

PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ORIENTACIÓN ANALÍTICA CON PACIENTES PSICÓTICOS EN UN MARCO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.



Patricio Olivos, Angélica Brunei, Carlos Cid, Susan Mailer
Revista de Psiquiatría (1988)
Vol. V pág. 127-130, Chile

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los programas de rehabilitación de pacientes mentales incluye: a) la organización y el manejo del ambiente institucional; b) psicofarmacoterapia; c) terapia ocupacional, y d) terapias de grupo.

El Hospital Diurno (HD) del Hospital Psiquiátrico de Santiago, descrito en otro trabajo, utiliza estos elementos para la rehabilitación de pacientes psicóticos o limítrofes graves, habitualmente referidos luego de un episodio psicótico agudo. Es un HD organizado como Comunidad Terapéutica y con una marcada orientación psicoterapéutica, no sólo en cuanto a que se trabaja en psicoterapia con los pacientes, sino porque se ve como muy importante la modificación intrapsíquica que puede darse a través de todas las actividades, también las ergoterapéuticas y sociales, y que por lo tanto requieren también de una comprensión psicológica y psicoterapéutica.

La psicoterapia – y especialmente en estos pacientes – puede entenderse como un proceso que apunta a permitir la construcción de un objeto interno bueno y un sí mismo más integrado mediante un trabajo reparatorio. Este trabajo debe desarrollarse en un espacio interno que en los pacientes psicóticos es a veces inexistente, por la falta del límite entre mundo interno y externo en los casos más graves, o por un límite precario, fragmentado y confuso en otros. El HD, y dentro de éste especialmente el equipo terapéutico, acoge y contiene a los pacientes, sirviéndoles de segunda piel sustituta, que les permita la contención de los aspectos fragmentados de los objetos internos y de sí mismos y posibilitando así ese trabajo reparatorio. La relación terapéutica provee un espacio en que pueden además verbalizarse las ansiedades, temores, fantasías, impulsos, etc., y en que el paciente recibe a su vez las verbalizaciones de los terapeutas que le permiten esclarecer y diferenciar su caos interno. Puede entonces comenzar a mentalizar sus conflictos, al crearse un espacio mental por la introyección de esta segunda piel u “Hospital Diurno madre” y por la introyección de una comprensión que le permite ir construyendo un mundo interno más organizado. El paciente debe ir gradualmente funcionando desde esta nueva piel y este nuevo espacio, así formados y ahora propios.

En el proceso así entendido una de las actividades que ha sido central en el HD desde su creación en 1979 ha sido la psicoterapia de grupo. Presentaremos en este trabajo la experiencia de los dos grupos de psicoterapia de orientación analítica que funcionaron en forma paralela, con sesiones 2 veces por semana de 75 minutos de duración, en el período que va de marzo a diciembre de 1982.

Cada grupo fue dirigido por 2 coterapeutas de distinto sexo y estaba constituido además por 10 a 12 pacientes, hombres y mujeres, en un 80% esquizofrénicos y el 20% restante pacientes con severos problemas de relación por una estructura de personalidad limítrofe o por alteraciones orgánico-cerebrales que no conllevaran una deficiencia mental definida. Asistían además 2 ó 3 observadores silenciosos por grupo, como parte de su entrenamiento profesional. Uno de ellos llevaba un registro escrito de la sesión. Luego de cada sesión se reunían los coterapeutas y los observadores para el análisis de la sesión.

LA TÉCNICA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA(3-8)

El instrumento básico es la interpretación. Se parte de la premisa de que las comunicaciones de varias personas reunidas en el grupo permiten hacer inferencias con respecto a los mecanismos inconscientes de interacción del grupo. Ayuda a esto, haciendo que surjan los conflictos encubiertos, el hecho de que en este tipo de grupos hay una ausencia de reglas, aparte de las necesarias para el funcionamiento, como lugar, hora, secreto grupal. Por lo general se evita el apoyo o los consejos directos, así como las explicaciones que tiendan a bajar el nivel de ansiedad. Decimos “por lo general”, ya que en el trabajo con los pacientes psicóticos en ocasiones es necesario responder a preguntas directas o dar algún otro tipo de apoyo. Sin embargo, aún en estos momentos se trata de comprender el significado latente de tales manifestaciones para poder devolvérselos al grupo.

