

***PSICOTERAPIA ANALÍTICA GRUPAL CON PSICÓTICOS¹: TEORIA Y ADAPTACIONES TÉCNICAS**

José Miguel Ribé

*“...Uno se entera,
por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento,
de que en un rincón de su alma, según su propia expresión,
se escondía en aquel tiempo una persona normal,
la cual, como un observador no participante,
dejaba pasearse frente a sí al espectro de la enfermedad ...”.*

Freud, 1938

Trabajo dedicado a mi padre. Donde estés, espero que te guste.

Introducción

Partiendo de la ausencia de reglas y confusión a la que nos tiene acostumbrada la psicosis, quisiera aportar reflexiones, dudas y consideraciones acerca de la psicoterapia psicoanalítica grupal con pacientes psicóticos, un aporte más para pensar su fragmentado

¹ Como las palabras no son estigmatizantes, si no la lectura que uno hace de ellas, permitidme resolver con esto que menciono la pesadez con la que algunos profesionales e instituciones defienden con tanta vehemencia la necesidad de nombrar “personas con condición psicótica”, “estructura psicótica”, “sufrimiento psicótico”, “funcionamiento psicótico”, “diagnosticados de”, “trastornos psicóticos”, que no esquizofrénicos o psicóticos sin más. Aprovecho la ocasión para plantear que, tanta pasión en ello puede ser igual de estigmatizante como discriminatoria.

puzle.

A partir de la experiencia clínica —lugar privilegiado donde debieran analizarse y cuestionarse las teorías psicoanalíticas— aportada a través de un grupo psicoterapéutico anual, que se realiza desde hace tres años, en coterapia (con una trabajadora social) en el *Centre de Salut Mental d'Adults Sant Andreu* de la *Fundació Vidal i Barraquer* (Barcelona), trato de mostrar diversas adaptaciones técnicas, tanto en el diseño, como en la actitud del terapeuta en este tipo de grupos. A su vez, como fruto de un diálogo entre los aspectos teórico-técnicos y la práctica clínica, procuro desarrollar algunas reflexiones sobre la psicosis.

La psicoterapia grupal en el paciente psicótico hoy. Psicoterapia en los centros de asistencia pública

Los inicios de la psicoterapia y el saber acerca de la psicosis arraiga en la era manicomial. Tradicionalmente y en el contexto de los asilos, los pacientes psicóticos no recibían tratamiento psicológico. Sin saber muy bien que hacer con la patología psiquiátrica, la propuesta podía ser reunirse con el voluntarioso cuidador de turno, (fuesen monjas, albañiles, carpinteros..., a fin de que estuvieran acompañados sin más. Afortunadamente, aquellas reuniones y la calidez humana de los cuidadores sin formación especializada, podían representar para muchos pacientes cierto desahogo en la situación de aislamiento en que se hallaban.

Hoy parece que la impronta de esas reuniones, perdura, y en diversos marcos institucionales los psicóticos reciben con mas frecuencia atención a través de terapia de grupo que tratamiento psicoterapéutico individual (Blanqué & Folch, 1998; Ayerra, 1999; Vallejo, 2006; González, 2008; Tardío, 2011). Con el tiempo, esta práctica está adquiriendo una mayor solidez y preponderancia en los centros ambulatorios y hospitalarios. Es por ello interesante acudir a las experiencias grupales para acercarnos a la psicosis y continuar aprendiendo sobre esta.

La atención psicológica en los centros de salud mental de adultos, se sigue invirtiendo más en pacientes neuróticos que psicóticos. La diferencia es notable y preocupante, ya que son estos últimos, más aún con el impacto de la actual crisis económica en la salud mental, quienes menos demandan, más necesitan y menos reciben. Los principales argumentos que podrían explicar esto son, en mi opinión, el escepticismo terapéutico ante la cronicidad, mecanismos proyectivos masivos y la escasa formación teórico-técnica en su abordaje.

Parece existir cierta aura de escepticismo institucional respecto a confiar que pacientes con el diagnóstico de psicosis pueden mejorar y ser subsidiarios de psicoterapia. Más aún cuando su trastorno —entendido como un todo, sin poder ver al individuo en sus dificultades— es calificado como “crónico”. La experiencia clínica y mi trabajo personal (análisis grupal e individual) van sugiriéndome que puede que no haya tantos pacientes crónicos y que esta cronicidad esté más bien instalada en algunos profesionales y en las propias instituciones que los “contienen”. Esta misma, debiera valorarse desde la intersubjetividad paciente-terapeuta —contrastando las expectativas, *timing* y capacidades de ambos—, no a través de parámetros categoriales tipo DSM, ni mucho menos desde el narcisismo del propio profesional, quien puede valorar el no avance del sujeto como una dificultad exclusiva del propio paciente.

La psicosis inquieta, descoloca y pone frente al terapeuta verdades tan incómodas de escuchar como de manejar. Estas, por identificación proyectiva, pueden invadir y atrapar a muchos terapeutas, interfiriendo en la terapéutica y abortando cualquier posibilidad de pensamiento o descompresión emocional. La consecuencia palpable de todo ello es el uso inadecuado de los recursos asistenciales: pautas irracionales en la medicación —que acaban apuntalando la cronicidad con francas anestias emocionales—, internamientos sin espera alguna, derivaciones expulsivas a otros servicios —sin ser consensuados ni trabajados con el usuario—, e intervenciones interdisciplinarias, sin saber que cometido tiene cada profesional y confundiendo muchas veces los diversos roles profesionales.

No existe una adecuada formación en los profesionales. Por un lado, en mi opinión,

la docencia en los institutos psicoanalíticos sigue siendo demasiado teórica y poco cercana a la práctica clínica. Tal desconexión embarulla a muchos psicoterapeutas cuando afrontan la realidad clínica. Por otro lado, quienes se lanzan al abismo del psicótico, a menudo desde un cierto “furor curandis”, suelen ser jóvenes, sin experiencia y tienden a “confundirse enloquecedoramente” con las proyecciones del paciente. Ni que decir que un trabajo psicoterapéutico personal y supervisión clínica es recomendable. ¿Puede considerarse más adecuada la psicoterapia grupal? Aunque durante algún período el abordaje asistencial ha podido situarse en el ideal de un tratamiento intensivo individual de tipo psicoanalítico, la experiencia y la realidad, en la cotidianidad de los centros asistenciales públicos, nos hace valorar el abordaje grupal, como posiblemente la herramienta psicoterapéutica más adaptada, indicada y eficaz en este tipo de pacientes. También, el necesario trabajo interdisciplinario en equipo (grupo externo) puede reflejarse e influir muchas veces en las propias relaciones objetales internas de los pacientes (grupo interno). Nuevamente, en una adecuación isomórfica y coherente con el método de trabajo del objeto a tratar, la mirada grupal se torna esencial en un abarcar e integrar los diversos aspectos parciales, tanto de la persona a la que se atiende (clínica grupal) como de las disciplinas que contiene la propia institución (clínica institucional). A fin de evitar reproducciones externas de los síntomas de los pacientes y la consiguiente iatrogenia en su terapéutica, se hace indispensable que los equipos terapéuticos estén mínimamente cohesionados y coordinados por un líder de la institución (Sunyer, 1997).

La psicoterapia individual, como único instrumento terapéutico, cuenta con limitaciones e inconvenientes, que considero que son superados por lo grupal por una serie de razones:

1) Burocráticas e institucionales:

- Ante la limitación de los tratamientos individuales prolongados por la escasez de recursos y el agobio en los servicios públicos ante tanta demanda de tratamiento, las políticas de gestión cada vez más apuestan por lo grupal de tiempo limitado.

