



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e
Investigación

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO
DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON
PSICOSIS

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría:
María del Carmen Trejo Pérez

Asesora

Dra. Rosa María Osiris Pazarán Galicia

Ciudad de México, 1 de febrero del 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	3
Abstract	3
Introducción	4
Marco Teórico	6
Definición de Psicosis	6
Clasificación psiquiátrica	8
Definición psicoanalítica de psicosis	9
Modelos iniciales del desarrollo psíquico	11
Psicoanálisis contemporáneo	15
Desarrollo del aparato psíquico según el psicoanálisis contemporáneo	18
Psicoanálisis de grupo	24
Mecanismos grupales	25
Planteamiento del problema	30
Preguntas de investigación	30
Justificación	31
Objetivo general	31
Objetivos específicos	31
Diseño de estudio	32
Muestra	32
Caso: pacientes	33
El grupo	36
Procedimiento	37
Intervención: sesión de grupo	37
Interpretación	41
Aspectos éticos	50
Discusión	54
Conclusiones	58
Referencias	61

Resumen

Introducción: La psicoterapia de grupo con pacientes que sufrieron un cuadro psicótico es un modo de trabajar de manera intensiva con varios sujetos a la vez, para obtener conocimientos y aprendizaje sobre ellos mismos y alcanzar, en cada uno de ellos, el conocimiento sobre sus motivaciones inconscientes para lograr modificaciones en su estructura psíquica, disminución de su sintomatología y mayor comprensión de su enfermedad. **Objetivo:** Describir de manera teórica y clínica el modelo de psicoanálisis de grupo para pacientes psicóticos de acuerdo con los autores contemporáneos. **Método:** Estudio de caso. desde la perspectiva del psicoanálisis contemporáneo que enfoca el desarrollo del aparato psíquico desde las primeras etapas de la vida y que describe con claridad las causas específicas de la psicosis, en la falta de cuidados maternos y las afecciones que de ello resultaron. **Resultado:** Desde la perspectiva teórica del psicoanálisis, el análisis del grupo, se deduce la importancia del conocimiento teórico de las fantasías en diferentes etapas del desarrollo psíquico. Las fantasías inconscientes son recuerdos en forma de sentimientos y por lo tanto se necesita que se interprete en palabras, en lenguaje, para hacerlas conscientes, siendo ésta la tarea central del analista de grupo. **Conclusión:** El tratamiento psicoanalítico en un grupo homogéneo e institucional de pacientes psicóticos crónicos es posible y conveniente ya que se descubre material inconsciente de un periodo muy primario de la relación madre-bebé y el dispositivo grupal permite la elaboración profunda de los participantes y la tarea o trabajo interpretativo del terapeuta.

Palabras clave: psicosis, psicoterapia de grupo, psicoanálisis.

Abstract:

Introduction: Group psychotherapy with patients who suffered a psychotic episode is a way of working intensively with several subjects at the same time, in order for each one of them to learn about themselves and obtain knowledge about their unconscious motivations, to achieve modifications in their psychic structure and greater understanding of their disease. Objective: Theoretically and clinically describe the model of group psychoanalysis for psychotic patients according to

contemporary authors. Method: Case study from the perspective of contemporary psychoanalysis, which focuses on the development of the psychic apparatus from the first stages of life and that clearly describes the specific causes of psychosis, i.e., the lack of maternal care and the conditions that resulted from it. Result: From the theoretical perspective of psychoanalysis, group analysis, we deduce the importance of theoretical knowledge of fantasies at different stages of psychic development. Unconscious fantasies are memories in the form of feelings and therefore need to be interpreted in words, in language, to make them conscious, this being the central task of the group analyst. Conclusion: The psychoanalytic treatment in a homogeneous and institutional group of chronic psychotic patients is possible and convenient since unconscious material from a very primary period of the mother-baby relationship is discovered, and the group device allows for the participants' deep elaboration and the interpretive work of the therapist. Keywords: psychosis, group psychotherapy, psychoanalysis.

Introducción

La presente tesis surge del interés del trabajo clínico, por ser psiquiatra y desear ampliar el campo de visión de las psicosis, orientada hacia el psicoanálisis individual y de grupo.

Sin duda el campo de las psicosis siempre ha representado un reto para la humanidad por lo enigmático de los síntomas. El ser humano que padece la enfermedad o el trastorno se ve sorprendido por una serie de intensas sensaciones y emociones para las cuales no tiene una explicación lógica, sólo sufre las intensas manifestaciones del padecimiento.

La psiquiatría como nueva especialidad dentro de la medicina, se ha hecho cargo de ofrecer alternativas con métodos eficaces, para su tratamiento. Hasta hace poco tiempo, por los años 50, el descubrimiento de los medicamentos antipsicóticos vino a transformar por completo el destino de los pacientes aquejados por psicosis.

En la comprensión psicológica se consideraba que eran intratables por estar sumergidos en su mundo y participar poco de la realidad exterior con la consiguiente dificultad para establecer relaciones interpersonales significativas que pudieran

ayudarles a hacer transformaciones internas. Las bases fueron bien establecidas por Freud, en Austria desde 1900. Considero que, en Inglaterra, con Melanie Klein se abre la posibilidad de entender la psique escindida de estas personas y aproximarse a un tratamiento psicoanalítico posible. A partir de estos dos autores, el estudio de la psique sana y enferma ha tenido una gran expansión. En Europa, principalmente, en la actualidad, se ha continuado con un minucioso estudio de la mente enferma, con el psicoanálisis contemporáneo.

Por otro lado, la idea de incluir a varios pacientes en un grupo para ser tratados al mismo tiempo, surge ante la necesidad de encontrar una manera de restablecer, al mayor número de soldados que padecían estrés postraumático debido a la guerra, en Europa y regresarlos al frente de batalla, recuperados de sus dolencias psicológicas, en el menor tiempo posible. Surge así la psicoterapia de grupo, la cual ha tenido una gran aceptación y una evolución en los últimos años por considerar que los mecanismos grupales son útiles para el tratamiento y autoconocimiento de las personas que participan en él.

La teoría sobre los grupos terapéuticos es extensa y abarca varios países de Europa y Latinoamérica. Varias escuelas se han distinguido por el profundo estudio que han realizado en el tema. Todos con aportes muy interesantes y útiles. René Kaës es el psicoanalista francés que teoriza sobre la dinámica de los pacientes con un enfoque adecuado que incluye el desarrollo psíquico, la creación de una fantasía grupal, la creación de alianzas inconscientes y funciones intermedias útiles para el trabajo del terapeuta en cuanto al material a analizar e interpretar.

En el presente trabajo presento de manera sencilla mi experiencia al tratar pacientes que han sufrido un cuadro de psicosis aguda y que debidamente tratados con medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo, en dosis convenientes y adecuadas para cada caso en particular, han estado en tratamiento psicoterapéutico de grupo, el cual yo coordino.

El grupo permite que compartan e intercambien experiencias restando extrañeza a su enfermedad y encontrando respuestas para la mejor comprensión y manejo de su grave padecimiento.

En esta tesis, el material analizado se centra en autores contemporáneos. Se trata de una corriente teórica del psicoanálisis que estudia la psique desde los primeros momentos de vida del ser humano. Situación que antes parecía imposible ya que no hay testimonios de esas primeras etapas de la vida. La teoría concibe al sujeto psíquico como un proceso heterogéneo que simboliza las relaciones en lo intrapsíquico y entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo o sea la relación con el objeto, analizado desde el encuadre psicoanalítico que toma en cuenta la transferencia y la contratransferencia.

Los seguidores de Freud, Klein, Bión, Winnicott y Piera Aulagnier que son, entre muchos más, André Green, Steiner, Christopher Bollas, Urribarri y René Kaës han realizado una serie de estudios clínicos en que la inferencia de los primeros momentos de vida de un ser humano y la constitución de su psique ha sido posible teorizarla, extrapolándola desde el estudio de pacientes adultos psicóticos.

A partir de en estos autores contemporáneos voy a sentar las bases teóricas de comprensión de lo que llamare un modelo para pacientes psicóticos y su tratamiento en grupo. Pretendo describir un modelo sencillo que permita la comprensión de la psique infantil en su desarrollo normal y patológico. Describiré la forma en que lo que sucede en la infancia tiene influencia en la vida adulta modelando la enfermedad psicótica y posteriormente la manera de abordar este material en el grupo psicoanalítico. Me auxiliaré de un ejemplo clínico con una sesión de grupo de pacientes psicóticos en que anotaré los principales elementos de trabajo según este marco teórico.

Marco Teórico

Definición de Psicosis

El concepto de psicosis fue introducido en 1845 por el médico Ernst von Feuchtersleben, con la idea de mente y cuerpo como entidades separadas. Posteriormente en el siglo XIX, el término se usó ampliamente y se subdividió, como lo ejemplifica la distinción de Wernicke entre "somatopsicosis" (que afectan la conciencia del propio cuerpo), "autopsicosis" (que afectan la conciencia de la personalidad de uno) y "alopsicosis" (afectando la conciencia del mundo exterior).

Ya en siglo XX Schneider introdujo un ranking de sintomatología psicótica, trayendo a la discusión la noción de que, al diagnosticar y clasificar los trastornos mentales, algunos síntomas psicóticos pueden ser más importantes que otros. (Beer 1995).

El término psicosis pone el acento en la pérdida del sentido de realidad y en el deterioro del funcionamiento mental, de modo que desde el punto de vista psiquiátrico es sinónimo de deterioro en el funcionamiento social y personal caracterizado por retraimiento social e incapacidad para desempeñar los papeles usuales doméstico y profesional. (Sadock y Kaplan 2008).

Desde la perspectiva psicoanalítica se conceptualiza como el grado de regresión del yo como criterio de enfermedad psicótica. En este sentido la conciencia del sí mismo emerge del yo, es decir el yo al estar vinculado con el mundo, constituye la toma de conciencia del mundo y el mundo es conciencia del marco y del orden en los que se desarrolla la existencia del individuo, es donde se dan todos los fenómenos del mundo psíquico externo y psíquico interno y la significación para el individuo. La alteración de ese vínculo da como resultado el delirio y la alucinación, alterándose la concepción del comportamiento y la realidad vivida. (Bernard y Trouvé 1978). Para Henry Ey el verdadero signo de alarma de la psicosis, el delirio, indica la ruptura del yo. (Ey 1978)

En la definición actual, los síntomas característicos de la psicosis están relacionados con el grado de gravedad (siendo la psicosis la forma grave de los trastornos mentales), la falta de introspección, los trastornos de la comunicación, la falta de comprensión de los síntomas y la reducción de la adaptación social. La psicosis se conceptualiza como una composición de características clínicamente observables. Es un síndrome clínico compuesto por varios síntomas. La razón es que, si bien hay algunas ideas sobre la etiopatogenia y la fisiopatología de los síntomas psicóticos, aún no podemos determinar los mecanismos exactos que intervienen en casos individuales de manifestaciones clínicas psicóticas. Por lo tanto, la psicosis todavía se define por el cuadro clínico y no por investigaciones de laboratorio, genéticas o de neuroimagen. El conjunto de síntomas utilizados para una definición debe ser claramente observable, debe ser típico de la psicosis y debe

ayudar a diferenciar los estados psicóticos de otros síndromes y la “normalidad”. (Gaebel y Zielasek 2015).

Los síntomas de la psicosis ocurren en una amplia gama de trastornos mentales y muestran un alto grado de variabilidad interindividual entre personas con diferentes trastornos mentales y un alto grado de variabilidad intraindividual a lo largo del tiempo. Los síntomas de la psicosis suelen estar integrados en el cuadro clínico más amplio del trastorno mental, que puede incluir síntomas de manía y depresión. La elucidación de los síntomas de psicosis por drogas o trastornos cerebrales indica que cualquier persona puede experimentar síntomas de psicosis. Si bien el concepto y la definición de psicosis se caracterizan por los síntomas clínicos centrales de delirios, alucinaciones y pensamiento desorganizado, lo más probable es que estos síntomas sean resultados finales comunes de una variedad de causas y vías etiopatogénicas diferentes, que pueden conducir a un cuadro clínico similar”. (Gaebel y Zielasek 2015).

Clasificación psiquiátrica

Para la clínica psiquiátrica, la psicosis abarca una serie amplia de enfermedades mentales, independientemente de su causa como son: psicosis esquizofrénica que en su fase aguda se caracteriza por delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente), comportamiento muy desorganizado. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio, o fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral. (APA 2013).

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, el DSM 5 señala que es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco.

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la

actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfadada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas. (APA 2013)

Definición psicoanalítica de psicosis

En el diccionario de psicoanálisis los autores hacen la distinción de las psicosis para la psiquiatría y para el psicoanálisis. El psicoanálisis hace una diferenciación entre perversiones (desviaciones con respecto a la tendencia central de satisfacción sexual o de comportamiento moral), neurosis (los síntomas constituyen

compromisos entre el deseo y la defensa manifestando una expresión simbólica del conflicto psíquico) y psicosis (perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad y los síntomas delirantes son tentativas secundarias para restaurar el lazo objetal). Corresponde a la psicosis una sintomatología esencialmente psíquica, diferente a enfermedad del cerebro, los nervios o el cuerpo. (Laplanche y Pontalis. 1967).

Dentro de las psicosis, descritas desde el punto de vista psicoanalítico, se incluyen: paranoia como enfermedad delirante caracterizada por delirios de persecución; la esquizofrenia, con la escisión o división de la psique, y pérdida del sentido de realidad; Manía (hoy mejor descrita como enfermedad bipolar I o trastorno bipolar) y melancolía (incapacidad de experimentar otro sentimiento diferente a tristeza que afecta las relaciones interpersonales, las actividades sociales, laborales), “fundamentalmente, la psicosis, se trata de una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad, siendo los síntomas manifestaciones tentativas secundarias de restauración del lazo objetal” (Laplanche y Pontalis. 1967).

La psicosis es una experiencia subjetiva que se acompaña de alteraciones del afecto, o perturbación del sentimiento y trastorno del pensamiento, en la asociación de ideas, las cuales se encuentran disociadas (no integradas), ideas en las que se da la coincidencia de puntos opuestos llamada ambivalencia. Así mismo se pueden dar alteraciones del lenguaje y de la percepción a manera de alucinaciones de varios tipos sensoriales como son auditivas o visuales (principalmente).

Afirman estos autores que el concepto de psicosis sigue estando definido por la psiquiatría y los criterios a tomar en cuenta son la extrema incapacidad de adaptación social (y que por ello se hace necesaria la hospitalización), la mayor o menor gravedad de los síntomas, la perturbación de la facultad de comunicación, la falta de conciencia de enfermedad, la pérdida de contacto con la realidad, el carácter incomprensible de los trastornos y las alteraciones más o menos profundas e irreversibles del yo. (Laplanche y Pontalis 1967).

“En la segunda tónica o teoría del aparato psíquico, la psicosis tiene en cuenta la posición intermedia del yo entre el ello y la realidad. En la psicosis se produce al principio una ruptura entre el yo y la realidad que deja al yo bajo el dominio del ello; en un segundo tiempo, en el delirio, el yo reconstruiría una nueva realidad conforme a los deseos de ello”. (Laplanche y Pontalis 1967).

El yo del paciente se encuentra escindido y es incapaz de manejar adecuadamente el medio que le rodea. Además, se ve inundado de contenidos arcaicos del ello, y por todo esto su estado de conciencia es confuso.