Los mecanismos de curación en el grupo se dan a través de:

- **1.-** La posibilidad que tiene cada individuo de expresar directa o indirectamente sus conflictos.
- **2.-** Las identificaciones que se producen entre los diversos miembros del grupo.
- **3.-** Las manifestaciones de la transferencia hacia los terapeutas.

Estos 3 elementos permiten, en palabras de Grinberg, Langer y Rodrigué , “abrir una brecha en las repeticiones ininterrumpidas del destino”. Es decir, modificar las identificaciones y estructuras emocionales primitivas. Esto mediante la interpretación y el funcionamiento del grupo, por el insight o comprensión interna que esta les facilita.

En un grupo –así como en la terapia individual- la efectividad de la interpretación se expresa en un cambio del clima emocional y por el surgimiento de nuevos problemas y asociaciones.

Nuestras interpretaciones van dirigidas al grupo y a los individuos, tendiendo a un equilibrio en que el individuo no se pierda en el grupo, y con interpretaciones grupales que recogen los sentimientos latentes comunes en el grupo a partir de las comunicaciones individuales.

La experiencia.- Predominó en el período inicial de ambos grupos un funcionamiento con resistencia al trabajo, en que el grupo funcionaba como un conglomerado de individuos egocéntricos que tenían dificultad para escucharse entre sí y a los terapeutas, y no lograban constituir temas. La comunicación grupal era disgregada, con largos períodos de silencio y mucho acting in, (actuaciones dentro del grupo), como salir, fumar, comer, tejer, etc.

En el grupo 1 los sentimientos prevalentes eran el temor y la desconfianza entre los pacientes y hacia los terapeutas. Intercambiaban diagnósticos en un intento de aproximación entre ellos, con escepticismo acerca de los objetivos y la utilidad de la terapia. El grupo 2 estaba deprimido, con sentimientos de impotencia, desesperanza y confusión, huyendo de abordar los contenidos conflictivos e incluso bloqueando abiertamente la discusión, manifestando que esos contenidos podían dañar. Buscaban soluciones mágicas, hablando mucho de medicamentos y proponiendo rituales para fortalecer la solidaridad del grupo. Con esta actitud grupal trabaron la acción de los terapeutas, al mismo tiempo que los acusaban de ser pasivos o ineficientes. Los coterapeutas empezaron a tener conflictos entre sí y con los observadores. En la medida en que se pudieron ir analizando las resistencias para tratar los conflictos emocionales, ambos grupos pudieron ir avanzando en el trabajo terapéutico. Pasó entonces a predominar una forma de funcionamiento caracterizada por la capacidad de escuchar al otro y de empatizar e identificarse con él, pudiendo evocar y presentar problemas personales para ser tratados en el grupo. Todo esto dentro de un clima emocional reflexivo y en que los pacientes lograron dar y recibir, saliendo de su radical egocentrismo y abriéndose a la experiencia. Fueron capaces entonces de darse cuenta de lo que pasaba en el grupo, relacionando esto con experiencias pasadas o actuales fuera del grupo.

Estos períodos de trabajo alternarán, sin embargo, constantemente con momentos de resistencia al trabajo, en la medida en que cada vez que el grupo, mediante el trabajo terapéutico, resuelve ciertos problemas,

surgen nuevos sentimientos, fantasías grupales, que el grupo siente como peligrosos, y que reactivan las resistencias.