- La dificultad en mantener un encuadre externo, interferido muchas veces por cambios de agenda, bajas laborales, reducciones de plantilla, vacaciones del terapeuta..., puede privar de asistencia al usuario en momentos sustanciales. En el marco grupal, la coterapia, en ausencia de uno de los conductores, puede permitir la continuidad del espacio terapéutico a pesar de dichas problemáticas.

2) Técnicas:

- En grupo, la mayor horizontalidad que la exposición con más miembros promueve, fomenta que las cuestiones planteadas sean más relativas, existan más dudas y no se caiga ciegamente en verdades absolutas. En un contexto individual, en el que solo se dispone de un único referente (una sola mente) en una relación intersubjetiva propensa a la verticalidad, el paciente puede esperar que todas las respuestas provengan únicamente de su terapeuta y agravar así la tendencia del psicótico a aferrarse a los absolutismos.
- El formato grupal, como microcosmos social (Vinogradov & Yalom, 1996), permite que se cree dentro del grupo el mismo mundo interpersonal que sienten los pacientes en el exterior. El grupo se convierte en un magnífico laboratorio de ensayo, donde poder experimentar, mediante el aprendizaje emocional, la socialización.
- El grupo no favorece tanto situaciones regresivas ni dualidades perpetuantes (dependencia), ya que a parte de la transferencia con el conductor, se incluye también la de otros miembros del grupo y la del propio grupo como un todo. Es un contexto triangular que desencalla y posibilita los procesos de individuación y autonomía.
- En el ámbito grupal se dan situaciones compartidas y universalizadas — posiblemente uno de los factores terapéuticos (Vinogradov & Yalom, 1996) más curativos para los psicóticos— con otras personas y se facilitan

comunicaciones que acostumbran a permanecer ocultas en las entrevistas individuales (Tardío, 2011).

- La coterapia y la presencia de otras mentes (*mente ampliada*) (García, 2000) rescata a los terapeutas de caer en la omnipotencia técnica, facilita más planteamientos y enriquecedoras aportaciones.
- Si la coterapia es mixta, pueden verse estimuladas transferencias parentofiliales que, junto a otras transferencias, desplieguen la reedición de fallidas relaciones. La vuelta a estas últimas, con ayuda, pueden ser oportunidades para el cambio.
- El psicótico en grupo puede verse, dentro de su fragmentación, más completo (Vico, 1994). La existencia de varios interlocutores, múltiples *transferencias cruzadas* y fenómenos *especulares*, pueden poner en escena las variadas relaciones objetales internas del paciente.

3) *Inherentes a la persona del terapeuta:*

- Las transferencias y adhesiones masivas pueden diluirse más en grupo y en coterapia, pudiendo en situaciones difíciles, de gran carga emocional para un terapeuta, poder ser rescatado por el otro conductor o por el propio grupo.
- La exigencia y omnipotencia terapéutica se rebaja más en grupo, permitiendo un menor desgaste emocional en el terapeuta y menos heridas narcisistas que, mal llevadas, pueden acabar en (contra)actuaciones, perjudiciales, tanto para el paciente como para el terapeuta.
- El aprendizaje de psicoterapeutas en formación puede ser más saludable y cuidadoso, sobre todo en aquellos más jóvenes, si estos pueden encontrar en coterapeutas con un mayor bagaje experiencial (teórico y sobre todo personal) puntos de referencia y cierta contención para ir adquiriendo el suyo propio (Ayerra, 1999).

Algunos trabajos de investigación muestran, en estudios comparativos, la

“evidencia” de una mayor efectividad de la terapia grupal frente a la individual en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Kanas, 1985; González, 2008). Realmente, no sé si es oportuna dicha comparación, ya que entiendo que la individual mantiene una mirada microscópica y la otra telescópica. A pesar de compartir elementos en común, actúan en estratos distintos. Son complementarias.

Como norma, considero que aquel paciente que asista a terapia grupal debe tener, por lo menos, un aceptable vínculo con algún referente del centro. En aquellos, que previamente estén acudiendo a terapia individual, la grupal no será sustituta (en pacientes psicóticos) ni la simultaneidad de ambas un impedimento, siempre y cuando pueda compartirse el proceso psicoterapéutico y exista un diálogo sincero entre los terapeutas de ambos formatos. Dado que puede suceder que lo que no se diga en el grupo sea dicho en individual y viceversa (*restitución grupal*²), este diálogo abierto entre profesionales es fundamental. Luego, a parte del formato psicoterapéutico grupal e individual, encontraríamos grupos paralelos de *whatsapp*, *facebook*, que nos guste o no, debemos integrar como bien podamos.

En general, la psicoterapia de grupo debería incorporarse en programas terapéuticos, combinados con otras psicoterapias individuales o familiares (Ribé, Valero & Pérez-Testor, 2011), formando parte activa, a nivel longitudinal, de los proyectos terapéuticos individuales de cada paciente. Siendo una intervención más, complementaria y no competitiva, el uso de la terapia grupal facilita y potencia (sinergia) la actividad terapéutica en los pacientes psicóticos (González, 2008).

² *Ley de restitución grupal*: el material generado en o por el grupo debe ser restituido al mismo ámbito que le dio lugar (Paolini, 1996). El diálogo o puente entre ambos terapeutas (miembros del mismo continente en donde se enmarca la terapia individual y grupal) debe tratar de contener e integrar el material que se escinde, recogiendo las actuaciones (*acting-out*) que puedan haber, puesto que a veces es más fácil decir las cosas a una persona que a muchas. Y en el psicótico, mejor se verbalice que no se reprima. Aún así, si el paciente se encuentra en una institución muy enloquecedora, puede que sea preferible que los contenidos susceptibles de ser abordados psicoterapéuticamente se circunscriban a una única modalidad psicoterapéutica, se cancele la atención simultánea y quede pendiente, en su caso, otras formas de psicoterapia para retomarlas una vez acabado el grupo.

Diseño y aspectos técnicos de nuestro grupo

El empleo de la técnica psicoanalítica en los grupos es más que la aplicación de la teoría, es la adquisición continuada de conocimiento por ensayo y error. Al mismo tiempo que el saber sobre la psicosis va perfilando la técnica y su metodología, la aplicación de estas suscita nuevas cuestiones acerca de su conocimiento.

I. Tipo de grupo

En nuestra red asistencial pueden encontrarse diversos grupos de psicóticos “más o menos” establecidos, según la evolución o estado psicótico:

- a) Grupo para personas jóvenes (menores de 18 años) con una *elevada vulnerabilidad y riesgo de psicosis* (EMAR).
- b) Sujetos con el diagnóstico reciente de un *primer episodio de psicosis* (PEP)³.
- c) Pacientes en plena ebullición o *crisis psicótica* (habitualmente en un contexto de internamiento hospitalario) (Arroyo & Del Palacio, 2011)⁴.
- d) Sujetos diagnosticados de psicosis de larga evolución, *estables*, que no han requerido de un ingreso en el último año.

Este último bloque de pacientes son los que en grupo, en mi lugar de trabajo, se atienden de una forma continuada desde hace años. Son posiblemente los grupos más

³ Respecto el término primer episodio psicótico, quisiera resaltar que puede que sea probable que los pacientes lleven años con sintomatología psicótica precariamente contenida (Tizón, 2007), pues como reza el dicho clásico de Clérambault: “cuando el delirio aparece la psicosis ya es vieja”.

⁴ Empieza a escucharse con más fuerza la existencia de espacios para la palabra e incluso psicoterapia en contextos institucionales hegemónicamente biologicistas y de tremenda resistencia a la mirada psicoterapéutica. En Cataluña, comunidad en la que trabajo, el predominio biológico en la mayoría de las actuaciones terapéuticas hospitalarias es eminentemente biológico. A pesar del esfuerzo por invertir el ambulatorio-centrismo de la psicoterapia y favorecer algún espacio “psicoterapéutico” en las unidades de ingreso, hemos de ser rigurosos, realistas con el contexto hospitalario y estado mental de los pacientes, cuidando de no hacer iatrogenia.

habituales, por ser más fáciles de llevar a cabo, ya que los pacientes están más estables y contenidos. Pueden realizarse únicamente con pacientes y/o también con familiares, siendo estos últimos en espacios grupales multifamiliares.