Durante la crisis y en general en la psique del paciente ocurre un agotamiento de la función yoica que entonces, es incapaz de mantener la barrera contra el inconsciente, por lo que éste le invade y hace que abandone la realidad en la única dirección que puede, hacia atrás, en regresión a una conducta menos diferenciada, inadecuada, una regresión a etapas anteriores, de la infancia, hasta etapas de una simbiosis infantil madre-hijo (Bollas 1987).

Modelos iniciales del desarrollo psíquico

El desarrollo psíquico fue descrito por Freud (1905) a través de una sucesión de fases, en que predominaba un tipo de pulsión, a saber: oral, anal, de latencia y genital. Cada fase tiene mecanismos de defensa específicos, fijaciones y patologías. La psicosis corresponde a la fijación a la fase oral, la cual es la fase más primaria con las defensas más arcaicas. La pulsión se apoya en la alimentación, el objeto con el que se relaciona es el pecho y la leche, el fin es la satisfacción. La etapa anal se caracteriza por el control de esfínteres y el control durante la defecación. En la etapa de latencia no hay una zona erógena concreta funcionando, sino que aparecen el pudor y la vergüenza relacionadas con la sexualidad. La etapa genital se relaciona con el deseo sexual, que surge con los cambios de la adolescencia e irá madurando en la edad adulta, idealmente, para conseguir relaciones interpersonales productivas y maduras donde se establece un tipo de relación triádica o edípica. (Freud 1905)

Freud se enfrentó constantemente con la inestabilidad de las fases, ya que oscilan continuamente. El sujeto es una estructura que incorpora nuevos elementos en perpetua redistribución por lo que se concluye que las fases no son estables.

Para Freud las dos etapas pregenital y edípica marcan importantes diferencias evolutivas. Corresponde la etapa pregenital a las psicosis en general, por no alcanzar la etapa de la vivencia de la relación triádica contenida en la psique, y por tener una detención en la etapa primaria en que no hay constancia objetal y los mecanismos de defensa que se utilizan son tan elementales como la proyección. Para Freud la etapa edípica significa avance en el desarrollo psíquico en términos de madurez, con el uso de otros mecanismos de defensa más avanzados, como la sublimación. (Freud 1905)

En el modelo freudiano la teoría se centra en el conflicto intrapsíquico, la práctica apunta al modelo de las resistencias y la cura pasa por la disolución de la neurosis de transferencia. (Urribarri. 2012)

Melanie Klein (Segal 1985, 1991), describe dos posiciones de la vida psíquica: la posición esquizo paranoide y la posición depresiva. Una posición se caracteriza por ser un estado psíquico normal, con una específica agrupación de ansiedades, defensas y relaciones de objeto. Contiene sus ansiedades específicas, su estructura de defensas y su forma de establecer relaciones de objeto y la manera como quedan estructuradas.

En la posición esquizo paranoide las relaciones de objeto no están claramente diferenciadas. Es importante la utilización de la disociación normal para lograr el desarrollo sano ya que el bebé se ve obligado a organizar sus vivencias caóticas y hace en un primer momento, una disociación entre lo bueno y lo malo, lo que da a su yo una estructura primitiva. Si la disociación tiene éxito el yo se va fortaleciendo hasta llegar a tolerar la ambivalencia, con lo que puede disminuir las disociaciones y puede pasar a la posición depresiva.

Si la disociación normal no tiene éxito y no logra dominar las ansiedades, el sujeto se ve obligado a recurrir a defensas como la fragmentación patológica y la proyección de esos fragmentos. El resultado es la emergencia de un intenso miedo y la sensación de caos y confusión que invaden al sujeto. Clínicamente se describe

como crisis de pánico con despersonalización y separación de la realidad que toma formas de alucinaciones visuales y auditivas principalmente.

En la posición depresiva el objeto ha sido internalizado como objeto total. Hay impulsos ambivalentes dirigidos al objeto, los cuales producen depresión ya que éste es vivido como dañado. Entonces el sujeto se ve impulsado a enfrentar la pérdida del objeto y el control que sobre éste se ejerce, para permitir que tenga su propia independencia. Los afectos predominantes son miedo a la pérdida de objeto o duelo cuando se acepta dicha pérdida.

En las etapas más tempranas de la posición depresiva, el paciente intenta negar la pérdida, tratando de preservar al objeto. A veces se identifica con él y entonces no hay una clara separación entre el self y el objeto, que seguirán unidos.

El trabajo de duelo es el reconocimiento minucioso de aceptar qué es lo que pertenece al objeto y qué es lo que pertenece al self. El éxito del duelo dependerá de la capacidad del sujeto de aceptar estas diferenciaciones y de enfrentar la realidad psíquica, la pérdida.

La identificación proyectiva, es un mecanismo de defensa primario, muy complejo que implica a dos sujetos: uno que proyecta y uno que recibe la proyección y de manera inconsciente asume lo evacuado del primero como, por ejemplo, la ira, la envidia, la angustia. Ambos personajes pierden su individualidad y se fusionan. La identificación proyectiva puede ser parte de una comunicación sana por ejemplo en la diada madre- bebé o en otro tipo de relación íntima. Puede ser invasiva, no comunicativa en que el receptor resulta afectado, en su estado emocional de manera inconsciente por lo proyectado desde el sujeto inicial y desde ahí llevar a cabo un acto o *acting*.

La identificación proyectiva hace que el sujeto se relacione con el objeto como si se tratara del sujeto mismo, y no como si se tratara de una persona distinta. El tipo de relación que se genera es una relación narcisista de objeto.

La identificación proyectiva se pone en marcha para negar la separación. El uso indiscriminado de ella rigidiza la personalidad ya que no permite la evolución hacia la posición depresiva más avanzada, con mayor capacidad de individuación. (Klein 1946)

Otras defensas dentro de la posición depresiva son las defensas maníacas contra la desesperanza y el dolor mental, que ponen en marcha una actividad omnipotente para tratar de restaurar a los objetos perdidos.

Para la recuperación del sí mismo, de las partes del self perdidas, antes fragmentadas que fueron expulsadas a causa de la identificación proyectiva, y para que el sujeto pueda recuperar las partes perdidas del self que han sido proyectadas, es necesario que el psicoanalista contenga y dé significado a sus partes desintegradas y le sean así devueltas.

Para Klein (Segal 1991) existe un Edipo temprano en el niño desde la fase oral. En la situación edípica temprana le resulta difícil tolerar el ser excluido cuando los padres tienen relaciones íntimas y entonces intenta establecer un vínculo con cada progenitor por separado: uno de ellos se convierte en objeto del deseo y el otro es excluido y colocado en la posición de una figura de superyó que observa y juzga la relación del niño con el objeto primario y empieza a adquirir características persecutorias que ejerce el poder mediante amenazas. En él se centran sentimientos de amor y odio. El objeto observador puede ser visto como el que infringe vergüenza y humillación, castigo amenazador, muerte y aniquilación y se le destinan temor, terror y odio, incluyendo los elementos persecutorios.

La esencia de la persecución es el sentimiento de que hay un ente hostil que está empeñado en causar sufrimiento, daño y aniquilación. (Klein por Steiner 2015) Cuando se proyectan sobre una figura externa se construye un monstruo aterrador. En la raíz de la persecución se halla el terror extremo, con la fórmula: más terror, más persecución.

En la teoría kleiniana se prioriza la contratransferencia, ya que es el psicoanalista quien recibe las proyecciones e identificaciones proyectivas que constituyen el material a interpretar; en la clínica se aborda la psicosis como tema central, ya que se analiza la posición esquizo paranoide como parte de la estructura psíquica del paciente. Posteriormente la teoría se ocupa del análisis de niños, brindando un material invaluable para la comprensión del la psique infantil, adulta y enferma (Urribarri y Green 2012).

Psicoanálisis contemporáneo

El modelo psicoanalítico contemporáneo se basa en un pensamiento clínico complejo, con el paradigma de la complejidad. Busca precisar en lo clínico la especificidad del pensamiento psicoanalítico en la práctica y en la producción teórica, complejizando la concepción del trabajo psíquico del analista más allá de la atención flotante y la contratransferencia con la idea de un encuadre interno o fijo y uno externo variable.

El psicoanalista contemporáneo participa de la construcción de un modelo que aspira a integrar los aportes y superar las limitaciones de los modelos freudiano y post freudiano, kleiniano. (Urribarri y Green 2012).

Los representantes de la corriente contemporánea se distribuyen en varios países. Uno de ellos es André Green (1927- 2012) notable psicoanalista francés. En 1960 fue invitado personalmente por Jacques Lacan a asistir a su seminario, al mismo tiempo a participar de un pequeño grupo de estudio que dicho autor coordinaba sobre la articulación de la teoría lacaniana con la práctica psicoanalítica. En 1967 se distanció de Lacan, al igual que la mayoría de sus primeros y principales discípulos, como J. Laplanche, J.B .Pontalis, P. Aulagnier, G. Rosolato, D. Anzieu, etc. Con estos y otros autores de su misma generación inauguraron un innovador movimiento “post-lacaniano”, freudiano, anti-dogmático, pluralista. (De Mijolla 2005).

Green fue influenciado por la obra de D. W. Winnicott y por el pensamiento de W. Bion con quien mantuvo una relación personal e intelectual desde 1971.

Reconocido mundialmente por su original estudio de los casos límites y las estructuras no-neuróticas, desde la publicación del libro *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente* (2011) fue el principal impulsor y referente del proyecto de un “nuevo paradigma contemporáneo”, para superar la crisis de las Escuelas post-freudianas, y poder dar respuesta a los desafíos teóricos y clínicos específicos del malestar actual. (De Mijolla 2005).

Otro representante Christopher Bollas (nacido en 1943) es una figura destacada de la teoría psicoanalítica contemporánea. Nació en Estados Unidos.

estudió historia, y antropología psicoanalítica, se formó en consejería infantil, obtuvo un doctorado en Literatura Inglesa. Se graduó en psicoanálisis en el Instituto de Psicoanálisis de Londres en 1977 y en Psicoterapia de Adultos en la Clínica Tavistock en 1978. Se convirtió en ciudadano británico en 2010. (Jemstedt 2012).

Thomas Ogden, nacido en 1946 (quien al momento de esta investigación tiene 76 años), se desempeñó durante un año como psiquiatra asociado en la Clínica Tavistock en Londres. Director del Centro de Estudios Avanzados de las Psicosis. Es un psicoanalista norteamericano que ejerce en San Francisco, California. Sus influencias son Winnicott y Bion. Es un gran representante de esta escuela. (Cooper 2008).

Otros representantes de esta corriente psicoanalítica son Jaime Lutenberg nace en de Argentina; Massimo Recalcati (nace en 1959) de Italia; Betty Josephs (1917- 2013) de Inglaterra; John Steiner (nace en 1934) de Inglaterra; Fernando Urribarri en Argentina; entre muchos otros.

El dispositivo metodológico ideal, para la investigación, es el encuadre analítico, clara posibilidad para establecer la relación analítica, terapeuta- paciente y la constitución del objeto analítico: la sesión analítica. (Urribarri y Green 2012)

De acuerdo con los autores mencionados, el trabajo psíquico del analista es el eje conceptual que incluye y articula la escucha, la atención flotante, la contratransferencia y la visión del funcionamiento mental del propio analista. La teoría concibe al sujeto psíquico como proceso que simboliza las relaciones en y entre lo intrapsíquico, centrado en la pulsión y lo intersubjetivo, centrado en el objeto.

El esquema es encuadre/transferencia/contratransferencia. El encuadre es una función constituyente del encuentro y del proceso analítico. El encuadre instituye el espacio analítico y hace posible el encuentro y la separación entre el espacio psíquico del paciente y el del analista que da pie a la comunicación analítica. Se incluye tanto en el modelo de terapia individual como grupal.

La fracción constante del encuadre está constituida por la asociación libre del paciente, de los pacientes, acoplada con la escucha flotante y la neutralidad benévola del analista. Por otra parte, la fracción variable, está formada por las

disposiciones materiales secundarias, tales como la frecuencia, la posición del paciente (frente a frente o recostado en el diván) y los diversos aspectos del contrato analítico (costo, forma de pago, etc) (Urribarri y Green 2012)

El encuadre interiorizado por el analista en su propio análisis funciona como encuadre virtual antes que como protocolo. Imprescindible la vivencia del psicoanálisis propio en las modalidades individual y grupal, así el psicoanalista ha interiorizado el modo de trabajo y la vivencia del encuadre en su experiencia directa.

El complejo trabajo psíquico del analista articula una serie de dimensiones y operaciones heterogéneas: escucha, figurabilidad, imaginación, elaboración de la contratransferencia, memoria preconsciente del proceso, historización e interpretación. (Kaës 2010)

El pensamiento clínico del analista es el resultado de un trabajo mutuo de observación y auto observación de los procesos mentales que utilizan los canales verbales y que permite articular por medio del lenguaje los pensamientos que surgen entre representaciones conscientes, preconscientes e inconscientes del proceso primario de la situación analítica.

La escucha analítica es más amplia que la contratransferencia y la actividad del analista va más allá de la elaboración, para dar figurabilidad a lo no representado del paciente. La escucha debe estar abierta a la unidad psíquica del narcisismo, a la diada madre bebé, a lo transicional y potencial y a lo triangular de la estructura edípica. Este es el grupo interno del paciente. En la modalidad de psicoanálisis de grupo, los grupos internos de cada participante despliegan su efecto para establecer vínculos y alianzas inconscientes entre ellos y determinar el tipo de material vertido en la sesión. De ahí la importancia de la escucha analítica. (Kaës 2010)

La posición del analista es también múltiple y variable, no puede ser predeterminada ni fija. Se destaca la importancia de la imaginación. El preconsciente del analista es el que permite la simbolización y uso técnico como espacio de mediación e interacción, es un espacio transicional interno. Freud priorizaba el hacer consciente lo inconsciente en tanto Kaës, lo preconsciente.

El encuadre interno del analista, tanto como el trabajo psíquico, que incluye la atención flotante, la perspectiva intrapsíquica con el análisis del contenido y la

contratransferencia, una perspectiva intersubjetiva, el análisis de la relación y del continente, conforman una compleja gama de operaciones en que destaca la imaginación y la creatividad psicoanalítica. De ahí que se incluya dentro del paradigma de la complejidad.

En la elaboración de la contratransferencia, los procesos del analista permiten que la resonancia inconsciente se ligue a una representación, adquiriendo figurabilidad, pudiendo llegar a ser significada y luego pensada mediante el lenguaje y finalmente vertida a la situación analítica para producir un efecto, en este caso en el grupo de pacientes. (Kaës 2011)

Los psicoanalistas de la teoría contemporánea priorizan el espacio intersubjetivo de la transferencia contratransferencia, en que se analiza la transferencia del paciente y su eco en el analista, siempre dentro de un encuadre que incluye diversos aspectos simultáneos: el de la unidad del sujeto psicoanalizado, la diada madre- bebé, el espacio transicional de lo potencial en el análisis o sea lo que se puede trabajar.

La escuela del psicoanálisis contemporáneo ha continuado con la detallada descripción del desarrollo del aparato psíquico dentro del estudio de la relación madre-bebé desde las primeras etapas de vida del bebé.

