo, entendido como *dispositivo grupal*, como oferta permanente y específica de un Servicio, contribuye también a la consolidación de respuestas asistenciales y terapéuticas para pacientes con esquizofrenia. Por un lado, el grupo se entiende así como un espacio institucionalizado; es decir, como un espacio

que incluye una oferta terapéutica inserta en las diversas actividades asistenciales de un programa de atención a la psicosis.

En el marco de las tendencias institucionales (eficiencia, eficacia, evidencia), los profesionales tenemos una parte importante en el desarrollo, consolidación y evaluación de espacios psicoterapéuticos en el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves. Así como el desarrollo de líneas de investigación sobre la psicoterapia grupal que favorezcan tanto el desarrollo conceptual (teórico-técnico), como la práctica clínica y la consolidación de modelos institucionalizados para la atención a pacientes con trastornos mentales graves.

Referencias

- Bauleo, A. (1997). *Psicoanálisis y Grupalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bauleo, A., Duro, J.C. y Vignale, R. (1990). *La concepción operativa de grupo*. Madrid: AEN.
- Bauleo, A., Montserrat, A. y Suárez, F. (2004) *Psicoanálisis operativo. A propósito de la Grupalidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Bion, W.R. (1975). *Aprendiendo a pensar*. Buenos Aires. Paidós.
- Bion, W.R. (1987). *Aprendiendo de la experiencia*. México. Paidós.
- Bleger, J. (1977). *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- De Brassi, M. y Bauleo, A. (1990). *Clínica grupal, clínica institucional*. Madrid: Atuel.
- Devereux, G. (1977). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
- García Badaraco, J. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura*

- multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- González de Chávez, M., García Cabez, I. y Fraile Fraile, J.C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: Hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 573-586.
- Guntrip, H. (1968). *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*. Londres: Hogarth Press Ltd..
- Kanas, N. (1985). Inpatient and outpatient group for schizophrenic patient. *American Journal of Psychotherapy*, 39(3), 431-439.
- Kanas, N. (1986). Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 339-351.
- Kibel, H.D. (1991). The therapeutic use of splitting: The role of de mother-group in therapeutic differentiation and practicing. En S. Tuttmann (Ed.), *Psychoanalytic Group Theory and Therapy*. Madison: International Universities Press.
- Lagache, D. (1963). *La Unidad de Psicología*. Buenos Aires: Paidós.
- Leal Rubio, J. (1997). Aproximación a una lectura institucional del malestar en los servicios de salud (mental). En J. Leal (Coord.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*. 33-57. Madrid: AEN.
- Lorenzo López, M.D. (1993). Aportaciones de la psicología social y la concepción operativa de grupo en el tratamiento del psicótico en un Hospital de Día. *Apuntes de Psicología*. 38-39. 151-162.
- Mannoni, M. (1985). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Mosher, L.R. y Keith, S.J. (1979). Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: A summary report. *American Journal of Psychiatry*, 136. 623-631.
- Pichon Rivière, E. (1978). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Racamier, P.C. (1983). *Los esquizofrénicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Searles, H. (1994). *Escritos sobre Esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Vallejo Jiménez, F. (1997). Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental. En J. Leal (Coord.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*. Madrid: AEN.
- Vico Cano, D. (1991). Trabajo con psicóticos. Seminarios Unidad de Docencia y Psicoterapia 1991-1992. Granada: Unidad de Docencia y Psicoterapia.
- Vico Cano, D. (2003). Sobre intervenciones grupales en un Hospital de Día. *Área* 3, 9, 27-35.
- Winnicott, D.W. (1982). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Yalom, I.D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de cultura económica.