El grupo está integrado por personas que han experimentado a lo largo de su vida sufrimiento psicótico, en un espectro que puede transitar desde la mínima alteración del pensamiento/afecto, hasta un brote psicótico. El paso del tiempo, apoyado por familias patológicamente enrocadas en el no cambio del individuo identificado como enfermo, la rápida y prolongada sobremedicalización en el tiempo —sin revisiones—, la desidia de algunos profesionales —que les impide el interesarse por la persona, más allá de los síntomas tipo DSM— y el inhibitorio temor del paciente a expresar lo que siente —por creer que la única respuesta posible a su malestar es el ingreso—, acaba configurando un tipo de paciente de características pesadas e inamovibles.

El grupo, combinado con intervenciones familiares y reuniones con los referentes de los pacientes, concede una nueva oportunidad para salir del aislamiento interno, del bloqueo emocional y del cerco atrapante de los familiares como de algunos profesionales. El conflicto psíquico, aletargado y adormecido por la medicación es llamado para ser escuchado, a veces incluso por primera vez, ya que muchos no han recibido nunca terapia psicológica o simplemente un interés auténtico por su historia personal.

II. Edades, tamaño y homogeneidad versus heterogeneidad en la elección de los participantes

El grupo está destinado para usuarios del centro de salud mental con un *arco de edad* comprendido entre los 20 y los 40 años de edad, siendo habitual una media de edad de 35 años.

Respecto al número *de integrantes*, estimamos oportuno un número de entre 8 y 10 participantes. Es recomendable comenzar con una “masa crítica” de 10-12 debido a los posibles abandonos en el inicio del grupo. Menos de ocho puede resultar persecutorio,

pudiéndose sentir los participantes con la continua presión de intervenir. Más de diez suele resultar disperso o con escasa intensidad en la fluidez relacional y transferencial. He de añadir que, también para los terapeutas, un grupo con pocos participantes puede ser muy pesado en los inicios, pues obliga a movilizar más al grupo y tomar una actitud mucho más activa.

En base al diagnóstico, el grupo es heterogéneo. Está *destinado* para personas con el diagnóstico de trastorno mental severo, básicamente esquizofrenia, pero también trastorno bipolar, límite y depresión mayor con síntomas psicóticos.

Puede ser recomendable que el grupo sea *homogéneo*, en cuanto a edades y diagnóstico, ya que así se favorece la cohesión, la asistencia y el sentimiento de compartir aspectos comunes. Estos últimos acostumbran a ser, en los inicios, las experiencias alucinatorio-delirantes, los ingresos, los efectos que sufren por culpa de la medicación... La coincidencia inicial en relación a dichos aspectos hace que los participantes se sientan cómodos. En adelante, trataremos de desfocalizar la condensación y el desplazamiento que los síntomas contienen, para adentrarnos en la propia diversidad de cada participante de una forma más personal. Si el grupo es *heterogéneo*, puede que sea más rico, “menos psicótico” –en cuanto que las partes no tan psicóticas también tendrán cabida–, pero más riesgoso, ya que será más difícil que en los inicios del grupo se desarrollen sentimientos de pertenencia y cohesividad, tan necesarios para seguir en el proceso psicoterapéutico y no abandonar el grupo a la mínima de cambio. Aunque la diversidad de opiniones acostumbra a descolocar al psicótico, si lo que buscamos es que el psicótico pueda integrar sus partes escindidas y abandone sus certezas psicóticas, un grupo heterogéneo es más adecuado. En último extremo, será decisión de los conductores valorar cuanta heterogeneidad podrán contener en su grupo, sin que este se desintegre recién empezado. Dicha decisión dependerá de sus capacidades (de integración, tolerancia, contención, flexibilidad...), de la intensidad psicótica de los participantes, de la duración del grupo –para grupos de menos de 6 meses puede que sea más recomendable uno homogéneo–, del objetivo del grupo –para la búsqueda de alivio sintomático mejor uno homogéneo y de corta duración– y del apoyo de la institución en donde se trabaja.

III. Temporalidad del grupo.

Se trata de sesiones de 75 minutos, de frecuencia semanal y anual en su duración. El grupo es *semi-cerrado*, con la posibilidad de incorporación de algún participante más, hasta aproximadamente los dos meses de iniciado el grupo. Pensamos que en pacientes con funcionamientos psicóticos, donde prima la desorganización de la mente y donde la identidad, confianza y el sentimiento de pertenencia puede ser tan precario, el encuadre del grupo debe estar claro desde el principio y es recomendable que la permanencia de los mismos participantes, sin nuevas entradas, sea estable y cohesionada. Esta estructuración, aparentemente rígida —a lo mejor compensatoria ante estructuras institucionales poco contenedoras o que no transmiten confianza—, no debe ser impedimento para la necesaria flexibilidad que requiere este tipo de grupos.

Siendo realistas con la limitada economía de recursos en la salud mental pública, la *duración* de un año es considerada como suficiente, según los objetivos que nos marcamos. Más allá de que tratamientos prolongados y únicos pueden ser perjudiciales, debido a que los pacientes pueden acomodarse en el estancamiento con el que a veces acuden y los profesionales agotarse, pensamos que la brevedad del grupo implica la aceptación de los límites de la propia vida y de la realidad —acicate que mueve a los participantes, especialmente hacia el final del grupo—, el abandono de posiciones dependientes y de la desesperanza ante la no llegada de soluciones mágicas para sus dificultades. Terapias prolongadas, en la procelosa asistencia pública y sin supervisión, huelen a incómoda confortabilidad, en donde terapeuta y grupo establecen una alianza profunda en la que se evita la confrontación con el acontecimiento fundamental de la vida, que es la aceptación de la separación —hecho doloroso en el psicótico dada su dificultad en la diferenciación—, la individualidad y finalmente la muerte (Ayerra, 1999). Con la esperanza puesta en el cambio ideal, es corriente en terapeutas noveles caer en la omnipotencia de alargar sin rumbo ni destino este tipo de grupos. Creo que no existen

muchas experiencias acerca de terapias prolongadas con psicóticos, en parte porque es difícil mantener un adecuado *setting* en la pública.

El desgaste que puedan tener los conductores del grupo en el proceso psicoterapéutico puede marcar también la temporalidad. Así, si se deposita la mayor parte de responsabilidad del proyecto terapéutico del paciente en el grupo, la sensación de tener que movilizar pesadas cargas puede determinar que el grupo acabe siendo de corta duración. En equipos coordinados, donde puedan integrarse la psicoterapia grupal, las intervenciones rehabilitadoras, las intervenciones psicoterapéuticas individuales, el tratamiento farmacológico y la asistencia de enfermería, la sensación de carga (responsabilidad) disminuye de modo que puede sostenerse un grupo de mayor duración sin tanto desgaste. En grupos de neuróticos, debido a que estos a menudo disponen de recursos externos sostenedores (que el psicótico no suele disponer), el grupo puede ser el único tratamiento que reciban sin necesidad de más (Gràcia, comentario personal, marzo 2016).

Aunque la *frecuencia* semanal puede ser intensiva para las capacidades del aparato psíquico del psicótico, las ausencias fluctuantes de los participantes son valoradas como una forma de autorregulación emocional de los propios integrantes. Ante intensas vivencias grupales puede requerirse de una cierta descompresión para seguir encarándolas en adelante.