Desarrollo del aparato psíquico según el psicoanálisis contemporáneo

Desarrollo normal del aparato psíquico

El ser humano, en su desarrollo psíquico pasa por una serie de etapas trascendentes para su ulterior funcionamiento. Debido a ello es necesario describir primero el desarrollo del aparato psíquico normal, después el estado psíquico alterado que da origen a una psicosis.

Christopher Bollas (1987) afirma que el bebé humano nace con una prematuréz importante que lo hace depender de la madre para su sobrevivencia. Desde el nacimiento al momento en que el bebé inicie a poder caminar, pasa alrededor de un año, en que su dependencia es absoluta, y aún deberán transcurrir varios años de dependencia. El autor describe que entre el bebé y la madre se

establece un idioma privado que consiste en gestos, miradas y una relación intersubjetiva profunda de inconsciente a inconsciente.

Al amamantar, cambiar pañales, consolar, jugar y propiciar las horas de sueño, la madre va transformando el ambiente exterior y, sobre todo, el interior del bebé, al brindarle gratificaciones emocionales y estimular el desarrollo del yo como instancia psíquica que entra en contacto con la realidad, de manera paulatina. Así, la madre con sus ritmos y rituales de cuidado va ayudando al bebé a transitar, de la no integración a la integración instintiva, cognitiva, afectiva y ambiental. (Bollas 1987).

De parte del recién nacido, señala este autor, van emergiendo la motilidad, la percepción e integración, el manejo de algunos objetos, la adquisición del lenguaje y sobre todo el representar en la mente objetos ausentes, que en conjunto son logros transformativos del mundo interior del bebé, para la construcción del yo y la ampliación de su subjetividad.

En un principio, el recién nacido percibe, por medio de los órganos de los sentidos, olfato, oído, tacto y la vista, las sensaciones que vienen del exterior. Los contenidos de esas percepciones deben conservarse como huellas en la psique a manera de representaciones, justo cuando los objetos ya no están presentes (de ahí su nombre de re-presentaciones o sea vueltas a presentar, pero en ausencia del objeto). Sabemos que un conjunto de representaciones conforma la subjetividad o psique.

La psique es la función del aparato mental y lo psíquico se define por sus contenidos, a saber, percepciones, sentimientos, actos de voluntad, recuerdos y las representaciones o huellas que todo ello va inscribiendo en la psique. Vale la pena subrayar que hay una vida corporal y una vida psíquica antes de haber un yo como instancia establecida.

Para el recién nacido solo existe él mismo, su experiencia sensorial. A este momento del desarrollo se le llama el estado de mónada. Destaco nuevamente un dato muy importante para los autores: que todas estas vivencias son impensables ya que aún no hay un yo que las piense, aún no se ha formado o está en vías de formarse.

En este momento de mónada o percepción exclusiva de sí mismo, se producen muchos movimientos. Está regido por el principio del placer /displacer. Lo que le causa placer, el bebé lo hace permanecer en el interior, a manera de huella mnémica y representación y lo que causa displacer lo proyecta hacia el exterior, en un modo similar a la expulsión de heces del sistema digestivo. Predomina la fantasía del paraíso en que el bebé es omnipotente y la realidad es autogenerada. (Green 1987) Por ejemplo, si tiene hambre, él mismo crea el pecho que lo amamanta; aún antes de desearla, la leche aparece dando placer.

En un desarrollo evolutivo, la mónada es rota por la presencia de la madre, o por percibir la presencia de la madre. El bebé y la madre se instalan en una diada por medio de una simbiosis o unión intersubjetiva. La fantasía que predomina es la de seducción.

Por medio de un complejo mecanismo psíquico llamado identificación proyectiva, la madre capta todo lo afectivo proyectado por el bebé hacia el exterior. La madre toma esos pensamientos o sentimientos dolorosos para suavizarlos y transformarlos en algo menos doloroso o angustioso y devolverlos al bebé para que los reintroyecte y procese de otra manera y los pueda integrar a la psique en forma de representaciones que lo enriquezcan. (Green 1987. Bollas 1987).

La madre lo nutre psíquicamente al permitirle que reintroyecte una serie de percepciones y elementos para construir un sistema de signos que su psiquismo ahora sí podrá usar para conformarse internamente. (Green 1987). En el mismo ejemplo, el bebé con hambre quien llora lleno de angustia es tranquilizado por la voz de la madre, su actitud de calma lo relaja antes de darle el pecho y le demuestra que no es terrible su percepción de desastre por sentir hambre. Así, el bebé podrá estar en condiciones de representar el pecho y la leche en ausencia de la madre y elaborar un periodo de espera en lo que llega de nuevo la leche a calmarlo. Todo esto gracias a la presencia de la madre con quien, afectivamente, se relaciona psíquicamente.

Las representaciones del bebé se van ampliando y se ve forzado a simbolizar para dar nombre a lo que no está, a lo representado. En sus comienzos, el yo simplemente repite los enunciados con que la madre piensa “El yo debe apropiarse

de los enunciados identificatorios que la madre ofrece, pero después él se apropiará de algunos de ellos con los que se identificará a sí mismo” (Aulagnier en Sternbach, 2004). A esta etapa se le llama narcisismo del yo, en que él se toma como objeto de amor. Es un requisito para diferenciarse de los anhelos de la madre. Es un proceso arduo que requiere un trabajo de elaboración y un trabajo de duelo para resolver, dejando atrás, la etapa de simbiosis.

Para Aulagnier (por Hornstein 1991) la organización del yo depende de una serie de factores internos que se están organizando continua y paulatinamente, aun en la vida adulta. Depende también de factores externos azarosos, no previsibles como experiencias, logros, frustraciones, momentos felices o dolorosos que la realidad, los otros y el medio externo le imponen al sujeto. (Aulagnier en Sternbach 2004).

Así, junto con el arribo del yo se van a poner en juego la temporalidad, la duda, la imprevisibilidad que la psique va a requerir identificar para subsistir, para adaptarse creativamente y también para pensar, nombrar, simbolizar e ir ampliando su subjetividad. (Aulagnier en Hornstein 2004).

Si el proceso de desarrollo prosigue, entonces la diada se rompe por la presencia del padre, ya sea real, deseado, o simbolizado por la madre (Green 1987b) Se instala una relación triádica muy temprana. Las fantasías predominantes en la psique del bebé, durante este nuevo estadio, son de exclusión y castración.

El padre y la madre, juntos o por separado, le transmiten al niño un orden simbólico que se encuentra en la imaginación de la sociedad en su conjunto. (Castoriadis 1983)

El yo del bebé se va enriqueciendo con sus capacidades de motilidad, percepción, integración, la adquisición del lenguaje, la capacidad de pensar, que son, a su vez, logros transformativos del propio yo. El bebé identifica esos logros del yo directamente con la presencia de la madre quien lo ha proveído de todo lo necesario, por lo que la ausencia prolongada o fallas en el cuidado materno, por ejemplo, en caso de que la madre tenga depresión post parto, o un cuadro psicótico, pueden suscitar un colapso del yo y precipitar un caos en la psique del bebé. Cualquier condición que aqueje a la madre y le imposibilite a llevar a cabo el

maternaje o cuidado del bebé como una madre suficientemente buena (Winnicott) podría causar alteraciones en la psique del bebé.

Desarrollo anormal del aparato psíquico. Origen de la psicosis

Las relaciones existentes al comienzo de la vida entre la madre y el hijo serán determinantes para un buen desarrollo. En el caso de la psicosis se advierte que hay distorsiones muy tempranas y dañinas en los procesos de integración de la psique.

La psicosis consiste en trastornos muy tempranos de la psique generados por distorsiones dañinas en los procesos de pensamiento y a la imposibilidad de un registro integrado de parte del bebé.

Cuando el bebé tiene una necesidad física, por ejemplo, hambre o frío, entra en contacto con sus pulsiones negativas de displacer, las cuales proyecta hacia el exterior para buscar quién se haga cargo de ellas. Por medio de la identificación proyectiva trata de establecer una comunicación con otro. Si la madre se siente angustiada por el llanto del bebé, le regresa la angustia no metabolizada e incrementada o sea la angustia del bebé más la angustia de la madre. El bebé recibe la angustia no metabolizada, no suavizada, no nombrada, terrorífica, que lo rebasa y siente una angustia mortífera por la pérdida o ausencia de la madre que debería de contenerle. (Green 1987)

Este es el desamparo originario, con la angustia aniquiladora, la agonía primaria en que nadie puede ayudarlo, nadie puede pensarlo. A este terror sin nombre corresponde la crisis de pánico en el adulto, descrita de maneras diversas, pero invariablemente, el paciente teme morir.

André Green (1987) afirma que cuando fallan las huellas de la capacidad de ayuda y ensoñación de la madre que no ha sido capaz de dejar inscripciones en la psique del bebé, se desemboca en un vacío en la psique infantil, que se resiente en todas las etapas posteriores de la vida. Las impresiones subjetivas de la madre y las respuestas dadas por su experiencia con ella deberían inscribirse como una presencia internalizada dentro del bebé, pero no sucedió.

El paciente psicótico percibe a la madre frágil, apartada, indiferente, que lo descuida, incapaz de elaborar por él las proyecciones escindidas, quedando en él un vacío y un anhelo no cumplido. (Bollas 1987) La percibe al borde de una inminente fragmentación mental y debe sostenerla de cualquier forma. El comportamiento del paciente psicótico revela lo oculto inconsciente de la actitud de la madre hacia él durante las primerísimas etapas de la vida.

Se dice que el paciente adulto durante una crisis psicótica tiene una regresión a etapas previas del desarrollo y es justo a esta etapa preverbal, pre objetal madre-hijo, a la cual regresiona en el proceso de enfermedad.

Por otra parte, en algunas ocasiones y a manera de falsa compensación, el hijo invierte a la madre de un significado y valor enorme e intenso. Ve a su madre como una madre ideal, bondadosa, sacrificada, todopoderosa, omnipotente o en el extremo opuesto, la percibe frágil, que se encuentra al borde de un inminente rompimiento mental. Se siente culpable y/o avergonzado y/o ansioso, en lugar de sentirse confiado y feliz. (Steiner 2015)

En ocasiones el paciente psicótico percibe al padre débil, poco digno de confianza, abandonador, ausente, abusivo, o bien, simbiotizado con la madre como si fueran una sola persona o entidad y que no lo ayuda a diferenciarse. Otras veces se tiene la vivencia de que el padre rechaza abiertamente al bebé sin establecer ningún tipo de relación o vínculo, situación que lo deja dentro de una irresoluble simbiosis con la madre con la imposibilidad de avanzar en su desarrollo.

Para Steiner (citado por Velasco, 2003) las organizaciones psicóticas son las medidas más extremas con las que un sujeto cuenta para enfrentar vivencias de ansiedad: la naturaleza catastrófica de la ansiedad es la que hace el retorno a un pánico incontrolado que está asociado a vivencias de fragmentación y de desintegración del self y del mundo.

La creación de sistemas delirantes, son intentos por restaurar el yo, imponiendo un orden arbitrario y a menudo cruel, que se sobrepone al estado caótico previo: como si el paciente creyera que la escisión entre el yo y la realidad fue el resultado de un ataque hecho a su mente y entonces la psicosis le permite sentirse en menor riesgo de desintegrarse. La organización psicótica protege al

paciente y le brinda, por un tiempo, cierto equilibrio psíquico, pero siempre está amenazado por el derrumbe de esta organización y el retorno de la ansiedad. Hace uso de mecanismos omnipotentes y por ello las partes sanas quedan aplastadas y forzadas a participar en las psicosis. (Josephs 1993)

Muchas veces en una organización psicótica surgen sentimientos depresivos en que hay preocupación por el estado del self y de los objetos que pueden dar la posibilidad de restaurar un proceso de desarrollo. Ahí es donde la terapia es posible.

Las organizaciones patológicas fueron puestas en marcha para intentar proteger al objeto y evadir todo sentimiento de culpa con una lucha más escondida y crónica, en la cual el objeto no se destruye ni tampoco se le deja morir, pero si se le atormenta, encontrando una gratificación masoquista.

En algunos pacientes se alimenta o cultiva el agravio y entonces se obtiene gratificación al mantener las heridas abiertas de las vivencias tempranas, como el destete o cualquier otra pérdida injusta y una situación de traición y maltrato. El resultado de estas heridas narcisistas puede llegar a quedar tan investidas que se niega toda oportunidad de elaboración. (Josephs 1993)

Es sabido que durante el desarrollo del aparato psíquico existen infinidad de movimientos tanto internos como externos tales como las pérdidas, las ganancias, las vías reprimidas y en un proceso ideal se obtendría flexibilidad y ampliación de perspectivas. En el paciente psicótico no hay tal flexibilidad sino un endurecimiento o acotamiento afectivo.

Psicoanálisis de grupo

Bion fue uno de los pioneros en el trabajo psicoanalítico con grupos, por lo que estudiaba simultáneamente el comportamiento del individuo y la convivencia social-grupal. Descubrió en sus experiencias con grupos la mentalidad de los supuestos básicos como derivado y producción grupal de una lógica interna. Describió los supuestos básicos de dependencia, emparejamiento y ataque y fuga que han sido útiles para analizar el comportamiento de los grupos. (Meltzer. 1985). En su labor de investigador quería comprender qué es el pensar y concluyó que es algo que debe aprenderse, desarrollarse y enseñarse. Estudiar el desarrollo de la personalidad y la importancia de la relación madre-hijo en que la madre le ayuda a

ordenar el caos de pensamientos y sentimientos que su bebé le proyecta y que ella le devuelve ordenado para hacerlos más tolerables al hijo. El tipo de aprendizaje que contribuye a la estructura de la personalidad tiene que ver con la imaginación y el significado de las cosas. A esto le llamó la función alfa en que primero surgen los pensamientos y después el proceso de pensarlos, elaborarlos, transformarlos. Hay una función beta fuera de lo simbólico, es lo evacuado que carece de representación y que originan comportamientos psicóticos, trastornos psicósomáticos y los supuestos básicos antes mencionados.

La dinámica de un grupo de personas reunidas con la finalidad de incrementar el conocimiento de sí mismos e investigar sobre su inconsciente, la mayoría de las veces buscando un alivio a sus síntomas psíquicos, somáticos, emocionales, entre otros, es muy compleja y constituye un reto para el terapeuta de grupo.

Kaës (2010) afirma que una teoría puede ser considerada como psicoanalítica si el campo de sus conocimientos está constituido por las formaciones y los procesos inconscientes; también por los efectos en la subjetividad que a partir de su práctica se constituyen y si hay una situación construida (la consulta analítica individual o grupal) para elaborar a partir de interpretar sus efectos. Así una teoría psicoanalítica de grupo debe dar cuenta de una teoría de la realidad psíquica propia del grupo en tanto conjunto específico.