En el grupo 1 el tema que comenzó a elaborarse fue la agresión, primero dirigida hacia fuera, (potencias extranjeras, guerra de las Malvinas), luego hacia el resto del Hospital Psiquiátrico. Al interpretarse esto como un poner afuera el agresor para no tocar lo interno comienza la agresión a los terapeutas, vistos como fríos, computadoras, frustradores, para finalmente llegar a expresiones directas de agresión verbal entre los pacientes. Al lograr el grupo contener –es decir, recibir con aceptación y sin destruirse- estos sentimientos agresivos, y hacerlos conscientes, los pacientes fueron capaces de percibirlos como menos peligroso, y pudieron encontrar nuevos modos de vivirlos y expresarlos. Esto posibilitó que la agresión pasara a segundo término, y ocuparan el primer plano sentimientos amorosos. Los afectos positivos fueron expresados primero hacia terapeutas u otras personas fuera del Hospital Diurno, en la misma forma disociada en que se había puesto fuera la agresión. Al interpretarse esto como una resistencia al vínculo con los terapeutas del grupo, aparecen sentimientos de preocupación y afecto hacia ellos, así como hacia los demás miembros del grupo. Pueden identificarse y resonar afectivamente unos con otros, y es en este clima de aceptación mutua en el que pueden comenzar a reconocer y aceptar sus enormes carencias, evocando y reflexionando sobre su historia personal. En los meses siguientes abordaron y comenzaron a resolver problemas relacionados con sus impulsos sexuales, conflictos familiares y con las frustraciones inherentes a la reinserción a la sociedad, especialmente en relación con el trabajo.

El grupo 2, luego del funcionamiento depresivo, confuso y fóbico descrito anteriormente, logra mayores momentos de trabajo, pero con un funcionamiento irregular. Si bien el grupo intenta en algunas sesiones estructurarse, y expresa su deseo de un grupo más dinámico e integrado, en otras sesiones están pasivos, o afloran líderes que conducen al grupo a sabotear el funcionamiento intensificando la desconfianza y las agresiones hacia los terapeutas. Algunos pacientes intentan una reparación de este estado de cosas, pero plantean su necesidad de un guía.

Al analizar este funcionamiento del grupo se hace manifiesto un problema dentro de los integrantes del equipo terapéutico siendo el más evidente un conflicto entre los observadores y los terapeutas del grupo. Vista la situación más profundamente, aparece también un desacuerdo con respecto al tipo de actitud que debe mantenerse hacia los pacientes y el tipo de intervenciones dentro del grupo. Al comenzar el equipo terapéutico a elaborar y resolver estos conflictos, el grupo comienza a funcionar como grupo de trabajo, con coherencia en los temas tratados, los que tienen una continuidad de una sesión a otra, asistencia regular de los pacientes y una mayor apertura y colaboración hacia el trabajo terapéutico. Así como en el otro grupo, se fue planteando primero una agresión hacia instancias de poder externas al grupo, para luego llegar a una agresión hacia los terapeutas. El resentimiento por su autoridad y poder se expresa al comienzo en ataques muy velados, por temor a perderlos. Luego aparece una agresión muy intensa y directa hacia los terapeutas y entre los pacientes, para llegar finalmente a una actitud más reflexiva y ambivalente, con conflicto entre su necesidad de dependencia, ahora consciente y reconocida, a su deseo de independencia y autonomía.

CONCLUSIONES:

- **1.-** En base a la experiencia, que ha continuado desarrollándose por 6 años a partir de los 2 grupos descritos en este trabajo, podemos afinar que la terapia de grupo de orientación analítica es aplicable a pacientes psicóticos en remisión, dentro de un marco contenedor más amplio como es un Hospital Diurno. Este marco permite regular la regresión que se produce siempre en la psicoterapia de grupo aún cuando ésta se realice con modificación de ciertos parámetros del encuadre terapéutico, como se ha preconizado para el tratamiento de psicóticos y limítrofes. La posibilidad de recibir apoyo, consejo, afecto y un contacto real en la permanencia y participación en el resto de las actividades del Hospital Diurno permite trabajar en una psicoterapia profunda en el paciente psicótico, que toque aquellos aspectos más íntimos y dolorosos, y que sin ese marco podría provocar descompensaciones.

- **2.-** Con una teoría y una técnica coherentes, y un funcionamiento estable y estructurado, hemos podido

establecer una relación que permite trabajar con los graves conflictos, los intensos sentimientos y los mecanismos psicológicos primitivos que presentan estos pacientes. En estas condiciones ha sido posible comprender y dirigir un proceso terapéutico que les posibilita alcanzar un funcionamiento menos psicótico.