El *horario* de inicio, aspecto no baladí, es a las 10 de la mañana. Más allá del “no tiempo” del inconsciente, que puede llevarnos a pensar que carece de importancia la hora de inicio y que si vienen tarde o no vienen es por motivos puramente intrapsíquicos, pensamos que es un horario ajustado a sus limitaciones personales y especialmente, contempla la pegajosa somnolencia que producen los psicofármacos. Además, si con el tiempo y dentro del proceso de continuidad asistencial, el paciente inicia otra actividad rehabilitadora, la responsabilidad de llegar a la hora y temprano se habrá visto facilitada por el propio grupo.

IV. Demanda de ayuda y entrevista de valoración

En muchos pacientes una *demanda de ayuda* acostumbra a ser sinónimo de avance hacia la mejoría psíquica. Pedir ayuda en salud mental presupone una cierta toma de conciencia del sufrimiento psíquico, así como la esperanza de poderse ver mejor y la motivación para iniciar un trabajo psicoterapéutico. En el psicótico no esperemos que suceda lo mismo.

A menudo son, entre otros factores, aquellos estados de reticencia, sospecha y desconfianza que puede sentir el psicótico los que pueden interferir en la aceptación de ingreso a un grupo de psicoterapia: “pero, ¿tú qué quieres conmigo...?”, dicen algunos. Vivencias traumáticas precoces y carencias en el cuidado (Fromm-Reichmann, 1973), tales como falta de atención y afecto, pueden hacer que los psicóticos reaccionen paranoicamente, confundiendo patrones relacionales afectivos con amenazantes. Pueden pensar que en el interés del clínico hacia ellos se esconde una intencionalidad turbia, que les violenta o incomoda en los mejores casos, o erótica y persecutoria en los peores. En estos últimos casos existe un elevado riesgo de desvinculación y/o eclosión psicótica.

Lamentablemente, desde esas reticencias, aparente falta de motivación y de demanda, muchos psicoterapeutas resuelven sus primeras visitas exploratorias, aseverando que el paciente no expresa sufrimiento psíquico, no hay *insight* ni demanda de ayuda. Craso error. Habitualmente la demanda suele ser expresada más por los familiares, posiblemente por identificación proyectiva con la necesidad proyectada del propio paciente y la indicación de tratamiento la hacen los profesionales, con un comienzo de relación asistencial en la que la necesidad no suele ser sentida o deseada por parte del paciente (Vallejo, 2006). A pesar de ello, ante la no llegada de petición explícita de ayuda el terapeuta debe ir a por ella. Apoyándome en la teoría dual de la personalidad de Sullivan y siguiendo a la grupoanalista Dolores Rico (2000) considero que por muy enfermo que esté un paciente, siempre mantiene una parte sana — la parte no psicótica— que le permite conectar con la realidad y considerar la necesidad de ayuda. En los inicios de la terapia el terapeuta debe aliarse con esa parte no psicótica, salvaguardarla ante la fagocitación de los aspectos narcisísticos malignos y psicóticos, para construir una alianza y vínculo que

permita traer al sujeto al proceso terapéutico. Siendo un *yo-auxiliar*, el terapeuta, en alianza con la parte no psicótica, podrán soportar el oposicionismo de las omnipotentes partes narcisísticas o psicóticas, haciéndolas “ver” el sentido de necesidad de ayuda. Ante este trabajo poco gratificante, costoso, lento, de contención y paciencia, muchos psicoterapeutas desisten.

Previo a la participación del paciente en el grupo es fundamental, más que en otro tipo de grupos, unas *entrevistas de valoración*. Así, tras el recomendable trabajo en la derivación por parte del derivante (profesionales del centro), los conductores realizamos una entrevista de valoración antes del inicio del grupo. En esta consideramos imprescindible la presencia de:

- a) Cierta estabilidad psicopatológica en los últimos meses.
- b) Vínculo consolidado con al menos un referente del centro.
- c) Una mínima capacidad de autorregulación emocional.
- d) Aceptable nivel cognoscitivo.
- e) La existencia de un proyecto terapéutico medianamente razonable, donde el proceso grupal pueda favorecer, junto a otras intervenciones terapéuticas, la adquisición de uno o varios objetivos. El grupo puede funcionar como un factor impulsor y facilitador en el inicio o desarrollo de actividades rehabilitadoras y resocializadoras.

Tanto el trabajo en la derivación, *per se* psicoterapéutico, como la realización de las entrevistas de valoración, son básicas e influyen muchas veces en la cohesión inicial del grupo, la disminución de tempranos abandonos y puede marcar la evolución del grupo.

V. *Objetivos terapéuticos*

Nos centramos no tanto en eliminar los síntomas, sino en cambiar la relación con ellos y desarrollar una comprensión de los mismos.

Exploramos y tratamos de reflexionar —aumentando su capacidad de introspección— acerca de que sobreentendidos o interferencias prejuiciosas personales —

basadas indudablemente en su historia personal— se esconden detrás de ciertas inhibiciones expresivas, relacionales y de áspero aislamiento. En relación a este último, como ingrediente muy presente en la psicopatología psicótica, el grupo puede constituirse como un lugar seguro, donde superar dicho aislamiento o retraimiento defensivo y ser un lugar de inicio en su proceso de reinserción social (Tarí, 2015).

A menudo, la terrible experiencia psicótica (tanto las vivencias como las drásticas bienintencionadas medidas para contenerlas) conlleva una reacción de replegamiento interno que huye de cualquier intento de cambio por temor a una recaída y/o a las medidas tanto institucionales como familiares que le “contuvieron”. Sin llegar a introspecciones profundas, más ancladas en el mundo interno de los sujetos, se busca retomar el desarrollo personal, adquiriendo conciencia y elaborando que detonantes propiciaron la eclosión psicótica. Se ofrece con el grupo una nueva oportunidad, que a veces es la primera, para tratar de entender(se) lo que nunca han comprendido.

Siendo la psicosis uno de los trastornos más graves en la capacidad de relación, el grupo ofrece también, como objetivo, que cada participante experimente una relación distinta consigo mismo (autopercepción y aprendizaje intrapersonal) y con los demás (interpersonal).

VI. Metodología

Nuestra mirada es esencialmente psicoanalítica y predominantemente foulkesiana (Foulkes & Anthony, 1957) y se centra más en los procesos de interacción —en el “aquí y ahora” grupal— que en el *insight* (Guimón, 2003).

Se pide, como tarea para el grupo, que sus miembros hablen de lo que estimen oportuno, haciendo hincapié en sus dificultades como personas, no sólo como enfermos. Se promueve el encuentro en la cotidianidad de sus vidas, sin detenerse mucho en el análisis retrospectivo de estas.

El grupo con psicóticos obliga a una implicación más activa —sin olvidar la

ocasional neutralidad y abstinencia psicoanalítica— de los conductores que, sobre todo en los inicios del grupo y hasta lograr una mayor interacción mediante el *discurso de flujo libre*, pueden traer al grupo temáticas discursivas habituales, como son las consecuencias de la aparición de la “enfermedad” en sus vidas: las vivencias de los ingresos, la ambivalencia frente la incapacitación administrativa, las pérdidas y renunciaciones vitales ante unas expectativas difícilmente adquiribles en su imaginario (ser padres, tener pareja, recuperar amistades, proyectos frustrados...), los efectos indeseables de la medicación, la relación con sus padres y la cotidianidad en su día a día. El paciente psicótico, desde cierta dependencia y necesidad de referentes, espera que el profesional tenga explicaciones para todo y sea quien les cure. Es esencial trabajar en el grupo la corresponsabilidad en la construcción del grupo.