Mecanismos grupales

La participación en un grupo psicoanalítico permite evidenciar la propia parte que el sujeto invierte en el vínculo y en las alianzas inconscientes. Es servidor y beneficiario. (Kaës, 2006)

Por lo tanto, grupo designa la forma y la estructura de una organización de los vínculos intersubjetivos entre varios sujetos del inconsciente y como sus relaciones producen procesos psíquicos específicos, ahí durante y a causa de la reunión. También el grupo es la forma y la estructura de una organización psíquica caracterizada por las ligazones mutuas entre los sujetos que lo constituyen y por las

funciones (intermedias) que se activan en el aparato psíquico y en los vínculos intersubjetivos. (Kaës. 2010)

El grupo no es considerado como solo un continente de inconscientes individuales, sino que el grupo va a producir actos psíquicos inconscientes en el vínculo de los sujetos del grupo. Por medio del discurso asociativo se analiza lo reprimido que retorna desde lo inconsciente, las transferencias, las fantasías, los vínculos establecidos entre los miembros del grupo. Cada conjunto se organiza positivamente sobre identificaciones comunes, ideales, creencias y además se organiza negativamente sobre renunciamientos, sacrificios, rechazos y represiones. (Kaës 2010)

Se llama alianza inconsciente a una formación psíquica intersubjetiva construida por las partes de un vínculo para reforzar, en cada uno de ellos, algunos procesos, funciones o estructuras surgidas de la represión o la renegación. El conjunto así ligado, o sea el grupo, sólo obtiene su realidad psíquica de las alianzas, los contratos y los pactos inconscientes que sus sujetos consuman y que su lugar en el grupo les obliga a mantener. Las alianzas son indispensables, estructurantes, para que los vínculos y el grupo se conformen y perduren. Sin embargo, algunas alianzas tienen un objetivo esencialmente defensivo, y otras tienen un efecto alienante y patógeno La alianza inconsciente implica una obligación y un sujetamiento en la dinámica del grupo. (Kaës. 2010)

Desde el primer encuentro entre los miembros de un grupo deben, sin saberlo hacer un acuerdo inconsciente, según el cual, deberán reprimir, negar o borrar ciertas representaciones, sea para fines estructurantes o para lograr un objetivo defensivo. Las alianzas actuales se asocian con formaciones y procesos inconscientes ya establecidos en cada uno de los sujetos. En el dispositivo psicoanalítico el sujeto se somete a la experiencia de las alianzas inconscientes en las que participa y que deberá hacer conscientes por ser parte constitutiva de su subjetividad. (Kaës 2006).

Las alianzas inconscientes tienen la función defensiva que el grupo ofrece y cada individuo aporta sus propios mecanismos individuales de defensa, principalmente contra las angustias psicóticas y arcaicas reactivadas por la

regresión en la situación de grupo. El liderazgo, la idealización y los ideales compartidos constituyen también defensas de las formaciones individuales del inconsciente. También caracterizan a las alianzas inconscientes operaciones de represión, de renegación o de rechazo efectuadas en común por los sujetos de ese vínculo para beneficio de cada uno.

El vínculo intersubjetivo requiere de un proceso de acoplamiento psíquico intersubjetivo. Ciertos sujetos del grupo van a llevar a cabo una serie de funciones intermedias que sirven de puente entre el espacio psíquico del vínculo intersubjetivo y el espacio intrapsíquico, por razones propias y porque están sometidos a una determinación dentro de la dinámica del grupo. Así ocupan una cierta función intermedia: de porta palabra, de porta síntoma, de porta sueño, etc. (Kaës 2010)

El porta palabra, por ejemplo, es el miembro del grupo que, a causa de su historia personal, expresa algo que permite descifrar el proceso latente, puede ser el indicador de la enfermedad o de la ensoñación inconsciente del grupo. Es el portador de una palabra de la cual algunos de sus miembros no disponen, palabra que sí importa ya que al aportarla puede influir en la organización intersubjetiva del discurso grupal. El porta palabra es llevado a su función por el movimiento de su propio deseo y/o es convocado por otros que lo inducen a ocupar esa función. (Kaës 2010). Lo mismo ocurre con todas las otras funciones: porta deseo, porta síntoma, porta sueño, porta ideal, porta muerte, chivo emisario, sacrificador, etcétera.

En el inconsciente cada sujeto lleva la huella, en su estructura y sus contenidos, de otro y de más de un otro. Así el pensamiento de grupo está determinado por diversas modalidades de las identificaciones con los objetos comunes, por los mecanismos de defensa y las alianzas inconscientes, por los significantes comunes y los dispositivos de interpretación que los miembros del grupo han establecido para que el grupo pueda constituirse y mantenerse.

El grupo interno está formado por la red de identificaciones del yo del sujeto, es la pluralidad de personas psíquicas, es una unidad estructural, dinámica y funcional en la que se vinculan los elementos que la componen. Los grupos del adentro son siete: la imagen del cuerpo, las fantasías originarias, los sistemas de relaciones de objeto, la red de identificaciones, los complejos de Edipo y fraterno,

las imagos, las instancias del aparato psíquico especialmente del yo. La función que cumple el grupo interno es aportar sus representaciones al grupo para movilizar los procesos psíquicos grupales; acoplar el aparato psíquico individual y el aparato psíquico grupal mediados por los vínculos intersubjetivos; favorecer la formación de un espacio psíquico común y compartido, decisivo como organizador inconsciente del proceso grupal. El sujeto es sujeto psíquico y social. (Kaës 2010)

La grupalidad psíquica, (relaciones intra subjetivas o estructuras de vínculos interiorizados y articulados en un mundo interno), designa formaciones intrapsíquicas dotadas de una estructura y de funciones de ligazón entre las pulsiones, los objetos, las representaciones, y las instancias del aparato psíquico. Son organizaciones de objetos internos interiorizados que orientan la acción hacia los otros en las relaciones intersubjetivas. Se adquieren por interiorización, internalización o introyección y están regidos por los mismos procesos generales que actúan en el aparato psíquico que son la condensación, el desplazamiento, la permutación o inversión y que están al servicio de las representaciones de objeto y de los representantes del yo. (Kaës 2006)

Lo grupal es organizado por lo imaginario (Kaës citado por Mercado 2006). Por lo tanto, siempre hay una imagen, escena o fantasía inconsciente que organiza los vínculos en las estructuras sociales como la pareja, la familia, el grupo o la institución (Mercado 2006).

Hay estructuras intrapsíquicas comunes y estructuras grupales organizadas bajo una misma fantasía inconsciente y el propio desarrollo de los individuos o grupos pasan por etapas definidas por un tipo de fantasía inconsciente, desde las fantasías de fusión a las fantasías de castración o desde las fantasías originarias a las fantasías secundarias. (Mercado 2006)

Cada estructura relacional está desarrollada con base en una fantasía inconsciente que conforma cada una de las estructuras de personalidad y de configuración vincular: estructuras funcionales o monádicas, diádicas o triádicas; fantasías fusionales simbióticas o neuróticas. Cada fantasía se puede representar como una escena: paraíso, seducción, castración. (Mercado 2006) Así, la realidad psíquica del grupo y el proceso grupal están estructurados por una fantasía que

funciona como un esquema organizador del acoplamiento de la psique en el grupo. Las fantasías se movilizan, convergen y se organizan debido a que se atraen subjetivamente. Son dinámicas.

Cada trastorno psicopatológico equivale al funcionamiento estereotipado por fijación o regresión de un solo tipo de fantasía inconsciente en cualquiera de sus niveles de organización: monádico, diádico o triádico, dando lugar a estructuras o regresiones psicóticas, limítrofes o neuróticas, asimismo cada grupo se organiza de acuerdo con el predominio de alguno de esos niveles en los participantes. (Mercado 2006)

Se debe realizar un trabajo psíquico, por medio de la interpretación, que descondense el núcleo principal de la fantasía organizadora y permita a cada participante descubrir su fantasía singular. A través del proceso grupal, las variaciones de esta fantasía producen una transformación importante: la fantasía se singulariza, deja de ser anónima e impersonal y da lugar a una versión individual, dando lugar a el proceso de subjetivación con la suma de representaciones al aparato psíquico individual.

La situación psicoanalítica grupal presenta esta característica esencial: es un encuentro con desconocidos, con lo desconocido, lo imprevisible. Este doble registro de la repetición y del encuentro aleatorio activa las relaciones que el sujeto mantiene con sus propios objetos inconscientes, con los objetos inconscientes de los otros y con los objetos comunes y compartidos. (Kaës 2010)

Este tipo de abordaje clínico permite ver los procesos que se llevan a cabo en el grupo cuando se movilizan los procesos individuales más sensibles. Para Kaës hay tres niveles que se pueden analizar: el grupo como entidad específica, los vínculos entre sus miembros y el sujeto singular con sus particularidades y contenidos psíquicos, de ahí la importancia de estudiar el desarrollo del aparato psíquico individual. El hilo conductor es la articulación entre el proceso psíquico del grupo y el de varios participantes, que conviene estudiarlo desde la fantasía organizadora psíquica inconsciente, que el grupo produce por los procesos asociativos, por los afectos que se transmiten y por el proceso de subjetivación que se lleva a cabo durante el trabajo grupal. (Kaes 2010) El grupo es también el lugar

de la formación y transformación del sujeto por los efectos del grupo sobre su psique.

Planteamiento del problema

Alrededor del 1.2% de la población mundial padece psicosis. En 2019, 40 millones de personas padecen trastorno bipolar y 24 millones padecen esquizofrenia. (OMS 2022). La psicosis ocupa el séptimo lugar en motivo de incapacidad. Los tipos de psicosis más frecuentes son la esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis orgánica, por lesión y por uso de drogas psicoactivas. En algún momento del desarrollo de la enfermedad el paciente va a requerir de un internamiento en una institución hospitalaria en donde se le den medicamentos adecuados a su condición. Estos pacientes también requieren otro tipo de tratamiento para su restablecimiento en las áreas psicológicas, familiar, social y laboral.

El psicoanálisis a más de 100 años de su fundación ofrece posibilidades de trabajar en la parte intrapsíquica, afectiva e inconsciente de estos pacientes.

El estudio y tratamiento, ya sea en una modalidad individual o grupal de los pacientes con psicosis representa un reto para el terapeuta ya que debe enfrentar las siguientes preguntas.

Preguntas de investigación

¿Cuál es el resultado de aplicar un modelo de psicoanálisis de grupo para pacientes psicóticos de acuerdo con los autores contemporáneos? ¿De qué manera se debe abordar este tipo de paciente psicótico? ¿Es indispensable un modelo teórico que dé cuenta de los contenidos inconscientes de este tipo de pacientes? ¿La modalidad de tratamiento en grupo psicoanalítico con qué herramientas de diagnóstico y de análisis debe contar para hacer posible el trabajo del terapeuta? ¿El trabajo interpretativo del terapeuta de grupo, bajo que principios psicoanalíticos se enmarca? ¿Cómo resultan beneficiados los pacientes con este tipo de tratamiento?

Justificación

El método psicoanalítico es en sí mismo un método de investigación y de tratamiento. Su punto de partida es la clínica, el contacto con las necesidades del paciente y desemboca en la teoría la cual se vierte nuevamente a la clínica a manera de técnica psicoanalítica, para ampliar el conocimiento de la mente humana y brindar herramientas para el trabajo psicoanalítico. Los medios conocidos que utiliza el psicoanálisis son la asociación libre, la(s) transferencia(s) y el descubrimiento de los procesos inconscientes por medio de la interpretación que permite ampliar el aparato mental del paciente. (Velasco 2020) El psicoanálisis, en su descripción más general, es el conocimiento del inconsciente y el tratamiento de las alteraciones psíquicas ligadas a la propia vida psíquica.

Un modelo es la manera de comunicar la experiencia psicoanalítica, proporciona una comprensión profunda del abordaje psicoanalítico de un grupo de 10 pacientes que sufrieron un cuadro de psicosis aguda y que, al remitir el cuadro, como parte de su tratamiento, se incluyeron en un grupo de psicoterapia.

Los pacientes canalizados para la psicoterapia grupal son pacientes que alguna vez cursaron con un cuadro de psicosis aguda y el cual fue atendido de manera oportuna con medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo, en tipo y dosis adecuadas a cada caso en particular. Cuando ingresan al grupo de terapia, su cuadro agudo ha remitido y se encuentran relativamente estables. La terapia grupal es parte del programa integral de rehabilitación y tratamiento.

Objetivo general

Describir de manera teórica y clínica el modelo de psicoanálisis de grupo para pacientes psicóticos de acuerdo con los autores contemporáneos.

Objetivos específicos

Mostrar en un ejercicio clínico cómo funciona el modelo de abordaje grupal con los pacientes psicóticos y dar a conocer el desarrollo normal del aparato psíquico y

contrastarlo con el desarrollo patológico que dio origen a la psicosis. Para lo cual habré de dar a conocer los mecanismos psicodinámicos y los procesos de la enfermedad, como son la regresión a etapas de fusión simbiótica con la madre, para tener referentes diagnósticos oportunos.

La propia dinámica del grupo permitirá identificar varios aspectos importantes: los vínculos intersubjetivos que se establecen entre los pacientes, las alianzas inconscientes entre ellos, las funciones intermedias en el grupo, la fantasía grupal.

Todo lo cual permitirá el trabajo del terapeuta que consiste en ver y analizar cada uno de esos aspectos y desde ahí construir la interpretación para la posterior elaboración por parte los integrantes del grupo. Cada uno por su parte integrará las representaciones correspondientes para la construcción de su aparato psíquico y el fortalecimiento de las estructuras psíquicas.

Método

Diseño de estudio

Se diseñó un estudio de caso. Un estudio transversal, observacional y descriptivo de los fenómenos clínicos. Se trata de un estudio cualitativo que describe la aplicación de un modelo de psicoanálisis grupal con una metapsicología propuesta por Kaës y que toma en cuenta la teoría de los autores contemporáneos para el estudio del desarrollo normal y patológico del aparato psíquico como causa de la psicosis.

Muestra

Los pacientes pertenecen a una clínica de medio camino entre una hospitalización en institución psiquiátrica y la integración del paciente a la vida familiar, social y en el mejor de los casos, educativa y laboral.

Se incluyó a 10 pacientes con algún diagnóstico de psicosis, de los cuales cuatro tienen antecedente de intento suicidio. Ver cuadro 1.

Cuadro 1. Características y diagnóstico de los pacientes.					
No.	Nombre	Sexo	Edad (años)	Diagnóstico	Datos
1	JP	H	54	Esquizofrenia simple.	10 intentos de suicidio anteriores
2	JE	H	52	Esquizofrenia: Episodios múltiples con remisión parcial. Trastorno por Consumo de Sustancias.	5 intentos de suicidio anteriores
3	S	H	56	Esquizofrenia simple.	
4	P	H	49	Esquizofrenia: Episodios múltiples con remisión parcial. Trastorno por Consumo de Sustancias.	
5	LM	H	33	Trastorno Neurocognitivo Temporal moderado.	
6	JO	H	40	Trastorno Bipolar I	
7	C	M	54	Trastorno Bipolar I	
8	B	M	50	Trastorno Neurocognitivo Temporal.	
9	R	M	76	Trastorno Bipolar I	Intento de suicidio anterior
10	N	M	28	Trastorno Neurocognitivo Temporal leve. Depresión Mayor. Trastorno por Consumo de Sustancias.	Intento de suicidio actual

Fuente: Elaboración propia

Caso: pacientes

1. JP, es un paciente masculino de 54 años con esquizofrenia simple. Escolaridad secundaria. Desde la adolescencia presentó el cuadro prodrómico y posteriormente diversos cuadros de psicosis aguda repetidos pese a la medicación y el tratamiento.

Anteriormente ha tenido al menos 10 intentos de suicidio con diferentes agentes: medicamentos en sobredosis, alcohol en sobredosis, gas, cortadas en brazos. Siempre lo han rescatado a tiempo. Muestra un estado de ánimo depresivo, en que la vida no tiene ningún sentido.