- **3.-** Las interpretaciones grupales van creando una mentalidad o cultura de grupo que permite que el grupo se constituya en una estructura transicional de soporte para sus miembros, que posibilita el que gradualmente vayan integrándose mejor como personas y socialmente.

- **4.-** Por último, hemos observado que en su desarrollo ambos grupos han pasado por algunas etapas comunes, movilizados por el trabajo de contención e interpretativo de los terapeutas, y que podríamos caracterizar de la siguiente manera:

- **1ª etapa:** de desconfianza y resistencia, con dificultad para integrarse al grupo, comunicación disgregada, muchos silencios y acting in.

- **2ª etapa:** de progresiva integración del grupo, logrando momentos de trabajo terapéutico que alternan con momentos de resistencia al trabajo. En los contenidos predomina una agresión intensa, primeramente dirigida hacia instancias externas a los terapeutas y el Hospital Diurna y que luego se dirige hacia los terapeutas.

- **3ª etapa:** con un grupo más estructurado, que colabora con el trabajo terapéutico manteniendo continuidad en la asistencia y los temas tratados; una actitud más reflexiva y ambivalente, logrando expresar también afectos y sentimientos positivos hacia miembros del grupo, terapeutas y personas externas al grupo y trabajar más sus problemas personales en la relación con la realidad.

Nuestra observación concuerda con la de Carlos Paz,(10) que agrega una 4ª etapa, “de desintegración y regresión en los progresos logrados”, que en su experiencia comenzó a manifestarse “al reducir la frecuencia de las sesiones a una semanal, y se acentuó netamente al conocerse la inminente “muerte” del grupo, por el cierre del establecimiento”.

Esta etapa en nuestra experiencia ha sido más bien momentos o modos de funcionamiento a los que el grupo regresa periódicamente –y especialmente cuando ha logrado progresos, - que la continuidad del trabajo en el Hospital Diurno y en la psicoterapia de grupo permite superar llevando nuevamente al grupo a un funcionamiento menos psicótico.

La psicoterapia con pacientes psicóticos requiere, además de capacidad de contención y de interpretación de los procesos vitales y psicológicos de los pacientes, de perseverancia, continuidad y estructura y capacidad estructuradora en el equipo terapéutico.

REFERENCIAS

P. OLIVOS, T. HUNEEUS, V. AGUILA, C. CID, V. LARREA, O. VELIZ, A. CARDENAS, G. ORSZAG. “Evaluación de la efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago”, Rev. Chil. Neuropsiquiatría (1982) 20: 119-125.

JORDAN J. FCO. “El fenómeno de la segunda piel en relación al reencuentro de objeto”. Rev. Psiquiatría (1985) II: 205-211 Chile.

S. H. FOLKES y E. J. ANTHONY. “Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo”. Edit. Homé, Buenos Aires. 1964. (3-8)

BACH. “Psicoterapia Intensiva de Grupo”. Edit. Hormé, Buenos Aires.

DAVID ZIMMERMANN. “Estudios sobre Psicoterapia Analítica de Grupo”. Edit. Hormé, Buenos Aires, 1969.

J. BLEGER. “Temas de Psicología” (Entrevista y Grupos). Edit. Nueva Visión, Buenos Aires, 1978.

SYLVIA LIBERMANN. “Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Experiencia de un grupo de psicóticos”. Neurología – Neurocirugía – Psiquiatría (México) Vol. 16, N° 2 91-100, 1975

L. GRINBERG, M. LANCER y E. RODRIGUE. “Psicoterapia del Grupo”. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1977. (4).

JUAN DITTBORN, REINALDO BUSTOS. “Reflexiones en torno a una experiencia de psicoterapia dinámica en psicóticos”. Revista de Psicología Clínica, Santiago, Chile, 1986. pp. 19-26.

CARLOS PAZ. “Psicoterapia del grupo en esquizofrénicos crónicos” en “El grupo psicológico en la terapéutica, enseñanza e investigación”. Compilado por L. Grinberg, M. Langer y E. Rodrigué pp. 96-113. Editorial Nova, Buenos Aires, 1959.

Volver a Artículos Clínicos

Volver a Newsletter 5-ex-31