Las explicaciones pedagógicas también tienen mucha relevancia. Así, sin perder de vista “lo latente” en sus demandas y sin ser persecutorios, se satisfacen sobre todo cuestiones concretas acerca de aspectos sobre salud mental. La comprensión o significado latente rara vez se señala o explicita de inmediato a quien formula una pregunta, sino que queda en la recámara mental del conductor para devolverse en otro momento más propicio. Otras veces, es elaborado por el conductor a fin de poder comprender al participante mejor y acercarse de forma más adaptada, no perdiendo de vista lo elaborado. En muchas situaciones, aspectos más de tipo psicoeducativo o compartir informaciones neuro-psico-sociales pueden ofrecer contención al grupo (Tardío, 2011) y reorganizar el aparato psíquico grupal. Encontrar alivio y tranquilidad en el hecho de que se puede preguntar, sin ser rápidamente interpretado ni contestado, facilita en adelante el tránsito a otros espacios mentales, en donde las respuestas no se encuentran tan fácilmente.

Dependiendo del bloqueo emocional del grupo y como forma de facilitar el pensamiento y despliegue del mundo interno de los participantes, puede ser necesario el uso de técnicas contrafóbicas. Así, ante dificultades en la expresión de ciertos sentimientos, se puede solicitar al grupo que traigan imágenes (fotografías, dibujos, algún objeto...) que les sugiera algo (Gutiérrez, 2015). Estas imágenes funcionan como soportes, a través de los cuáles puedan verse facilitados los canales de expresión emocional.

VII. Coterapia

Es esencial en este tipo de grupos. Al ser un grupo donde las identificaciones proyectivas son tan masivas, la coterapia permite el desdoblamiento de funciones terapéuticas y una mayor tolerancia al repartirse dichas proyecciones (Pérez-Sánchez, 1996). Así, mientras uno de los conductores puede estar más implicado emocionalmente en el grupo, el otro miembro, mantiene una cierta distancia y una mayor posibilidad de observación, que ayuda a la comprensión del proceso grupal (Vallejo, 2006).

Consideraciones generales sobre la psicoterapia en el paciente psicótico.

En *Volviendo a pensar*, Bion (1972) desarrolla la diferenciación entre las *personalidades psicóticas y no psicóticas*. Ambas conviven en cada uno de nosotros y es indicativo de cierta salud mental el lograr integrarlas lo que mejor se pueda. En el psicótico predomina la parte psicótica de la personalidad sobre una subyugada y oscurecida parte neurótica o no psicótica. Esta parte evita que la neurótica sea consciente de que es diferente y más sana que la psicótica. Así, la parte no psicótica es tomada por la psicótica como un miembro más de su locura total —el todo por la parte—, sin diferenciación alguna entre ambas. Sin embargo, en la penumbra, la parte no psicótica permanece allí.

Esta parte psicótica, por naturaleza anticonflictual y antiambivalencial, intolerante a la frustración, al dolor mental, con impulsos destructivos en los que se odia la realidad externa e interna, es expulsiva, huye de la relación objetal y es incapaz de pensar (en parte por su falta de simbolización). La no psicótica, muy frágil en el paciente psicótico, con capacidad para simbolizar, tolerar, pensar y establecer relaciones objetales, se halla de forma omnipotente controlada por la psicótica. Esta, que mantiene a raya a la neurótica mediante el mecanismo de la escisión y la identificación proyectiva, aparenta fortaleza a través de sus manifestaciones externas (actividad alucinatorio-delirante, pensamiento,

sensorialidad y conducta desorganizada...) y busca atraer al terapeuta hacia su insondable vacío interno y su locura. En el proceso psicoterapéutico observamos que, para evitar el dolor que acompaña la integración, así como los intentos de elaboración o pensamiento por parte de la parte neurótica, la psicótica trata de escindir ambas partes. Si el terapeuta la interpreta, señala o se dirige a ella de forma directa, esta puede “enloquecer” aún más —acentuando la divergencia y el control sobre la parte neurótica—, pudiendo existir con ello un mayor riesgo de disruptivas evacuaciones, tanto a nivel somatosensorial como del pensamiento.

El psicoterapeuta no debiera mirar de frente a la psicótica, pues corre el riesgo de quedarse atrapado. Por el contrario, tal y como apunta Erroteta (2009), debe aliarse transferencialmente con la empujada parte neurótica para fortalecerla, permitiendo al paciente conocer y hacerse cargo primero de su personalidad no psicótica —que tiende a confundir de entrada con su locura total, para evitar la tensión que genera el conflicto— y desde ella posteriormente, ir aproximándose a su parte psicótica, asumiéndola como una parte y no el todo, estableciendo, en un objetivo ideal, conciliadores intercambios entre ambas. A pesar de esto último, en la práctica clínica las cosas no son tan ideales. Resulta difícil en el psicótico llegar a los “conciliadores intercambios” a los que me refería. Se puede considerar un éxito terapéutico si el paciente es capaz de contemplar sus dos vertientes de personalidad (la psicótica y no psicótica) y mantener una distancia suficiente (disociar) entre ambas, como para que la psicótica no domine a la no psicótica y le permita establecer relaciones objetales con el exterior. Así, como se dice en la psiquiatría biológica, “encapsulamos el delirio/alucinación”, lo ignoramos y tratamos de que el psicótico deje de invertir tanta energía libidinal en su psicosis y la desplace hacia el exterior (léase exterior como vida, realidad, mundo externo), pasando a través de su parte no psicótica.

Como en cualquier paciente que se presenta en *posición esquizoparanoide* (como organización mental) el terapeuta debe ayudar a que tienda a la *posición depresiva*, para ir haciendo un trabajo de elaboración psicológica. En el psicótico, este movimiento terapéutico adquiere un valor más crucial, de tal forma que poco se podrá trabajar en la esfera del lenguaje verbal y en el análisis de los procesos psicológicos si no se ha negociado

de forma adecuada —con ayuda de su parte neurótica— el viraje a la posición depresiva. Sin duda se trata de un proceso a menudo catastrófico para el psicótico, del que trata de zafarse mediante el retorno a la posición esquizoparanoide, que desorganiza su pensamiento verbal y le vuelve víctima de sus delirios y alucinaciones (Bléandonu, 2000). El paso a través del umbral depresivo depende sobremanera del sentimiento de confianza y apoyo (contención) que sienta el paciente en la sesión de terapia. Estos, y otros aspectos, son lo que a continuación me referiré como piezas periféricas del puzzle.

El manejo de la actividad alucinatorio-delirante y el uso de la interpretación

Cómo manejar la actividad o producción psicótica de los pacientes es una cuestión que sigue preocupándome. Siendo las personas un puzzle de sentimientos, pensamientos y emociones, cuando tratamos de ayudar al fragmentado psicótico es preferible, como en cualquier puzzle que se tercié, empezar por los márgenes para ir, sin nunca llegar, al centro (donde se hallan los contenidos del sistema alucinatorio-delirante). Muchos psicoterapeutas intentan comenzar por el centro y acaban perdiéndose, desisten al no encontrar nada, salvo sus propias teorizaciones vacías de afecto alguno y acaban considerando que no hay nada hacer. Pienso que la piezas periféricas (el marco o continente) son la clave, las más costosas de ensamblar y las que requieren de más cintura emocional por parte del terapeuta. Me refiero a piezas que acaban conformando un necesario clima emocional, compuesto por elementos como son la confianza, el respeto, la cercanía, la fiabilidad, flexibilidad, la sincera escucha... y sobre todo, una tolerancia a prueba de bombas. Armadas estas piezas, las últimas (el sistema alucinatorio-delirante) acaban por desvanecerse, pueden perder interés y el puzzle seguir inacabado, pero menos disgregado. En mi experiencia, si el paciente va sintiendo estos elementos y puede ir introyectándolos (en su parte neurótica o “yo” más sano), aunque sea de forma vicariante, disminuye la referencialidad, los delirios, alucinaciones... y se puede trabajar mucho mejor.