La angustia psicótica que siente de día y de noche la define como “soy una vela encendida que se derrite y todo se acaba, el vacío, la terrorífica muerte es lo único que hay”. Soledad, angustia y tristeza inevitables. Aunque participa en las actividades institucionales lo hace con apatía y desgano. Gusta de oír música clásica, encerrado en su cuarto por muchas horas. De pronto se torna agresivo y grita que lo dejen en paz. No hay agresividad física hacia los demás.

2. JE. Paciente masculino de 52 años con diagnósticos de esquizofrenia: episodios múltiples con remisión parcial y Trastorno por Consumo de Sustancias por cannabis y cocaína, actualmente sin consumo. En él predominan los rasgos narcisistas y ansiedad persecutoria. Tiende al aislamiento. La madre quien vivía en

un lugar de playa se suicidó hace unos 3 años y el paciente ha tenido un duelo difícil. El padre un hombre autoritario, siempre se ha hecho cargo de su manutención en instituciones psiquiátricas ya que tiene muy mala relación con su hijo. El hermano vive en un lugar de playa con un negocio turístico, se hablan de vez en cuando, ya que hay poca relación entre ellos.

3. S paciente masculino de 56 años. Estudió ingeniería, pero nunca pudo trabajar ya que se manifestó un cuadro esquizofrénico desde muy joven, del que persiste la estructura caracterológica esquizoide. Su pensamiento es concreto, su ánimo aplanado, desgano, no manifiesta su angustia y está al tanto del horario de los medicamentos sobre todo en la noche para ir a dormir. Es muy delgado y come poco. No le gusta bañarse. Descuida su vestimenta.

4. P. Hombre de 49 años, con diagnóstico de esquizofrenia simple y trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, proveniente del norte del país para el tratamiento. Desde adolescente presentó síntomas como aislamiento, apatía. Inició el uso de tabaco, marihuana y alcohol en la adolescencia y muy pronto presenta un cuadro psicótico con alucinaciones auditivas, insomnio, dromomanía, afecto aplanado. Reprime la expresión de sentimientos y también evita los estímulos que provocarían esa expresión. Es ordenado, respetuoso de las reglas, callado, obediente. La hermana promueve el internamiento en la institución y la madre hace todo lo posible por que deje el tratamiento, así es que cada vez que visita a la familia regresa con un cuadro agudo de psicosis. Él prefiere estar en CDMX ya que aquí lava autos y hace mandados con lo que gana dinero.

5. LM paciente masculino de 33 años quien sufrió un accidente automovilístico muy grave, hace 10 años. Su madre falleció en ese accidente, él estuvo en coma varias semanas. La recuperación fue lenta y como secuela tiene limitaciones motoras notables en los 4 miembros. Camina por sí mismo. Tuvo un cuadro psicótico y confusional el cual ha remitido con medicamentos antipsicóticos y estabilizadores tipo Valproato. No pudo continuar sus estudios universitarios. El padre y hermano son muy amorosos con él y constantemente lo visitan e invitan a diversos eventos familiares. Es un joven respetuoso y muestra claramente sus

afectos como alegría, es risueño, entusiasta y tiene pequeños proyectos con frecuencia, los cuales lleva a cabo.

6. Jo: Paciente masculino de 40 años con diagnóstico de Trastorno Bipolar I. Su padre padecía la misma enfermedad y un día se aventó desde la azotea. La madre padeció depresión muchos años. Tiene un hermano del cual depende económicamente. Por periodos trabaja con él en la empresa. Excelente manejo de tecnología en cómputo.

7. C: Paciente femenina de 54 años con Trastorno bipolar I desde los 22 años. Inició tabaquismo a los 8 años porque le quitaba la ansiedad y ha continuado con una o dos cajetillas al día. En la actualidad, a sus 54 años tiene EPOC. Tiene ingresos frecuentes por recaídas al descuidar su medicación ya que vive sola. El hermano la sostiene económicamente.

Es una mujer agradable, educada de modales suaves, excepto cuando entra en periodo de manía en que no duerme, habla todo el tiempo y se siente una mujer rica y aristocrática. Cada vez sus periodos de egreso son más largos ya que su motivación principal es no ocasionar gastos extra al hermano para que no se canse de ella y la abandone a su suerte. Ha trabajado ocasionalmente en venta de algunos productos de belleza. Estudió carrera corta de secretaria, no ha ejercido.

8. B mujer de 50 años de gran estatura (1.85m) dedicada al modelaje en el pasado, con problemas de alimentación. Casada en una mala relación marital con abusos y agresión de todo tipo, de parte del esposo. Tuvo un hijo que no ha vivido con ella, sino con el padre, desde el divorcio.

Presentó un cuadro psicótico caracterizado por errores de juicio graves como: viajar en la parte trasera de los camiones de basura gritando, ante la divertida perplejidad de los trabajadores; huir de la casa materna, caminar de noche por barrios desconocidos, alucinaciones auditivas que la devalúan y critican. Es ingresada a hospital psiquiátrico y al remitir el cuadro agudo se ingresa en la institución adaptándose a la rutina. Es controladora, “adopta” a las pacientes de nuevo ingreso para manipularlas. En el grupo es demandante de atención, manipula para llamar mi atención y tiene poca o nula capacidad de introspección. Si suspende o modifica su medicamento recae en el cuadro psicótico principalmente con

insomnio y errores de juicio y conducta. Manifiesta trastorno de la personalidad límite, con trastornos metabólico y de la conducta alimentaria, ya que ahora pesa 120 kg. Su diagnóstico: Trastorno Neurocognitivo Fronto Temporal.

9. R. mujer adulta mayor de 76 años con una larga historia de Trastorno Bipolar I. Profesionista, tuvo su consultorio dental, pero con serias dificultades por la enfermedad. Divorciada. Tiene dos hijos que poco quieren saber de ella, debido a que la consideran conflictiva, compradora compulsiva que gasta sin control de las tarjetas de crédito (ya canceladas). Depende económicamente de un hijo quien se queja del elevado costo de los medicamentos. "Si está cuerda", su hijo la acepta. Es el único con quien cuenta ya que vive con él y su esposa. Ella ha adquirido conciencia de enfermedad y procura tomarse los medicamentos.

10. N. Joven mujer de 28 años. En la familia paterna hay varios miembros con alcoholismo severo. Abandonó la escuela en la secundaria. Motivó su ingreso una relación de pareja violenta con quien ingiere alcohol y drogas. Se separan cuando ella le informa que está embarazada y ella continúa con las adicciones hasta que hace un intento de suicidio y es internada.

Se diagnostica Trastorno Neurocognitivo Temporal leve. Depresión Mayor. Trastorno por Consumo de Sustancias. Antidepresivos, antipsicóticos y valproato de magnesio están en la base de su tratamiento.

La familia ha aceptado continuar con las indicaciones pese al dolor que les causa ver a su hija internada. Esperan que mejore su conducta y continúe sus estudios.

El grupo

El grupo institucional tiene varios años trabajando y los miembros han construido una forma de trabajo grupal. La vivencia en conjunto ha logrado una vinculación a través de trabajar de esta manera, en grupo. Recordemos que varios de ellos viven en la misma casa y realizan otras actividades juntos, como son comer, cineclub, etc. Otros pacientes no viven en la casa y vienen desde otros lugares a participar en el grupo de terapia. Las sesiones tienen una duración de 90 minutos.

Procedimiento

Intervención: sesión de grupo

Se aplicó un modelo de comprensión teórico-clínica basado en autores que teorizan sobre la psicodinámica y la formación de la psique desde el momento del nacimiento y las afectaciones que ocasiona un mal maternaje en el desarrollo de la psicosis.

A continuación, se describe una sesión de grupo al momento del ingreso de una paciente, N. En primer término, se presenta a la nueva integrante y se da encuadre:

Terapeuta (T): veo que ya conocen a N, que recién se agrega a la clínica y va a trabajar con el grupo. N debe saber que este grupo tiene sus reglas, que son: la obligación de asistir una vez a la semana, pueden hablar de cualquier tema, lo que se dice aquí no se comenta afuera con las empleadas de la clínica, ni a los familiares y todos sabemos que lo único que se le informa al director son las recaídas o riesgos de recaídas para que se tomen las medidas de cuidado. Por ello sabemos que este es un espacio de confianza y pueden hablar de todo lo que gusten. Estamos reunidos con la finalidad de conocerse a sí mismos e investigar sobre su inconsciente.

T: (a N, que no se atreve a tomar la palabra). No sé si quieras platicar un poco de los motivos de tu internamiento o algo de ti para que te conozcan ya que eres la paciente nueva de la casa.

N: sí, sí quiero, es que me siento muy preocupada por mis papás, por darles esta pena y es que no puedo verlos 15 días. Yo sé que ellos están muy preocupados por mí. Bueno, la verdad es que han estado muy preocupados desde hace como un mes porque me tomé unas pastillas y mi hermano me encontró en mi cuarto. (relata) Me salvaron.

LM: ¿y por qué te tomaste esas pastillas?

N: (muy apenada con la vista baja) Es que estaba desesperada porque tuve un aborto espontáneo y mi novio me había dejado cuando le dije que estaba embarazada y entonces empecé a drogarme y todo mal...y por eso ya no le veía sentido a mi vida.

R: eres muy jovencita para tener una vida tan complicada. ¿Cuántos años: 22?

N: no. 28.

B: ¿y era tu primer novio?

N: sí. Amigo de mis hermanos. Su papá era judicial y lo abandonó cuando era chiquito, entonces se hizo como pandillero. A su papá lo acaban de matar.

B: ah, ya sé. ¿Te golpeaba?

N: al principio no, pero después sí y cada vez más. Yo entendía que él había sufrido mucho y esperaba que cambiara si yo lo trataba bien, pero él me conseguía la droga al principio y después yo tenía que conseguirla sola y entonces les robaba cosas a mis papás para tener dinero. Cuando le dije que estaba embarazada me dijo que no era de él, me golpeó y se fue. Yo tenía que enfrentar a mis papás sola y no sabía qué hacer.

B: yo me casé con mi golpeador y me ponía unas golpizas, hasta que me volví loca. No entiendo por qué lo aguanté tanto tiempo. Tuve un hijo. Cuando me internaron él consiguió la patria potestad y se fue a EU. No veo a mi hijo y eso me duele de a veras. Tu estas en la gloria, el h de p ya se fue y no hay un hijo que te pueda quitar. Vas a rehacer tu vida.

C: tú lo ves así porque ya pasó mucho tiempo, pero N está sufriendo ahorita porque perdió al bebé. Está en una situación muy complicada. Yo nunca quise tener hijos, si apenas puedo con mi enfermedad (manía). Pobre de mi hermano que me mantiene.

JE: tus papás ¿no se dieron cuenta de que te golpeaba?

N: mi papá tiene 3 trabajos. Mi mamá es jefa de departamento, trabaja 14 horas al día. De chiquitos nos cuidó mi abuelita (materna) pero desde hace muchos años tiene demencia y yo solo me iba a casa de él y regresaba en la noche o borracha o drogada, a dormir. Cuando me levantaba no había nadie, le daba de comer a mi abuelita y ya. Mis hermanos en su trabajo.

R: ¿estudias? Yo fui dentista, pero ya no pude trabajar, me enfermé y ni siquiera cocinaba. Compraba 20 bolillos, los metía al congelador y eso era lo que comía. (Hace un relato más largo) Mi hijo, el más chico, me mantiene y me da pena ser una carga para él, apenas y gana para él y su esposa.

Yo no hacía caso a los doctores de tomar la medicina, es que me sentía, así como tu ahorita, con sueño. Pero eso pasa y luego de verdad te sientes bien, vas a estar bien. No desobedezcas y vas a estar bien. Eres tan joven.

N: mi papá me llevaba a la prepa. Yo entraba, pero como ni siquiera estaba inscrita, me salía a vagar. Y me regresaba sola a casa. Esa mentira duró tres años. Mi papá fue a preguntar mis calificaciones cuándo iba a terminar la prepa y me cayeron en la mentira. (todos ríen con nerviosismo del hecho de haber sido descubierta) No me castigaron, pero estaban muy tristes. Ahí fue cuando empecé a andar con mi novio, para no estar en la casa.

B: ¡y que te pega y te aguantas! Todos ríen de nuevo. Sigue un silencio.

S: oiga doctora yo ya les dije que no me voy a bañar. No me pueden obligar. No me voy a bañar. (lo escuchan entre molestos y divertidos)

T: pienso “¿y eso que tiene que ver?” Venimos hablando de N y de su incapacidad para cumplir con sus obligaciones que corresponden a su edad como ir a la escuela, estudiar, dar de comer a la abuelita y que no puede llevarlas a cabo, no puede hacerse cargo. Pero R menciona que ahora, ya anciana depende de su hijo menor y se siente una molestia. B por su empatía descubre parecidos en sus historias y habla de buscar el castigo al vivir con un hombre violento. Y en este contexto S afirma que no se va a bañar. Se niega a bañarse por sí mismo. Se muestra incapaz de realizar una actividad tan elemental como es el baño diario, ya no digamos estudiar, cocinar, trabajar. S destaca o manifiesta en ese momento un rasgo inconsciente común. Ningún miembro del grupo es capaz de hacer algo independiente por sí mismo. Necesitan un otro que se haga cargo: el hermano de C, el hijo menor de R, el exesposo violento de B, la mamá de B, el novio golpeador de N, el papá de N, y sobre todo S manifiesta un deseo: ser bañado, él está ahí para ser bañado. Requiere ser bañado por un otro-objeto que se haga cargo de él. Manifiesta un deseo: desea una madre que lo atienda como a un bebé, que le proporcione un ambiente en que todo le sea dado.

T al G: surge aquí una fantasía que se manifiesta en un deseo. ¿y qué tal que alguien se hace cargo de “mi”, o sea de cada uno de ustedes? y qué tal que alguien proporciona todo lo que se necesita aún sin pedirlo, antes de pedirlo.

Que alguien te cuide, te ame incondicionalmente y te cubra todas tus necesidades físicas, emocionales: te nutra física y emocionalmente. Si eso no lo obtuve de mi mamá, entonces hoy he de buscar quien se haga cargo de "mí", aunque el precio a pagar sea muy caro.

P: pero ya estamos grandes doctora ja ja. eso ya no es posible. Ja ja

JE: la verdad si es muy rico que mi papá pague todos mis gastos. Soy su hijo. Su hijo.

JP: pues es que mi madrecita ya está muy grande y no quiero que se muera. Me desampararía. Y es que ella toda la vida trabajó, no nos podía cuidar, pero ahora nos ayuda y con esta terrible enfermedad yo no puedo hacer nada, nada.

C: si se puede hacer: tomar tus medicinas. Si yo no tomara mis medicinas mi hermano ya me hubiera botado.

B: pero ¿qué quiere decir eso del precio a pagar? ¿Que yo me aguantaba las palizas?

T: que tal que alguien se hace cargo de ti y no miras sus defectos, su violencia, porque te tiene que querer, es más, los golpes son muestras de interés y cariño y en algún momento va a cambiar y se va a dar cuenta de lo buena que eres y te va a amar con cariño. Una larga espera que termina en psicosis. (no permití que se pusiera en contacto con sentimientos masoquistas)

B: está cabrón.

N: siempre esperé que L cambiara, si yo lo amaba tanto. Por eso cuando me abandono, estando embarazada, no lo podía creer. El mundo se me acabó, nada me importaba, quería morir.

B: ¿... por un pendejo y sociópata...? (todos asienten)

N (se desconcierta. Quizá pensó "¿todos están de acuerdo?"). Permanece en un silencio reflexivo)

S: usted me quiere obligar a bañar con eso que dice, pero yo no me voy a bañar.

JE: mejor piensa en qué es lo que más te conviene. ¿eh? Las reglas de la casa dicen que te tienes que bañar.

R: ¡Pues no creo que me quieran mucho! Sobre todo, mi nuera y pues eso de sentir que estorbo es muy feo. Pero a mi edad no voy a conseguir trabajo. Así es que tu N estas muy a tiempo de estudiar y trabajar.

Estas en buenas manos con los doctores. Llegamos más o menos como tu estas ahora. Ojalá y sepas aprovechar esta oportunidad. Tus papás no están tristes porque tu estes aquí. Ellos saben que aquí te están curando. Se sienten tranquilos por eso. En 10 días te van a visitar y si te ven mejor van a estar contentos. Ellos lo único que quieren es que estes bien. ¿No es cierto?

N: No quiero que ellos estén tristes por mi culpa.

LM: nada más acuérdate que tu estas, enferma, como nosotros. No es tu culpa.

T: Todos en el grupo padecen una enfermedad como la tuya y han salido adelante. Eso es lo que te dicen. Entiendo que en estos momentos sientas culpa y estés triste. Mira la experiencia que tus compañeros te han brindado hoy. Termina la sesión.

Interpretación

Ya reunidos los pacientes en el grupo terapéutico se pueden observar con mayor claridad las asociaciones y la actividad preconsciente que desarrollan como consecuencia de la grupalidad que está sometida a las reglas del encuadre psicoanalítico.

Un grupo terapéutico se conforma por varias personas reunidas con la finalidad de conocerse a sí mismos e investigar sobre su inconsciente. Buscan alivio a sus síntomas de todo tipo: psíquicos, emocionales, somáticos.

La dinámica de un grupo terapéutico es muy compleja. Los contenidos del grupo están determinados por diversas modalidades de identificaciones y vínculos entre los miembros, los mecanismos de defensa, las alianzas inconscientes que se dan por los significantes comunes, además de los mecanismos de interpretación del material que los miembros del grupo han establecido para que el grupo pueda constituirse y mantenerse.

El psicoanálisis grupal sirve a los individuos para desarrollar la capacidad de pensar, al ir integrando representaciones que surgen en la interacción grupal por el trabajo de interpretación del terapeuta.

La reunión de varias personas con fines terapéuticos ofrece un espacio de regresión temporal para llevar a cabo el trabajo psicoanalítico. En un grupo de pacientes psicóticos, lo infantil, psicótico, está siempre presente. Y cuando me refiero a lo infantil hablo de las primerísimas etapas del desarrollo psíquico.

Así una teoría psicoanalítica de grupo debe dar cuenta de la realidad psíquica propia del grupo en tanto conjunto de individuos. (Kaës 2010)

Para este modelo y de acuerdo con Kaës, debe prestarse atención a las llamadas funciones intermedias que cumplen algunos sujetos o que le son asignadas por otros miembros de grupo. Estos sujetos llegan a ocupar en el vínculo intersubjetivo un cierto lugar: de porta palabra, de porta síntoma, de porta deseo, de porta sueño, etc., qué son las funciones necesarias para el proceso de acoplamiento psíquico intersubjetivo: varias subjetividades conectadas de manera inconsciente.

El porta (algo) es el miembro del grupo que, a causa de su historia personal, manifiesta algo que permite descifrar el proceso latente. Es el indicador de la enfermedad o de la ensoñación inconsciente del grupo. Es llevado a su función por el movimiento o impulso de su propio deseo y/o es convocado por otros que lo inducen a ocupar esa función en especial. Lo mismo ocurre con todas las otras funciones como son porta síntoma, porta sueño, porta ideal, porta muerte, chivo emisario, sacrificador, etcétera (Kaës 2010)

Las principales demandas del paciente psicótico son aliviar el sufrimiento intenso que padece; disminuir la angustia en primer lugar; la angustia persecutoria que coloca en el exterior que en ocasiones lo lleva a desear y temer morir; que desaparezcan las voces que lo atormentan y un referente en la realidad para apoyarse.

Por lo general, el paciente que ha remitido la sintomatología aguda por acción de los medicamentos, principalmente, tiene miedo de examinar sus propios contenidos mentales. Rehúye el trabajo de introspección: no tiene interés en comprenderse así mismo, teme revivir la angustia, activar a sus perseguidores, despertar las voces acalladas, además de que su propia psique, su mundo subjetivo, tiene serias limitaciones en establecer una relación interpersonal profunda, confiable y segura.

En la relación con los objetos primarios el paciente no encontró la pulsión libidinal suficiente para construir representaciones constructivas, amorosas; al contrario muchas veces tradujo esa interrelación como instinto de muerte, incapacidad para simbolizar sus estados internos como inventos creadores de vida y por eso aunque ya no esté en una etapa aguda del padecimiento, aún no tiene pleno contacto con la realidad, ni pleno contacto con el mundo real ya que aún está dentro del mundo de la fantasía, recluido en algunas partes de su inconsciente, continúa con alteraciones del pensamiento.

Lo primero que el psicoanalista debe hacer es ser empático con la incapacidad del paciente de establecer contacto consiente con lo que lo rodea. Empático con su incapacidad de introspección: se comunican a través de elementos o hechos no asimilados y a través de actuaciones: por ejemplo, un paciente que se levanta la camiseta para que el terapeuta vea todo lo que está mal dentro.

Desde el psicoanálisis se plantean objetivos con los pacientes. Piera Aulagnier (Sternbach, 2004) plantea la cura como producción de sentido o sea que en la relación terapeuta -paciente se creen palabras, otros referentes, que le permitan al paciente hablar, pensar, elaborar su sufrimiento y que hagan de su historia una historia en movimiento, opuesto a estancada.

La misma autora subraya el hecho de que el yo del paciente busque nuevas significaciones enlazando huellas mnémicas y los pedazos de memoria del pasado infantil que son reactivadas en la actualidad por la experiencia transferencial.

El terapeuta tiene que ver antes de comprender; acceder por la percepción a aquello que es irrepresentable para el paciente; comprender que hay algo de orden traumático que no fue posible simbolizar y que la base del trabajo analítico es estimular el proceso asociativo, buscando la emergencia de imágenes, sus significados, su elaboración en el espacio intersubjetivo para ir ampliando la conciencia.

Así traer a la luz el conflicto psíquico que está en la base del sufrimiento para ponerlo al servicio de la pulsión de vida. Cada que el sujeto recibe información por medio de la interpretación corrige la representación anterior. (Hornstein 1991)

Sólo estableciendo una relación con el psicoanálisis y haciendo un trabajo conjunto es que se logran las tareas del psicoanálisis.

Bion define como elementos beta a los hechos no asimilados, o sea los hechos que no se representaron ni quedaron impresos, no se acumularon y por lo tanto no están disponibles para elaborar pensamientos. En la transferencia los proyecta tal cual. (Bion 1962)

El psicoanalista tiene que ir construyendo junto con el paciente un aparato de pensar los pensamientos o sea crear la posibilidad de vivenciar las experiencias emocionales y que vaya creando una subjetividad propia capaz de ir simbolizando para dar otro significado a lo ya representado para lograr una transformación psíquica, y con ello crear pensamientos, elaborar emociones, favorecer la inventiva, descifrar la prehistoria de la psique y empezar a escribir su historia. (Meltzer 1985)

De acuerdo con Winnicott (citado por Bollas 1989), en el espacio transicional del juego es cómo se desarrolla la creatividad y se va captando la realidad teniendo la posibilidad de estar en contacto con el mundo real. Así el espacio terapéutico tomado como espacio transicional, brinda la posibilidad de contactar con la realidad.

La función terapéutica, como la función vital de la madre, es la de contener la vida psíquica del sujeto, sustentar un mundo subjetivo íntimo y desarrollar una capacidad de introspección que le permita sin embargo transformar lo mental para relacionarse o establecer relaciones de objeto reales con objetos totales, separados de él para construir su propio self. (Bollas 1987).

El self es un estado en el que el sujeto es una unidad, una persona completa, con un interior y un exterior y una persona que vive en un cuerpo y es un individuo por derecho propio. (Ogden 2016)

En psicoanálisis, la regla fundamental, la asociación libre, se refiere a que el paciente pueda develar los desordenados contenidos de su psique, para dentro del espacio terapéutico, poder ordenarlos y dotarlos de significado.

De parte del psicoanalista, la atención flotante va a tratar de descubrir las estructuras subyacentes organizadas, sus interacciones y variaciones que le ayuden a encontrar variables para modelar una forma de comunicar sus descubrimientos al paciente. El psicoanalista elige la fantasía más significativa, la

estructura interna cuyo significado se brinda mediante interpretaciones: consigue distinguir la fantasía inconsciente que descubre en la transferencia-contratransferencia. (Kaës 2010)

Como consecuencia de este trabajo, las fantasías, el pensamiento, los patrones cognitivos, el comportamiento se vuelven menos rígidos ya que se internalizan nuevos elementos al yo.

En la transferencia el paciente ejerce una presión constante sobre el analista para buscar una especie de complicidad o interjuego. Dicha presión se debe principalmente a la utilización de mecanismos esquizoides como son la proyección y la identificación proyectiva que se manifiestan en forma de acting out. El psicoanalista debe tener en mente esto y ser consciente de que, su afecto con respecto al paciente tiene que ser analizado cuidadosamente para sopesar sus propias reacciones. Ejemplos: el paciente presiona al terapeuta para que encarne aspectos de su self como son el amor y el odio; el paciente le presiona para despertarle desconsuelo, desesperanza por el masoquismo del paciente, proyectados sobre el terapeuta; la producción de complicidad por el desconsuelo puede producir en el psicoanalista una sensación de fracaso en el tratamiento y por el contrario una producción de complicidad en el sadismo cuando el paciente tiene éxito en hacerse herir. (Josephs, 1993)

Al parecer la finalidad de estos mecanismos es que el psicoanalista pierda el equilibrio analítico y su capacidad para comprender y ayudar, por lo que estos mecanismos tendrán que detectarse y decidir hacia dónde va a dirigirse la interpretación y qué tipo de información se va a comunicar al paciente.

El psicoanalista lleva a cabo un trabajo psíquico intenso durante la sesión (Bollas 1987) este trabajo requiere de una gran libertad psíquica para captar la riqueza de las asociaciones; la atención constante para asegurarse en captar la emergencia de significados que aparecen de un momento a otro; la capacidad de observar sus propias reacciones emocionales, como pueden ser inutilidad, fracaso, enojo, hartazgo y sus reacciones corporales como sueño, cansancio, dolor y analizar a la luz de la contratransferencia el material que el paciente trajo a sesión.

En la elaboración de la contratransferencia, los procesos mentales del analista permiten intuir la resonancia inconsciente primaria que después debe ligar a representaciones para ser significada y después pensada mediante el lenguaje y vertida a la situación analítica. (Urribarri y Green 2012)

Mediante el lenguaje, el psicoanalista ofrece a los pacientes representaciones en forma de interpretaciones que son el paso de los datos que percibió por medio de los sentidos y convirtió a una experiencia emocional que debe conocerse conscientemente. Así entrega afectos contra transferenciales, comunicados en forma de interpretaciones verbales teniendo presente que son representaciones o sea material a almacenar, con la ayuda del yo, para enriquecer el aparato psíquico y la subjetividad del analizando.

Al terapeuta le corresponde leer entre líneas el material de acuerdo con los aspectos teóricos sobre los que basa su teoría y así esclarecer la fantasía que se infiere y ofrece las interpretaciones pertinentes y con ellas brinda las representaciones a los pacientes para la expansión del yo, mayor desarrollo de la capacidad de pensar, el incremento de su subjetividad y un mayor contacto con la realidad que se deriva de esto. No es que la memoria y los recuerdos falten, sino que la realidad psíquica del sujeto no fue registrada por el yo, por lo que hay vacíos de significado muy importantes en esta etapa del desarrollo. El psicoanálisis permitirá armar la historia utilizando la imaginación, inventando conceptos, rellenando huecos. (Ogden 2016)

Las fantasías inconscientes son recuerdos en forma de sentimientos. En un principio el paciente sólo cuenta con representaciones erráticas, pictogramas desprovistos de una connotación lingüística que no puede nombrar. La tarea, en la terapia, es tomar lo preverbal para que el analista, por medio de la representación de palabra, le induzca una actividad de su pensamiento para que el paciente haga una construcción verbal-emocional de su realidad psíquica. (Rother, 2004)

Hay dos necesidades básicas de todo paciente: la de ser comprendido y la de comprender lo que le sucede, comprender su entorno. “El paciente tiene la prioridad de deshacerse de los contenidos mentales indeseables. Está más interesado en obtener alivio temporal que en comprender dichos contenidos; tiene miedo de examinar sus propios procesos mentales”. (Velasco. Steiner. 1995)

Esto despierta incómodos sentimientos contra transferenciales en el analista, el paciente no está interesado en obtener la comprensión de sí mismo, esa información le es indiferente y ajena, de momento, durante la fase crítica, pero sí tiene una apremiante necesidad de ser comprendido por el analista. (Velasco. Steiner. 1995)

Una herramienta técnica que Steiner ofrece es que se puede centrar la interpretación en lo que sucede dentro de la mente del analista, o se puede priorizar la información centrada en el paciente. En realidad, todas las interpretaciones están centradas en el paciente y reflejan como el analista trata de comprender lo que vive el enfermo. Lo importante es distinguir en donde están focalizadas las ansiedades y las preocupaciones del paciente, para ello es necesario que el analista preste su mente durante el proceso y esté dispuesto a tomar el punto de vista del paciente y su propio punto de vista, con el fin de investigar lo que sucede en la diada analista-paciente. (Velasco. Steiner. 1995)

Otro tipo de intervenciones son las interpretaciones que suponen un vínculo de lo que el paciente hace y lo que sucede en el estado mental del analista y como el establecimiento de ese vínculo es esencial para el trabajo analítico. Implican la responsabilidad de las propias acciones para el paciente, lo que supone un cierto grado de independencia mental.

Si observamos el aspecto negativo, las interpretaciones centradas en el paciente pueden ser vividas como intrusivas y persecutorias; las centradas en el analista como si éste estuviera demasiado preocupado por sí mismo y fuera incapaz de hacerse cargo de los problemas del paciente. El desafío técnico consiste en poder establecer un equilibrio apropiado entre ambas modalidades interpretativas. (Velasco. Steiner. 1995)

Las interpretaciones con el objetivo de proporcionar contención al paciente, le dan la sensación de ser comprendido, pero deben ocuparse sobre todo de ayudar al paciente a ganar conocimientos sobre sí mismo.