Desde un punto de vista técnico, encuentro poco útil prestar atención al contenido alucinatorio-delirante. Eso sería entrar de pleno en la locura del psicótico, con la cuenta y riesgo de que el terapeuta se confunda más y resulte iatrogénico para el propio paciente. Sin embargo, en los inicios del grupo debe escucharse y legitimizar la presencia egosintónica inicial de dichas producciones por varios motivos. De entrada porque así lo esperan. Siendo una pregunta pertinente, la que explora la presencia de contenidos psicóticos, se formula muchas veces desde el discurso sintomático de las clasificaciones tipo DSM-CIE, que predominan en la psiquiatría actual de una forma protocolaria, distante, banal y como único medio de comunicación (por medio del lenguaje de los síntomas) con el psicótico. Por otro lado, la actividad psicótica forma parte de ellos, es un armazón identitario, lo último que les queda y creen controlar. De alguna forma es un “error necesario”, como dijera Castilla del Pino (1995), con su función protésica y de compañía a su sinsentido. Retirarlo con medicación o ignorarlo por completo, puede ser tomado por el paciente como un abandono de sí mismo, en su hondo vacío, o una desatención a acompañarlo en su soledad y sufrimiento. Muchos pacientes necesitan verbalizar dichas producciones y no osan por temor a que provoque un aumento en su medicación o un ingreso inmediato, como única respuesta a su malestar. Necesitan sentir que lo que ansían expresar será escuchado y tolerado. En grupo, poder escuchar en otros miembros sus íntimas locuras, puede permitir que otros las expresen (a veces por vez primera) y sientan alivio. Es asombroso constatar como en pocas sesiones, a diferencia del formato individual, muchos pacientes explican locuras que nunca antes comentaron.

Tengo la sensación de que los delirios y las alucinaciones escasean cada vez más en la pública (no se oyen y mucho menos se escuchan), porque desde las instituciones eso puede significar valorar un ingreso. No hay tiempo para la codiciada escucha y menos todavía, para sentir en nuestra propia piel la ansiedad psicótica, hay que actuar(la). Dado el compromiso emocional e intelectual que requieren los delirios a los terapeutas, pienso que si no se dispone de suficiente tiempo (bien escaso en nuestra asistencia pública), de un razonable *setting* externo y de uno interno, es preferible abandonar la criptología, como búsqueda del contenido delirante.

Una vez “comprendido” el sistema delirante del paciente (sin verbalizarlo) y el sufrimiento que comporta es recomendable ignorarlo temporalmente, para aproximarse más adelante y siempre de soslayo. Si uno se interesa frontalmente por la actividad psicótica, puede verse atrapado por la angustia que el delirio transmite y desea compartir. Dado que una de las funciones del delirio es interferir en la capacidad de pensamiento del grupo, a veces, el terapeuta puede verse escuchando de forma reiterada y estéril, en cada sesión grupal, los mismos contenidos delirantes sin poder abordar otros elementos. Si esta situación se prolonga, puede llegar a convencer al paciente de que el terapeuta, como él mismo, también delira (Meltzer & GPB, 1995).

A veces el objetivo de la psicoterapia no es necesariamente eliminar los síntomas, sino cambiar la relación con ellos (como se coloca el paciente ante estos), desarrollando una comprensión de su presencia más que de su significado. A medida que avanza el grupo y existe una cálida atmósfera grupal se ayuda al reconocimiento del delirio, como una producción mental propia, que resulta dolorosa y que no está tan lejos de su mundo emocional. El delirio entonces, se hace propio como una emoción, un pensamiento a partir del cual, desde lo no ajeno, podemos acercarnos y trabajar sobre él (Tardío, 2011).

Sin embargo, partiendo de la base que el psicótico tolera poco la frustración, el contacto con “lo afectivo” y presenta un pensamiento con poca capacidad de simbolización, debemos devolver a dosis tolerables, a su debido tiempo y de forma clara, los afectos y movimientos inter e intrapsíquicos que observamos en el grupo. Las intervenciones terapéuticas (del tipo señalamientos, punteos a las cuestiones, contradicciones, alternativas, más que interpretaciones) deben ser claras, concisas y concretas (González, 2008). Si se realizan interpretaciones estas deben ser sencillas, sin ambages, respetuosas con las defensas de los participantes y el *timing* del grupo. Se recomienda que sean horizontales y se expongan de forma dubitativa e incluso a veces, con cierto aire de ingenuidad. Como en pacientes con estructura de personalidad narcisística, que no toleran ver sus grietas o defectos, el terapeuta debe tratar de “pillar al vuelo” qué afectos se despliegan en el grupo y con qué representaciones objetales son relacionadas por los participantes, sin interpretarlas de forma directa como propias de su mundo interno o su

historia personal (Clarkin et al., 2007). Es decir, se conectan las experiencias y vivencias individuales de los miembros del grupo con la situación grupal del momento. En este sentido, puede resultar útil y más cuidadoso, interpretar el mundo interno del grupo, haciendo énfasis en el clima emocional, y la resistencia a la tarea grupal. Desde este enfoque originalmente bioniano (interpretar los fenómenos emergentes como un acontecer global del grupo, en función del todo), las interpretaciones pueden ser mejor toleradas y menos persecutorias, ya que son dirigidas de forma diluida, a todos los participantes, como un todo. Cada sujeto recoge la parte de la interpretación del grupo que le concierne. Sin embargo, a mi entender, este tipo de interpretación más bioniana, requiere de un amplio dominio de las dinámicas grupales y puede tener alguna desventaja. A veces, en especial en los grupos de psicóticos, cuesta entender y puede generar confusión. Esto en parte es debido a los niveles de desorganización mental y también a la dificultad en generar cultura grupal y fluidez en las interacciones entre los participantes. Además, los elevados niveles de dependencia de los psicóticos, con su tendencia a relaciones radiales con el conductor, promueven que finalmente en la práctica, las interpretaciones —con sumo respeto y cuidado— se hagan directamente al individuo.

Ante la pérdida del instrumento del lenguaje simbólico, la vulnerabilidad y el estado de confusión del paciente psicótico, por muy acertada que esté una interpretación (en su contenido), esta puede ser sentida por el grupo como una ofensa enloquecedora, capaz de generar una mayor confusión y sumir a los participantes en situaciones más regresivas (Ayerra, 1999), capaces de eclosionar abruptamente en forma de brotes. Y me refiero a ofensa, porque muchas veces el paciente *sabe* lo que se le interpreta, lo que no quiere es *pensarlo* (Bollas, 2009).

Ante la duda de hacer o no una interpretación, mejor no hacerla. Como mencionan Arroyo y Del Palacio (2011), a veces, la interpretación más útil es la que se formula en la cabeza de los terapeutas y no es mencionada en sesión, sino comentada en los espacios pre y posgrupales. Sin duda, hay que hacer un ejercicio de contención y renuncia —si nos sinceramos, de índole narcisístico—, en el que el terapeuta metaboliza en su fuero terapéutico interno la interpretación y sin verbalizarla, ajusta posteriormente sus

intervenciones (tanto las verbales como las que no) hacia el grupo o los participantes. Considero, que este ejercicio de elaboración, contención y ajuste en la relación terapéutica es psicoanálisis en estado puro.

El conductor como herramienta terapéutica

El terapeuta de grupo (conductor) es, en sí mismo, una de las herramientas terapéuticas más valiosas. Si entendemos nuestro trabajo como una labor de encuentro con (nuestros) afectos, en la relación con el paciente y el grupo, se vuelve recomendable cierto trabajo personal (análisis, psicoterapia) que nos ayude a no ocasionar más daño, depositando nuestras partes disarmónicas en el otro, ya que el psicótico, en su fallido intento de diferenciación dentro de la organización de su grupo primario, tiende a recoger involuntariamente todas las dificultades ajenas y acaba agenciándose las como propias.