La elaboración psíquica sólo puede conseguirse con la utilización de ambas, ir alternando entre un tipo y otro de interpretación en forma sensitiva y flexible para que se establezca un vínculo entre paciente y analista para realizar el objetivo del psicoanálisis. (Velasco. Steiner. 1995)

Encontramos frecuentemente que los pacientes psicóticos no hablan, no utilizan el espacio grupal para compartir sus sentimientos, ideas, y es muy difícil hacerlos participar. Se limitan a expresar ideas superficiales, la mayor parte del tiempo para no verse expuestos a mecanismos de vergüenza y humillación. Callar obstinadamente significa no exponerse a ser vistos en su alteración psíquica, por una parte del self, que es consciente de la psicosis. La vergüenza y la humillación causan dolor excesivo (Steiner 2015)

El ser vistos, o sea la sensación de ser mirados, despierta en el paciente angustia de persecución por un lado y de culpa y remordimiento por el otro, y para que ocurra el desarrollo, esas necesidades deben ser reconocidas y elaboradas durante el proceso analítico (Steiner 2015)

El papel de la visión es de gran importancia en el desarrollo individual. Evolutivamente se hace uso de la visión dónde antes predominaban los sentidos del gusto, el olfato y el tacto que son filogenéticamente más antiguos, expresan los mecanismos mentales primitivos. La introyección inicialmente está conectada con la ingesta de alimentos, con introducir cualidades inherentes de los objetos y la proyección se relaciona con el vómito o la eliminación de heces o cualidades internas. Estos mecanismos son reemplazados por la visión. La capacidad del ojo para asumir algunas de las funciones que previamente se basaban en los otros sentidos y que están asociadas con las relaciones parciales de objeto. La proyección e introyección son mediadas por los ojos, y la mirada se transforma en un medio de penetración y puede ser usada no solo para observar el objeto como un todo sino para entrar en el objeto e identificarse con él. Se pasa de mirar a hacer al objeto o partes del objeto parte integrante de sí. (Steiner 2015)

Si un paciente recibe al analista a través de los sentidos, no lo introyecta, sino que lo incorpora. El paciente que incorpora recibe solo presentaciones sensoriales y las conserva en un nivel no representativo, pero si un paciente reflexiona sobre lo que el analista ha dicho, sí imagina a su analista y desarrolla una relación interior con él, podemos hablar de introyección.

La introyección, la fantasía de pasar una cualidad del objeto, que estaba afuera hacia adentro, denota la internalización de la personalidad del objeto (o parte de ella) en una relación dinámica con alguna parte del self del paciente. Tiene que ver con la identificación en que hace suya una característica del objeto. (Laplanche y Pontalis 2013)

En otro orden de ideas, en algunas ocasiones, después de una interpretación el paciente permanece en silencio o dice algo muy superficial. El terapeuta suele percibir un aumento en la tensión como si él tuviera que hacer o decir algo, o tuviera que presionar al paciente para que diga algo, pero si el terapeuta habla, se escuchará como proveniente del superyó.

En una situación así, el paciente parece haber proyectado el aspecto activo de su self sobre el analista, quien entonces está llamado a actuar, sintiendo la necesidad de ser activo para alcanzar algún logro lo que en realidad es el deseo del paciente. Lo primero que hay que hacer es ser consciente de la identificación proyectiva. Esperar lo suficiente para que aparezca el aspecto que falta en el paciente. Entonces será posible interpretar sin presión con respecto al proceso y no al contenido. (Josephs. 1993)

Muchas interpretaciones que resulten incómodas llevan a tomar contacto con el analista y con el mundo exterior-real y perturbar al paciente. Por eso en esas ocasiones es preferible quedarse en un nivel preconscious hasta que el paciente tenga un mejor manejo de la interpretación. La importancia de tomar en consideración la manera en la que se presenta el material y no centrarse exclusivamente en su contenido o simbolismo. Tomar en cuenta la manera en la que el material aparece en la sesión nos permite comprender la transferencia y así entender los diferentes aspectos del yo del paciente y su interacción. (Josephs 1993)

El paciente inconscientemente intenta manipular para que el terapeuta le presione a la acción. Si el analista se deja manipular la situación transferencial se vuelve confusa y se aíslan algunos aspectos del yo con los cuales el terapeuta necesita establecer contacto. El analista tiene que ser capaz de contener las proyecciones del paciente que de modo sutil ejerce presión sobre el analista para que encarne aspectos del self del paciente en vez de analizarlos. Sólo se tiene éxito si la interpretación es directa. Si esto no sucede hay un contacto inadecuado con el aspecto del paciente que necesita ser comprendida. La comprensión útil suele surgir a partir de la interpretación de hechos que son inmediatos ya que los pacientes utilizan mucho más los mecanismos esquizoides y se comunican mucho más de una forma concreta a través de la actuación en la transferencia. (Josephs 1993).

Cuando el paciente logra la posición depresiva se enfrenta con la posibilidad de integración ya que alcanzó una visión más realista del objeto. La confluencia de amor y odio es la base de algunos conflictos profundos que se tienen que afrontar y su desarrollo posterior depende de manera crucial de la capacidad de sufrir, resistir y recuperarse de esas experiencias. (Segal. 1991)

Aspectos éticos

Este estudio se realiza de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki, con el artículo 100 y 102 de la Ley General de Salud, los preceptos de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Artículo 17 la participación de las personas en este estudio conlleva un tipo de riesgo mínimo.

La identidad de los pacientes se mantiene secreta, identificándolos solo con sus iniciales. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado para integrarse al proceso terapéutico propuesto.

Análisis de resultados

La sesión inicia con el ingreso de N, una mujer joven, a la institución y al grupo. El grupo funcionó como continente de las ansiedades de N. Ella proyectó su angustia y ellos la devolvieron metabolizada, tranquilizándola. Se vincularon para apoyarla. Infundieron esperanza en una futura y posible mejoría clínica y su reintegración a la familia. Le mostraron que estar internada no es un castigo sino la posibilidad de recibir ayuda efectiva.

Los miembros del grupo revivieron su ingreso y vieron su evolución en el tiempo. Vieron un antes, un presente y como han mejorado. Cada uno hizo una rápida revisión al día de su ingreso y pudieron ser empáticos con N, con su desconcierto al encontrarse en una clínica psiquiátrica, sola y enferma, además, bajo los efectos secundarios de los medicamentos.

Durante los intercambios verbales cada uno contó su historia, para sí mismos, para N, para el grupo, para la terapeuta. Contaron sobre su enfermedad, sus síntomas, sus diagnósticos, el contexto de su padecimiento, con detalles íntimos que, dentro del contexto terapéutico ya no producen vergüenza, ni culpa, porque ya los entienden como producto de un padecimiento sobre el que llevan tiempo trabajando. Pueden describir su dependencia a los respectivos familiares, su impotencia de volverse autosuficientes, tema aparte la ganancia secundaria que eso significa y las reacciones de los familiares para con ellos. También trabajaron sobre la manera de establecer relaciones interpersonales violentas, destructivas. Para N encontrar que B tenía una historia similar le impresionó profundamente. El grupo está de acuerdo en que el novio de N es un sociópata, le revelan una verdad que ella no había querido reconocer, porque el reconocer esa verdad hubiera implicado alejarse de él, de inmediato.

Así reunidos crearon una fantasía inconsciente, con S, cumpliendo la función de porta deseo: ser cuidado amorosamente por una madre suficientemente buena, con la cual exista una relación estrecha en que ella adivine las necesidades vitales del sujeto y se apreste a satisfacerlas.

Remite a una etapa muy primaria del desarrollo psíquico de la fusión con la madre a la cual llegaron por regresión o estancamiento libidinal: la diada madre hijo

en donde la fantasía predominante es la fantasía de seducción plena, por parte del bebé.

Ante la interpretación de la fantasía, los pacientes se percataron del poco sentido de realidad que tiene ese deseo, lo cual permite ampliar el contacto con la realidad, en que hoy, el deseo infantil no es posible realizarlo al pie de la letra. Entonces se ponen en marcha otros mecanismos de autocuidado, ya que no es posible esperar que la ayuda llegue automáticamente (casi mágicamente).

La dependencia hacia la familia o hacia algún familiar en especial, también pasa por esta fantasía de ser cuidado. La nuera y el hijo menor de R, el hermano de C, el padre de JE, el hermano de LM, tienen que cumplir con cuidarlos, pero desde los pacientes funciona más como exigencia desde la fantasía, que como la obligación moral que aquellos tengan y que se les ha impuesto desde sus respectivas familias.

Otra forma de manifestar esa dependencia es por la idealización de la madre de JP y B (no expresada en la sesión por B). Vuelven a la madre imaginaria un ser magnifico del cual pueden depender de una manera ambivalente ya que también la tienen que cuidar, por lo mucho que ha sufrido.

P se rio cuando interpreté el deseo infantil de ser cuidado: dijo “ya estamos grandes”. La propia dinámica del grupo y las asociaciones posteriores hicieron que reflexionara sobre la interpretación que en un primer momento había rechazado. El trabajo de los otros le ayudó a integrar esas nuevas representaciones.

El contacto con la realidad se incrementa y se amplía el funcionamiento del yo que adquiere nuevas funciones como es el poder observar con más detenimiento y sentido de realidad a la persona con la cual se relacionan románticamente y de manera objetiva, valorar la conveniencia de persistir en esa relación o bien empezar a elaborar un duelo para separarse emocionalmente de la dependencia destructiva que establecieron. Por supuesto que estoy considerando un proceso en vías de realización con sus periodos de progresión y regresión constantes. Una tarea de vida y que hoy, por un instante pudieron tener un insight, un instante de visión del porqué de su sufrimiento en la relación de pareja.

Para S es especialmente difícil ver que es él quien se tiene que bañar por sí mismo. Para mí, como terapeuta, me indica que S está en regresión y que se anuncia una posible recaída que debo informar al personal médico, ya que S suele bañarse de manera cotidiana.

Durante el trabajo grupal compartieron una mayor conciencia de enfermedad mental con la aceptación de la medicación por tiempo indefinido a pesar de los efectos secundarios.

La convivencia social, contraria al aislamiento, permite el logro de varios objetivos como son desarrollar el gusto por asistir a la terapia de grupo por el gusto de conocer su inconsciente, a pesar de enfrentarse con material que muchas veces resulta doloroso. Sentir menos aislamiento al compartir sus sentimientos con otros ajenos y desconocidos que sin embargo tienen mucho en común, además de la satisfacción por el trabajo conjunto, de reflexión y de ayuda mutua. Encontrar respuestas que nadie podía resolver sobre la grave enfermedad llamada psicosis. Disminución de la ansiedad, la culpa y la ideación suicida. Incremento de la esperanza en mejorar la sintomatología que conlleva sufrimiento y en algunos casos deseos de morir. El lograr un mayor contacto con la realidad que se lleva a cabo de manera paulatina, reforzando la estructura del yo que a su vez va a lograr una mejor adaptación activa a la realidad.

El grupo construyó una fantasía y durante esta sesión, el propio grupo se convirtió en una fantasía de madre nutricia que podía dar respuestas sobre la enfermedad, la conducta pasada, la situación actual y una proyección hacia el futuro con esperanza en mejorar y superar la crisis actual.

La fantasía así interpretada, sobre el deseo de ser cuidado amorosa e incondicionalmente, aporta una representación o grupo de representaciones y esclarece el origen psíquico del material que actúa desde el inconsciente de los participantes en el grupo: la espera interminable, infinita en que la pasividad va a inducir la acción del otro amoroso.

Esta demanda por lo general va dirigida hacia la transferencia central, pero en esta ocasión fue dirigida al grupo y el grupo respondió nutriciamente, con empatía, comprensión y compasión.

Todos dependen del cuidado de la terapeuta, en el aquí y ahora y la misma fantasía actúa esperando que los cuide. Pero la labor terapéutica es interpretar el material inconsciente para avanzar en el desarrollo psíquico y que el paciente utilice otros recursos para adaptarse activamente a la realidad y restablecer sus funciones de autonomía.

En un grupo de personas que N conocía por primera vez, se establecieron una serie de vínculos intersubjetivos, acoplamiento psíquico intersubjetivo y de alianzas inconscientes. Si bien las alianzas suelen ser defensivas, en esta ocasión funcionaron para la elaboración de la fantasía inconsciente del grupo.

La fantasía es un guion de la realización de deseo inconsciente, al manifestar su propiedad de poner en escena diferentes versiones de la relación del sujeto con sus objetos, con su deseo, con sus objetos primarios en los lejanos tiempos de la infancia, que sin embargo aún tiene influencia en la vida adulta. Y es que, en los pacientes psicóticos, se encuentra activa dicha realidad psíquica y dicha fantasía, por lo que, en ocasiones, estos pacientes, resultan incomprensibles.

De esto se deduce la importancia del conocimiento teórico de las fantasías en diferentes etapas del desarrollo psíquico. Las fantasías inconscientes son recuerdos en forma de sentimientos y por lo tanto se necesita que se interprete en palabras, en lenguaje, para hacerlas conscientes, siendo ésta la tarea central del analista de grupo.

Discusión

El psicoanálisis es la ciencia fundamental del psiquismo, parte de la existencia de motivaciones inconscientes para la conducta humana. Este paradigma es otro modo de entender la vida mental. La vida psíquica es difícil verla desde lo consciente: el órgano para la aprehensión de lo inconsciente del otro es el propio inconsciente.

Lo trascendente en un grupo terapéutico es el encuadre psicoanalítico y el trabajo que se va realizando bajo la mirada psicoanalítica del terapeuta. Junto con el cuidado de la estructura psíquica del paciente para saber la forma y hasta donde incidir sesión por sesión en el trabajo sobre el inconsciente.

Por un lado, está el trabajo clínico, ahí está el contacto directo con el paciente, con su psique enferma. Por otro lado, está la teoría en la cual nos apoyamos para encontrar un modelo adecuado que permita analizar el aparato psíquico enfermo y tratar de entender las profundas raíces de lo inconsciente y dar un sentido al trabajo psicoanalítico.

En el presente modelo destaco las relaciones existentes al comienzo de la vida entre la madre y el hijo que serán determinantes para un buen desarrollo. En el caso de la psicosis se advierte que hay distorsiones muy tempranas y dañinas en los procesos de integración de la psique, debido a la falla en el maternaje.

La psicosis consiste en trastornos muy tempranos de la psique por distorsiones dañinas en los procesos de pensamiento y en la imposibilidad de un registro integrado de sí mismo de parte del bebé ya que la madre no realizó su función por alguna causa grave que le impidió llevarla a cabo como sería el caso de una depresión postparto, una psicosis, pero que se vivió como abandono. Las causas pueden ser múltiples, así como las circunstancias en que tal abandono se produce, situación que no se exploró en el presente trabajo.

Cuando el bebé tiene una necesidad física, por ejemplo, hambre o frío, entra en contacto con sus pulsiones negativas de displacer, las cuales proyecta hacia el exterior para buscar quién se haga cargo de ellas. Por medio de la identificación proyectiva trata de establecer una comunicación con otro. Si la madre se siente angustiada por el llanto del bebé, le regresa la angustia no metabolizada e incrementada o sea la angustia del bebé más la angustia de la madre. El bebé recibe la angustia no metabolizada, no suavizada, no nombrada, terrorífica, que lo rebasa y siente una angustia mortífera por la pérdida o ausencia de la madre que debería de contenerle.

Este es el desamparo originario, la agonía primaria en que nadie puede ayudarlo. A este corresponde la crisis de pánico en el adulto, descrita de maneras diversas. JP lo describe muy claro.