La terapia personal permite afinar(nos) y calibrar(nos) nuestras intervenciones sin añadir carga extra en los otros. El grupo de psicóticos implica una gran implicación emocional que, medianamente regulada, permitirá no perderse en la confusión del grupo, a través de identificaciones que reaviven nuestras partes más regresivas, ni responder a nuestras ansiedades con actuaciones defensivas tales como una extrema lejanía relacional o con desmesurados límites conductuales o químicos.

El poder tolerar afectos que se presentan en el grupo, como son el intenso tedio, impaciencia, aburrimiento, vacío, pesadez..., junto con el poder escuchar nuestra contranferencia, como guía de lo que multiplicado por mil pueda estar sintiendo el grupo, quizás pueda transmitir a sus integrantes que pueden contar con *yoes auxiliares*, dispuestos a hacerse cargo de parte de su malestar, pudiendo así ellos mismos retomar, con sus partes sanas, su propio desarrollo.

La escasa participación verbal de los participantes, la parcialidad, el clivaje en sus intervenciones y el encubrimiento de los contenidos manifiestos, desde inconscientes con escasa mentalización, remueven por asonancia y proyectivamente —como auténticos

obuses emocionales—, la mente de los conductores. Tanto la capacidad autorregulativa del grupo como la coterapia se tornan imprescindible en el reparto y dilución de dichas proyecciones.

En el psicótico existe la transferencia. Aunque en un marco teórico fueron aparentemente superadas algunas creencias, tales como que la retirada narcisista impediría establecer una relación terapéutica con el psicótico (Freud, 1916), no sé si en la práctica clínica persiste cierta incredulidad. Más allá de que excesos de medicación pueden anestesiar o anular la transferencia, en el psicótico sus elementos transferenciales de entrada son arcaicos, somatosensoriales y difíciles de nombrar desde el intelecto. Aquí, la observación de bebés puede facilitar en los terapeutas un mayor desarrollo en la percepción y colecta de elementos *beta* o sensoriales transmitidos por el psicótico. En mi opinión, el psicótico transfiere inicialmente “frío” y “necesidad de ser visto en sus necesidades”, dos puntos de partida muy interesantes, ya que en los servicios públicos suelen pasar desapercibidos. En adelante, si somos pacientes, su parte neurótica nos recordará mediante señales, de su existencia y nos transferirá su atrapamiento.

Aunque los currículums formativos resultan insuficientes en las experiencias grupales con psicóticos, son necesarios. Se requiere de una supervisión clínica e instrucción técnica que, articulada en un sólido (no atrapante, bloqueante ni como elemento evasivo o contrafóbico) esquema de referencia, nos permita dar sentido a nuestras actuaciones terapéuticas (Vico, 1994). En mi experiencia teórica formativa, más allá de un contexto lectivo, siento mucha lejanía entre las nociones impartidas por los institutos psicoanalíticos sobre la psicosis y lo que observo en la práctica clínica. A menudo intuyo que algunos docentes han tenido poca experiencia de trato con pacientes psicóticos. Existe un gran abismo entre la teoría psicoanalítica (*in vitro*) y la realidad asistencial (*in vivo*). Es algo que debiéramos valorar seriamente, en pos de mantener, especialmente en la asistencia pública, la presencia psicoanalítica.

La intensidad emocional, inseguridad y falta de tolerancia a la incompreensión de los fenómenos dinámicos que se despliegan en experiencias grupales con psicóticos, conduce a muchos terapeutas a un exceso de formación teórica que, sin un proceso de elaboración

personal, puede resultar un estorbo más que una ayuda. El funcionamiento psicótico de los participantes no sólo pone a prueba nuestras disposiciones personales, si no también nuestros constructos teóricos (Vico, 1994). En ocasiones, este cuestionamiento teórico puede hacer perder la seguridad del terapeuta en sí mismo, con el riesgo de agarrarse rígidamente a la teoría, sin poder ver otras alternativas o comprensiones de los fenómenos grupales psíquicos. No es extraño, en situaciones de “excesiva” pérdida de control del grupo, observarse uno mismo pensando en elementos teóricos, de forma evasiva, contrafóbica y sobre todo con cierta desconexión emocional.

La falta de reconocimiento de nuestras limitaciones, tanto técnicas como personales, muchas veces compensada por teorizaciones supraterráneas, fácilmente reconocidas por los psicóticos —son magníficos lectores de lo preverbal—, hará que el grupo se convierta en un “*como si*” sin pena ni gloria. Esto nos lleva a asumir nuestras carencias e incertezas y acercarnos con humildad, y sobre todo con franqueza a la experiencia grupal.

El miedo a la fragilidad del psicótico (la nuestra) nos puede llevar a veces a ser extremadamente cautos y/o a dirigirnos a los pacientes con excesivos cuidados y remilgos —a la hora de expresar lo que sentimos que es bueno que el paciente escuche— por el temor a enloquecer y confundir más al paciente. Es bueno que las intervenciones terapéuticas sean claras y sobre todo auténticas. Respetando el *timing* de cada paciente y el del grupo (por este orden), muchas veces hay que conflictuar al paciente, tratar de sacarlo de su *cómoda incomodidad* psicótica, empujándole a la realidad y ponerle frente a conflictos reales, sin perdernos en fantasías y suposiciones. En ese sentido, a veces puede estar indicado apoyar la indicación de la asistencia de un paciente a un centro rehabilitador para exponerlo “a la vida” (*eros*), para sacarlo de su aislamiento y enfrentarlo a sus aletargados conflictos.

Una de las cualidades necesarias del terapeuta que benefician el devenir del proceso grupal en psicóticos es su flexibilidad y tolerancia. Flexibilidad ante inocentes asaltos a la normatividad grupal (reiterada impuntualidad, ingesta de agua, presencia de grupos paralelos, uso puntual del móvil en el grupo, contacto físico para calmar...) y aguante en el

no interpretar cada segundo las actuaciones de los participantes (marcharse para ir al lavabo, dormirse, estar de pie en una sesión, vociferar...). Ya habrá tiempo para los señalamientos, si previamente hemos logrado un clima de no exigencia y persecución, que tanto necesitan los psicóticos.

El trato al paciente, es decir “ver” a la persona más que “un trastorno”, es algo que sigue costando a los psicoterapeutas. Si consideramos que la diferencia con el psicótico radica principalmente en una cuestión de intensidad en los sentimientos/emociones, en la que sin una solución de continuidad todos estamos (neuróticos y psicóticos) en un mismo espectro, podemos empatizar y conectar más con el sujeto enfermo. Es muy importante “ver” a nuestros pacientes como seres humanos iguales que nosotros. Pero, cuidado con el acercarnos demasiado. Es mejor no traspasar ciertos límites (no barreras) que, en las aproximaciones con el psicótico, son necesarios para evitar con-fusiones y resultan estructurantes para los pacientes. Al hilo de esto, en mi práctica diaria a menudo observo la facilidad que tienen enfermería y trabajo social para conectar y establecer un vínculo con el psicótico. Estas disciplinas, con frecuencia menos viciadas de concepciones teóricas en psicoterapia y no tan arrastradas por modelos biomédicos, acostumbran a mantener vínculos más sólidos que el resto de profesionales. Muchos psicóticos enganchan mejor con la *maternal* enfermería. Puede que, a veces, exista una cierta simbiosis patológica, no sé, el caso es que logran con su hacer más espontáneo, auténtico, sin tantas interferencias teóricas, sin la pesada autoridad de la bata del médico..., que los pacientes crean en ellas como sinceras depositarias de sus malestares y temores más innombrables... Creo que tenemos mucho que aprender de su estilo relacional. En relación a ello, pienso que con el paso de los años, muchos psiquiatras olvidamos “el fonendo” en algún oscuro y empolvorado armario de un hospital..., creemos en la dualidad cartesiana mente-cuerpo; pero en la práctica la disociamos incoherentemente, prestando obstinadamente nuestra atención a las cuestiones del alma. Pero, y ¿el cuerpo?, ya que en el psicótico, con poca capacidad de simbolización, muchos de los conflictos encuentran su campo de batalla en la carne. Quizás las enfermeras, algunas motivadas y otras empujadas (por exigencias burocráticas de los planes sanitarios) a prestar atención a la higiene, a los efectos

secundarios farmacológicos, al síndrome metabólico etc., estén acercándose mejor que nadie al psicótico.