Cuando fallan las huellas de la capacidad de ayuda de la madre que no ha sido capaz de dejar inscripciones en la psique del bebé se desemboca en un vacío en la psique infantil que se resiente en todas las etapas posteriores de la vida. Las

impresiones subjetivas de la madre y sus respuestas dadas por su experiencia con ella debieron inscribirse como una presencia internalizada dentro del bebé.

El paciente psicótico puede percibir a la madre frágil, apartada, indiferente, que lo descuida, incapaz de elaborar por él las proyecciones escindidas, quedando un vacío y un anhelo no cumplido.

Se dice que el paciente durante una crisis psicótica tiene una regresión a etapas previas del desarrollo y es justo a esta etapa preverbal, pre objetal madre-hijo a la cual regresa en el proceso de enfermedad psicótica. Es la etapa que se observa durante el internamiento, por ejemplo.

Así, con el ejemplo clínico he dado cuenta de la importancia de tener un modelo teórico al cual recurrir para traducir el material clínico. En la exposición teórica se ponen de manifiesto conceptos de gran utilidad que ayudan en la clínica. El conocer estas teorías que hablan del desarrollo de la psique desde el momento del nacimiento y conocer el desarrollo normal, por un lado y el desarrollo patológico por otro, permite que, en la difícil tarea de reunir en un grupo homogéneo de pacientes psicóticos, se tengan herramientas de interpretación con el debido entendimiento de los contenidos inconscientes.

Partiendo de este material teórico se puede elaborar una interpretación que brinde material valioso para la psique. Ese material vuelto a presentar, o sea representado, va a conformar en la psique, un aparato de pensar los pensamientos que va recuperando la historia que el yo no había registrado y va a ampliar la visión de sí y eventualmente el paciente podrá superar la etapa oral, la posición esquizoparanoide y ampliar su subjetividad para relacionarse mejor con sus objetos primarios, crear su self independiente y a partir del análisis de la transferencia lograr estos objetivos.

Interpretar es encontrar las causalidades que expliquen la fantasía, el recuerdo encubridor, el sustituto de un fragmento de historia pulsional, con la finalidad de elaborar versiones que den sentido al sufrimiento en el recorrido del desarrollo libidinal que en la psicosis se presentaron en un intento de resolución. Interpretar es describir afectos, representaciones y brindarlos al paciente para que expanda el conocimiento de sí mismo, amplíe su conciencia. El encuentro analítico

permite evocar experiencias que no fueron experimentadas por el yo que aún no estaba presente, el yo no se había formado aún. (Hornstein, 1991)

No olvidar que este proceso se da en espiral, con regresiones y progresiones y que el psicoanalista, en la relación transferencial debe trabajar junto con el paciente, manteniendo una actitud vital. Quizá sea la búsqueda de la verdad lo que deba impulsar la actividad del psicoanalista. La búsqueda de la verdad debe mantenerse de manera vital en la actitud terapéutica.

El proceso de la psicoterapia es largo, difícil, con avances y retrocesos constantes. En un grupo homogéneo la tarea del terapeuta requiere mucha atención, gran capacidad para percibir los movimientos que se dan en ocasiones de manera sutil, en ocasiones de manera brusca, pero siempre como una actuación dentro de la sesión. Debe el terapeuta identificar los mecanismos que utilizan los pacientes de manera inconsciente por un lado para percibir en un momento dado la fantasía que han producido de manera conjunta.

Aunque considero que la clínica va delante de la teoría, es importante, esencial, tener una base teórica. A partir del conocimiento de conceptos teóricos el terapeuta tiene herramientas para pensar los fenómenos que observa en la dinámica intersubjetiva. La teoría es la base para la comprensión.

Para el psicoanálisis el modelo teórico es más que una herramienta o un recurso racional. (Velasco. 2020) La elección de una teoría conduce a una forma de ver y de percibir el mundo del paciente, de los pacientes, de la dinámica subjetiva e intersubjetiva. Permite al psicoanalista tener un mapa del territorio inconsciente que debe explorar sesión a sesión y desde donde valorar su actividad interpretativa y la manera como los pacientes reciben la interpretación en términos de entendimiento profundo que permita un mayor contacto con la realidad, integrar nuevas representaciones que permitan fortalecer la estructura yoica y así trabajar para lograr los objetivos terapéuticos como tener consciencia de enfermedad mental, adherirse al tratamiento, readaptarse a la vida familiar, comunitaria, social.

La teoría se correlaciona con la clínica. El estudio de caso, al registrar detalladamente el trabajo realizado y la forma como se suceden las participaciones, da cuenta de la manera como se hace una intervención, lo que sucede en la

dinámica intersubjetiva de los pacientes y la forma como ese material cobra significado que hay que traducir al lenguaje verbal y verter al grupo en forma de interpretación de la fantasía grupal, construida por ellos. El modelo permite utilizar las herramientas que en este caso fueron las alianzas inconscientes, y las funciones intermedias además de los vínculos establecidos durante la sesión descrita.

Hablé de psicosis en general, considerando la etiología de la psicosis. Quizá la descripción corresponde más a la esquizofrenia. Pero pueden inferirse las alteraciones en un Trastorno Bipolar. Las psicosis por daño orgánico tienen que verse con mayor cuidado. Cierto es que pierden el contacto con la realidad y tienen delirios y alucinaciones con alteraciones del pensamiento, pero se debe explorar y descubrir la infancia con mayor cuidado. Integrados a la dinámica del grupo también participan en los mecanismos grupales.

Conclusiones

Las personas que padecen la enfermedad llamada psicosis, cualquiera que sea su clasificación específica, sufren profundamente ya que en su entorno hay incompreensión, rechazo, miedo, estigma. La psiquiatría y los psicofármacos han sido un enorme avance para tratar de conseguir bienestar a estos enfermos.

En cuanto al manejo psicológico, si bien se pensó que eran intratables por vivir dentro de un complejo mundo inconsciente, el psicoanálisis ha desarrollado una serie de avances en lo teórico clínico para brindar la posibilidad de tratamiento dentro del paradigma de lo inconsciente, inaugurado por Freud, seguida de M. Klein y posteriormente con grandes pensadores a lo largo del mundo.

Estos fundadores priorizaron un modelo para explicar el funcionamiento de la psique sana y enferma. Para Freud el desarrollo mental ocurre al evolucionar de la etapa más primaria, la oral, pasando por la anal, hasta llegar a una fase adulta o genital. Para Klein pasar de la posición esquizoparanoide a la depresiva marca una evolución del aparato psíquico en el manejo interno del objeto en una relación fantaseada.

Todos estos principios y conceptos han sido tomados por autores como Bión, (continuador de Klein en un principio, ya que después desarrollo sus propias ideas),

Winnicott gran teórico de la infancia, ampliando los modelos para ver la psique. Aulagnier agrega con claridad el componente social en la construcción de la psique del bebé, que a través de la madre se instala.

El nuevo paradigma de la complejidad irrumpe en la ciencia y el psicoanálisis no queda exento de su influencia. Son una serie de autores, alrededor del mundo, Green, Bollas, Ogden, Steiner, Urribarri entre muchos otros, con Kaës en el psicoanálisis de grupos, los que hacen aportaciones muy valiosas para extrapolar desde el adulto psicótico o el niño autista o psicótico conceptos esenciales y hacer un modelo del desarrollo del aparato psíquico desde los primeros días de vida del bebé humano y describir lo que sucede en su mente y como se va construyendo su psique, como da inicio su vida mental, como concibe el sujeto sus primeras experiencias psíquicas siempre en interrelación con la madre, con otro objeto con quien tiene una profunda relación interpersonal. Es la madre, por medio de su propio inconsciente, la que va a ayudar a bebé a integrar representaciones significativas que estructuren un yo y un superyó y que promuevan que el bebé enriquezca su subjetividad y logre estructurar un sí mismo, instancia total, separada e individual.

Cuando el bebé no tiene, durante su desarrollo, el adecuado soporte por parte de la madre debido a situaciones graves que impiden que ella lleve a cabo un maternaje suficientemente bueno, al decir de Winnicott, se sientan las bases para un desarrollo enfermo que puede desembocar en una psicosis en la adolescencia o la adultez temprana y constituir un grave problema de enfermedad mental.

Las consecuencias son la no integración de las estructuras psíquicas que no pueden hacer una separación óptima entre lo inconsciente y lo consciente, la fragilidad del yo, la fijación a la etapa oral, a la posición esquizoparanoide, a la diada madre- hijo, del desarrollo, la utilización de mecanismos de defensa como la proyección y la identificación proyectiva y la creación de delirios como intentos de restauración o explicaciones laterales.

El psicoanálisis ofrece la posibilidad de tratamiento al entender cómo se genera la psicosis y brindar modelos de atención teórico clínicos. El psicoanálisis de grupo, con Kaës representando una corriente actual, proporciona una invaluable oportunidad de reunir en un grupo homogéneo a este tipo de pacientes y observar

la dinámica interpersonal, los mecanismos que se despliegan como son las alianzas inconscientes entre ellos, el echar mano de su grupo interno y establecer vínculos interpersonales para desplegar las funciones intermedias que, por la historia personal y la circunstancia del grupo, un miembro llevará a cabo aclarando los contenidos inconscientes para la creación de una fantasía grupal.

El estudio de una sesión permitió ver de manera práctica-clínica la forma de trabajo en grupo, las aportaciones de los pacientes más allá del discurso, como se alían con N, la paciente de nuevo ingreso, la manera como se vinculan para ser un grupo- madre- nutricia que brinde esperanza en que la mejoría es posible, la manera que entran en acción las funciones intermedias con S, quien manifiesta su deseo de ser bañado por una madre cuidadora.

La actividad de la terapeuta dentro del grupo se lleva a cabo con base en el encuadre psicoanalítico interno y externo, la atención flotante y el análisis de la transferencia siempre apoyada por un modelo teórico. La tarea terapéutica es descubrir el material inconsciente, en este caso la dinámica general del grupo y la fantasía inconsciente del periodo muy primario de la diada madre- bebé de ser cuidado amorosa e incondicionalmente, para construir una interpretación o sea la capacidad de transformar en lenguaje, en palabras los afectos mostrados en la fantasía grupal, durante la sesión.

El material así traducido y vertido al grupo, a los sujetos del grupo, son nuevas representaciones que amplían la visión, por medio del insight, su visión interna, sobre su situación actual, para ampliar el contacto con la realidad, conocer el funcionamiento de su psique y flexibilizar su adaptación activa a la familia, la comunidad, la sociedad.

Este ha sido mi testimonio escrito, de la vida mental de un grupo de pacientes psicóticos, con este grupo homogéneo institucional. Un testimonio del intrincado material humano inconsciente que, con la ayuda del modelo teórico propuesto en el presente trabajo, con base en los autores contemporáneos, implementé como una forma de trabajo que sea un ejemplo para las jóvenes generaciones de psiquiatras de que este tipo de trabajo institucional es posible en un grupo de pacientes psicóticos para brindar ayuda, promover la cura y tratar de disminuir su sufrimiento.

Referencias

- American Psychiatric Association – APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a ed).
- Beer, MD. (1995) The importance of the social and intellectual contexts in a discussion of the history of the concept of psychosis. *Psychol Med*; 25:317–321.
- Bernard, P. y Trouvé, S. (1978) *Semiología Psiquiátrica*. Ed. Toray-Masson. 1ª ed.
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- (1962). *Volviendo a pensar*. Lumen Hormé.
- (1963). *Elementos de psicoanálisis*. Tavistock, London.
- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Amorrortu Editores.
- (1989). *Fuerzas del destino*. Amorrortu Editores.
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Cooper, A. M. (Ed.) (2008). *Contemporary Psychoanalysis in America: Leading Analysts Present Their Work*. American Psychiatric Publishing.
- De Mijolla, A. (2005) *International Dictionary of Psychoanalysis, Volume 3*, Gacl.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1978) *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Masson. 8a ed.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1978) *Obras Completas*. Amorrortu editores.
- Gaebel, W., y Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 9–18.
- Green, A. (1987). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Amorrortu editores.
- (2001). *Pensar el Psicoanálisis con Bion, Lacan, Winnicott, Laplanche, Aulagnier, Anzieu, Rosolato*. Amorrortu Editores.
- Hornstein, L. (1991). Piera Aulagnier: sus Cuestiones Fundamentales. En: L. Hornstein (Comp.). *Cuerpo, Historia, Interpretación*. pp. 11-126, Paidós.

- (2004). La subjetividad y lo histórico social: hoy y ayer, Piera Aulagnier. En L. Hornstein (Comp.). *Proyecto Terapéutico. De Piera Aulagnier al psicoanálisis actual*. Paidós.
- Jemstedt, A. (2012) Introduction, en C. Bollas *The Christopher Bollas Reader*. Routledge.
- Josephs, B. (1993). *Equilibrio Psíquico y Cambio Psíquico*. Ed. Julian Yebenes.
- Kaës, R. (2000). *Las Teorías Psicoanalíticas del Grupo*. Amorrortu Editores.
- (2010). *Un singular Plural. El psicoanálisis ante la prueba del grupo*. Amorrortu Editores.
- Kaës, R. Fernández, A. Mercado, J. y Vallejo, G. Solís, H. (2006). *Entre lo uno y lo múltiple: grupo y psicoanálisis*. (1ª ed.). Universidad de Guadalajara.
- Klein, M. (1946). 22.-*Análisis de los mecanismos esquizoides*. Obras Completas de Melanie Klein. Bibliotecas de Psicoanálisis.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Lutenberg, J. (1998). *El psicoanálisis y la verdad*. Publikar.
- Meltzer, D. (1985). El modelo de la mente según Bion. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 1, 75-82.
- Mercado, J. (2006) El imaginario en los vínculos, en: R. Kaës, A. Fernández, J. Mercado, G. Vallejo, y H. Solís. *Entre lo uno y lo múltiple: grupo y psicoanálisis*. (1ª ed.). pp. 62-81, Universidad de Guadalajara.
- Ogden, T. (2016). *Reclaiming Unlived Life: Experiences in Psychoanalysis* (1st ed.). Routledge.
- Organización Mundial de la Salud -OMS (2022) Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
Consultado el 15 de diciembre del 2022.
- Rother de Hornstein, M. C. (2004). De Milán a París: Piera Aulagnier, En L. Hornstein (Comp.). *Proyecto Terapéutico. De Piera Aulagnier al psicoanálisis actual*, pp. 159-171. Paidós.

- Sadock BJ, Sadock AV, Kaplan y Sadock. (2008) *Sinopsis de Psiquiatría, ciencias de la conducta y psiquiatría clínica*. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 10ª ed.
- Sternbach, S. (2004). Piera Aulagnier: Metapsicología y Clínica. En L. Hornstein (Comp.). *Proyecto Terapéutico. De Piera Aulagnier al psicoanálisis actual*, pp. 275-285. Paidós.
- Steiner, J. (2015). Ver y ser visto: la vergüenza en la situación clínica. *The International Journal of Psychoanalysis (en español)*, 1(6), 1880-1896.
- Segal, H. (1985). *Melanie Klein*. Alianza Editorial.
- (1991). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós.
- Urribarri, F. y Green, A. (2012). El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 69, 254-259.
- Velasco, R. (2003). J. Steiner - Refugios Psíquicos: organizaciones patológicas en paciente psicóticos, *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 14, 1-18, <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=260>
- Velasco, R. (2020). *El Encuentro Psicoanalítico como Experiencia Estética*. Editores de Textos Mexicanos.