Breve consideración final

Como basamento de la terapia de grupo con psicóticos debe predominar el favorecimiento de un clima emocional agradable y la sencillez. Más que con otro tipo de pacientes, en el psicótico sobran las palabras —confusas y tramposas—, y más se requiere de una relación terapéutica. Desde un espacio de confianza, humor, calma, autenticidad y emotividad, la literalidad deja de tener importancia y el contenido de las palabras menos peso en la psique de cada individuo. Desde la interacción emocional que brinda el grupo, las palabras adecuadas y la vuelta a la cordura se sucederán naturalmente (Ribé, 2010).

Sin estar reñido con la rigurosidad del psicoanálisis y sí con la mal entendida ortodoxia por parte de algunas personas que “hacen” psicoanálisis, el terapeuta debe estar dispuesto a dudar de sus premisas, reinterpretar o adaptar las reglas psicoanalíticas clásicas y bajar de verticalidades contrafóbicas, acercándose tanto con humildad como disposición, para reconocer que, a menudo, no sabe que sucede en el proceso psicoterapéutico.

Hemos de intentar hacer sencillo lo difícil (la psicosis). Sencillez que a la par resulta costosa y se hace difícil a nivel emocional (estar, acompañar, escuchar, tolerar...). Sin embargo, más difícil resulta manejar la sencillez, cuando nos dejamos atrapar por hipertróficas racionalizaciones subyacentes a cualquier ortodoxia teórica, también si es psicoanalítica.

Referencias bibliográficas

Arroyo, R. y S. Del Palacio (2011), “Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos”, en

Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, núm. 15, pp. 1-18.

Ayerra, J.M. (1999), “La psicoterapia en la institución pública”, en *Boletín de Psicología*, núm. 14, pp. 23-45.

Bion, W. R. (1972), *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Hormé.

Blanqué, J.M. y P. Folch (1998), “Transferencia i deliri en la psicoteràpia de grup amb pacients psicòtics”, en *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, núm. 15, pp. 101-111.

Bléandonu, G. (2000), “Las transformaciones según Bion”, en *Revista de Psicoanálisis APdeBA*, núm. 22, pp.315-332.

Castilla del Pino, C. (1995), *El delirio, un error necesario*, Oviedo, Nobel.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. y O.F Kernberg, (2007), “Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study”, en *American Journal of Psychiatry*, núm. 164, pp. 922-928.

Erroteta, J.M. (2009), “Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos”, en *Revista Norte de Salud Mental*, núm 33, pp. 67-72.

Foulkes, S.H. y E.J. Anthony (1957), *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*, Barcelona, Cegaos Press.

Freud, S. (1916), *Introducción al narcisismo*, en *Obras Completas*, 14, Buenos Aires, Amorrortu, 1993, pp. 385.

Fromm-Reichmann, F. (1973), *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los*

maníaco-depresivos, Buenos Aires, Hormé.

García, J.E. (2000), *Psicoanálisis multifamiliar*, Buenos Aires, Paidós.

González, M. (2008), “Psicoterapia de grupo y esquizofrenia” en *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: historia, desarrollo y perspectivas*, Madrid, Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, pp. 293-313.

Guimón, J. (2003), *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Gutiérrez, J. (2015), *Grupo de Fotografía Terapéutica. El grupo en sus imágenes*. XVIII Jornadas de APAG (Madrid): Convergencias en el trabajo grupal: pensando juntos ante las nuevas demandas. http://www.apagnet.net/wp-content/uploads/2016/02/Grupo-de-fotografia-terapeutica_Javier-Gutierrez.pdf

Kanas, N. (1985), “Impatient and outpatient group for schizophrenic patient”, en *American Journal of Psychotherapy*, núm. 29, pp. 431-439.

Meltzer, D. y GPB, (1995), “Casimiro: vida en el recto–huida al delirio” en *Clínica psicoanalítica con niños y adultos*, Buenos Aires, Spatia, pp. 1-25.

Paolini, E. (1996), “Psicoterapia de grupo breve en la asistencia pública de salud mental”, en *Clínica y Análisis Grupal*, núm. 18, pp. 355-377.

Pérez-Sánchez, A. (1996), *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*, Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer.

Ribé, J.M. (2010), “De la emoción a la razón a través del grupoanálisis”, en *Revista Norte*

de Salud Mental, núm. 8, pp. 11-25.

Ribé, J.M., Valero, A. y C. Pérez-Testor, (2011), “Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal”, en *Avances en Salud Mental Relacional*, núm. 10, pp. 1-26.

Rico, D. (2000), “Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia”, en *Boletín de psicología*, núm. 18, pp. 15-21.

Sunyer, M. (1997), “[Del trabajo en equipo al equipo de trabajo](#)”, *Boletín de psicología*, núm. 8, pp. 9-19.

Tardío, P. (2011), “Reflexiones sobre la terapia grupal en pacientes con primeros episodios psicóticos”, TEMAS DE PSICOANÁLISIS, núm. 2, pp. 1-17.

Tarí, A. (2015), “Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo”, en *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, núm. 19, pp. 1-14.

Tizón, J.L. (2007), “Los cuidados democráticos de la psicosis como un indicador de democracia social”, *Revista Átopos: salud mental, comunidad y cultura*, núm. 6, pp. 31-47.

Vallejo, F. (2006), “Espacio grupal y psicosis”, *Apuntes de Psicología*, núm. 24, pp. 331-343.

Vico, D. (1994), “Trabajo con psicóticos”, *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, núm. 0, pp. 1-12.

Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1996), *Guía breve de psicoterapia de grupo*, Barcelona, Paidós.

Resumen

En el marco de la asistencia pública, planteando adaptaciones técnico-teóricas, este trabajo expone reflexiones abiertas acerca de las intervenciones psicoterapéuticas grupales en pacientes psicóticos. Desde la práctica clínica, el autor basa sus aportaciones a partir de las vivencias y observaciones suscitadas en un grupo de psicoterapia psicoanalítica grupal realizado en un centro de salud mental de adultos. La presencia y mirada de una parte no psicótica de la personalidad, que se halla dominada por la psicótica, se contempla como un influyente factor a la hora de establecer las características de este tipo de grupos, el manejo de las producciones psicóticas, el rol de los terapeutas y la valoración del uso de la interpretación.

Palabras clave: psicoterapia analítica grupal, psicoanálisis, psicosis, interpretación, asistencia pública.

Abstract

In case of public assistance, exposing theoretical and technical adaptations, this work presents open reflections on the group psychotherapeutic interventions in psychotic patients. From clinical practice, the author bases his contributions on the experiences and observations raised in a group of psychoanalytic psychotherapy performed in a mental health center for adults. The presence and attention of a non-psychotic part of the personality, which is dominated by the psychotic part, its seen as an influential factor in establishing the characteristics of these groups, the management of psychotic productions,

the role of therapists and the value of the use of interpretation.

Key words: analytical group psychotherapy, psychoanalysis, psychosis, interpretation, public assistance.

José Miguel Ribé Buitrón

Psiquiatra, psicoterapeuta,

Centre de Salut Mental d'Adults Sant Andreu, Barcelona,

Institut Universitari Salut Mental Vidal i Barraquer, Universitat Ramon Llull, Barcelona,

45080jrb@comb.cat